THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

JOURNAL OF POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY

PUBLISHED BY
THE WORLD ASSOCIATION FOR POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY (WAPP)
ISSN 2710-1460 (Online)

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

The Global Psychotherapist (JGP) to interdyscyplinarne czasopismo cyfrowe poświęcone psychoterapii pozytywnej i transkulturowej (PPT według Peseschkiana, od 1977 r.)™. Ten recenzowany półrocznik publikuje artykuły dotyczące doświadczeń i zastosowania humanistyczno-psychodynamicznej metody psychoterapii pozytywnej i transkulturowej. Tematy obejmują zakres od badań artykuły dotyczące zagadnień teoretycznych i klinicznych, przeglądy systematyczne, innowacje, artykuły dotyczące zarządzania przypadkami, różne aspekty szkolenia i edukacji psychoterapeutycznej, zastosowania PPT w poradnictwie, edukacji i zarządzaniu, listy do redakcji, recenzje książek itp. Istnieje specjalna sekcja poświęcona młodym profesjonalistom, która ma na celu zachęcenie młodych kolegów do publikowania. Czasopismo przyjmuje manuskrypty z różnych kultur i krajów.

Redaktor naczelny czasopisma: *Olga Lytvynenko, Ukraina: dr.olgalytvynenko@gmail.com*
Redaktor naczelny czasopisma: *Erick Messias, USA: ELMessias@uams.edu*
Redakcja: *journal@positum.org*
Redaktor angielski: *Dorothea Martin journal@positum.org*
Redaktor rosyjski: *Kateryna Lytvynenko journal@positum.org*

REDAKCJA JGP:
Olga Lytvynenko, Ukraina
Erick Messias, USA
Liudmyla Serdiuk, Ukraina
Ali Eryilmaz, Turcja
Roman Ciesielski, Polska

Strona internetowa JGP: https://www.positum.org/182-0-PPT-Journal.html

MIĘDZYNARODOWY KOMITET NAUKOWY (ISC):
Andre R. Marseille, USA; **Yevhen Karpenko**, Ukraina; **Zlatoslav Arabadzhiev**, Bułgaria; **Denys Lavrynenko**, Ukraina.

MIĘDZYNARODOWA RADA DORADCZA (IAB):
Arno Remmers, Niemcy; **Ivan Kirillov, Turcja**; **Maksim Chekmarev,** Rosja; **Todor S. Simeonov**, Bułgaria; **Oleksandra Nizdran-Fedorovych**, Ukraina; **Polina Efremova**, Rosja; **Ewa Dobiała**, Polska; **Aleksandra Zarek**, Polska; **Liudmyla Moskalenko**, Ukraina; **Shridhar Sharma**, Indie.

Wszystkie afiliacje zawodowe członków Rady Redakcyjnej i Międzynarodowej Rady Doradczej są obecnie publikowane na odpowiednich stronach witryny JGP.

Opublikowane przez: Światowe Stowarzyszenie Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej (WAPP) Luisenstrasse 28, 65185 Wiesbaden, Niemcy
E-mail: wapp@positum.org
Strona internetowa: www.positum.org

Czasopismo korzysta z międzynarodowej licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0 (CC-BY 4.0).
ISSN: 2710-1460 (Online)

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

EDYT:

List powitalny Prezesa WAPP 5

List powitalny od redakcji 8

Pozytywna psychoterapia w czasach globalnego kryzysu

Nossrat Peseschkian 9

BADANIA I INNOWACJE:

Ukraińskojęzyczna adaptacja Wiesbadeńskiego Inwentarza Pozytywnej Psychoterapii i Terapii Rodzin (WIPPF)

Liudmyla Serdiuk, Svitlana Otenko 11

BADANIA WSTĘPNE:

Model równowagi w kulturze rosyjskiej i chińskiej: Badanie wstępne i analiza porównawcza

Tatyana Ilina 15

Wstępne badanie zjawiska "lęku separacyjnego" z perspektywy metody psychoterapii pozytywnej i transkulturowej

Elena Drazheva 22

Развитие первичных способностей у дошкольников с помощью методов экологической арт-терапии (на примере коррекцинной программы по снижению уровня тревожности)

Gelya Bend 27

Dynamika rodziny w psychoterapii młodzieży z anoreksją

Veronika Ivanova 34

SZKOLENIE PSYCHOTERAPEUTYCZNE:

Być albo nie być - Hamlet i techniki psychoterapeutyczne: O sojuszu terapeutycznym, rozwoju i skutecznej terapii

Arno Remmers 39

Instrumenty pozytywnej psychoterapii transkulturowej jako model konstelacji systemowych

Svitlana Kyrychenko 45

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

PRZYPADKI PSYCHOTERAPEUTYCZNE:

Nastolatek między dwoma brzegami. Przedstawienie przypadku praktyki psychoterapeutycznej

Stefanka Tomcheva **49**

Uzdrawianie i duchowość: Przypadek psychoterapeutyczny

Antonella Matei **53**

ARTYKUŁY SPECJALNE:

Zdrowie - choroba z perspektywy psychoterapii pozytywnej

Gunther Huebner **57**

Stany osobowości samobójczej, badania i perspektywa naukowa

Oksana Kovanda **62**

RECENZJA KSIĄŻKI:

Mądrzejszy: Naukowe korzenie mądrości, współczucia i tego, co czyni nas dobrymi autorstwa Dilip Jeste, MD i Scott Lafee (2020)

Recenzja: Erick Messias... ..... **70**

NEKROLOG:

Pani Manije Peseschkian

przez Niemieckie Stowarzyszenie Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej (DGPP) oraz Fundację Peseschkian **72**

WAPP NEWS75

INFORMACJE I WYTYCZNE DLA AUTORÓW77

POWITANIE PRZEZ PREZESA WAPP

DR. HAMID PESESCHKIAN

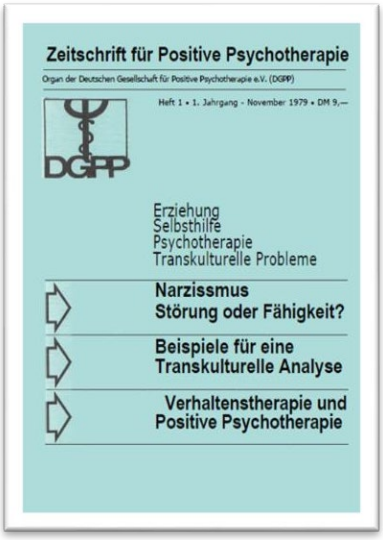
"Wierzę, że dla każdego pacjenta należy opracować inną terapię, ponieważ każdy z nich ma unikalną historię".
Irvin D. Yalom

Drogi Czytelniku,

Trzymasz w swoich (wirtualnych) rękach pierwszy numer *"The Global Psychotherapist"*, międzynarodowego czasopisma Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej. Jak wszystko, ma ono swoją przeszłość, teraźniejszość i - miejmy nadzieję - świetlaną przyszłość.

Przeszłość:

Pięć lat po tym, jak Nossrat Peseschkian (1933-2010) założył Psychoterapię Pozytywną (PPT) i opublikował pierwszą ze swoich 29 książek w 1974 roku, zdecydował się założyć Niemieckie Stowarzyszenie Psychoterapii Pozytywnej w 1977 roku i publikować regularne czasopismo. Pierwszy numer Niemieckiego Czasopisma Psychoterapii Pozytywnej (Zeitschrift für Positive Psychotherapie) ukazał się w listopadzie 1979 roku i wymieniał cztery tematy jako główny cel czasopisma: edukację, samopomoc, psychoterapię i problemy transkulturowe. Jak wyjaśnił Nossrat Peseschkian w swoim artykule redakcyjnym: *"Te cztery aspekty Psychoterapii Pozytywnej są ważnymi elementami psychoterapii, która pełni funkcję prewencyjną i rozumie istoty ludzkie w ich środowisku społecznym i ekonomicznym"* (1).


Zeitschrift für Positive Psychotherapie

Organ der Deutschen Gesellschaft für Positive Psychotherapie e.V. (DGPP)

Heft 1 • 1. Jahrgang - November 1979 • DM 9,—

DGPP

Erziehung
Selbsthilfe
Psychotherapie
Transkulturelle Probleme

Narzissmus
Störung oder Fähigkeit?

Beispiele für eine
Transkulturelle Analyse

Verhaltenstherapie und
Positive Psychotherapie

Pierwszy numer czasopisma German Journal of PPT z listopada 1979 r.

Włączenie transkulturowego punktu widzenia do codziennej pracy psychoterapeutycznej było nie tylko główną troską Nossrata Peseschkiana od samego początku, ale raczej kwestie transkulturowe miały dla niego wymiar polityczno-społeczny: *"Podejście transkulturowe biegnie jak czerwona nić przez całą Psychoterapię Pozytywną. Rozważamy to szczególnie dlatego, że transkulturowy punkt widzenia oferuje również materiał przydatny do zrozumienia indywidualnych konfliktów. Co więcej, ten punkt widzenia ma niezwykłe znaczenie społeczne: Problemy pracowników gościnnych [imigrantów], pomocy w rozwoju, problemy, które pojawiają się w kontaktach z ludźmi z innych systemów kulturowych, problemy małżeństw transkulturowych, uprzedzenia i ich przezwyciężanie, alternatywne modele, które wywodzą się z innych ram kulturowych. W związku z tym możemy również zająć się problemami politycznymi, które mają swoje źródło w sytuacji transkulturowej"*. (1).

Wraz z ekspansją PPT, zwłaszcza do Europy Wschodniej, w latach 90. pojawiły się czasopisma w innych językach i krajach.

Teraźniejszość:

Obecnie Psychoterapia Pozytywna stała się ruchem międzynarodowym: Światowe Stowarzyszenie Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej (WAPP) liczy ponad 1600 członków w 35 krajach i na pięciu kontynentach; Ośrodki Szkoleniowe Psychoterapii Pozytywnej działają w ponad 20 krajach; ponad 150 trenerów prowadzi setki szkoleń PPT rocznie; opublikowano kilka wiodących książek; napisano i obroniono dziesiątki prac magisterskich na temat PPT; założono pierwsze krajowe stowarzyszenie i centrum PPT na kontynencie afrykańskim; 7th Światowy Kongres odbył się w 2019 r.; a Pozytywna Psychoterapia (PPT po Peseschkian, od 1977 r.) została zarejestrowana jako znak towarowy.

Nasz świat bardzo się zmienił od 1979 roku, ale przesłanie Pozytywnej Psychoterapii staje się coraz ważniejsze każdego dnia. Nie tylko dlatego, że PPT jako humanistyczna psychodynamiczna metoda psychoterapii integruje podejścia czterech głównych modalności psychoterapii: humanistyczną

koncepcję człowieka, psychodynamiczne rozumienie zaburzeń, psychodynamiczne podejście do psychoterapii, psychoterapię pozytywną i psychoterapię pozytywną.

Systemowe podejście do kultury, pracy i środowiska oraz praktyczne, zorientowane na cel podejście z pewnymi technikami poznawczo-behawioralnymi (2). Jednak ta krótkoterminowa psychoterapia skoncentrowana na konflikcie i zasobach może być stosowana w różnych obszarach ludzkich działań, a tym samym wnosić psychoterapeutyczne spostrzeżenia do codziennego życia.

Wraz z ekspansją i solidnymi podstawami PPT w ciągu ostatniej dekady, logicznym krokiem było podjęcie przez Radę Dyrektorów WAPP decyzji o ponownym uruchomieniu międzynarodowego czasopisma. Z profesor Olgą Lytvynenko i profesorem Erickiem Messiasem jako głównymi redaktorami, wspieranymi przez doświadczoną międzynarodową radę redakcyjną i doradczą, czasopismo jest w dobrych i bardzo zdolnych rękach.

Przyszłość:

Artykuły naukowe i czasopisma są często nudne, ale nie może tak być (3, 4). Publikacje Psychoterapii Pozytywnej pokazały w ciągu ostatnich 50 lat, że możliwe jest publikowanie ekscytujących, odświeżających i stymulujących artykułów, które są jednocześnie bardzo głębokie i prowokujące do myślenia.

Zarząd WAPP ma nadzieję, że czasopismo to będzie stanowić międzynarodową platformę i - jak powiedział Nossrat Peseschkian - "*Naszym celem jest oferowanie zarówno wysokiej jakości artykułów naukowych i informacji, jak i możliwości międzynarodowego dialogu i przyjaźni*" (5). Jako metoda integracyjna i transkulturowa, PPT-Journal oferuje wyjątkowe możliwości wymiany doświadczeń zawodowych z całego świata. Młodzi profesjonaliści znajdą tutaj możliwość połączenia pracy naukowej i praktycznej oraz zostania przyszłymi ekspertami w obu dziedzinach. Pozytywni Psychoterapeuci z całego świata rozwinęli swoją tożsamość jako *globalni psychoterapeuci* i chcą dzielić się swoimi doświadczeniami z podobnie myślącymi kolegami.

Teraz, drogi czytelniku, czasopismo jest - pod wieloma względami - w twoich rękach. Twoje artykuły i wkład sprawią, że będzie on żywy i atrakcyjny. Mam nadzieję, że *The Global Psychotherapist przyczyni się* do głębszego zrozumienia globalnego społeczeństwa i znajdzie odpowiedź na pytanie: *"Co wszyscy ludzie mają ze sobą wspólnego?"* (5).

***Dr Hamid Peseschkian**, MD, DM, DMSc, IDFAPA*
Prezes WAPP,
dyrektor medyczny i akademicki,
Akademia Psychoterapii w Wiesbaden

Referencje:

[1] Zeitschrift für Positive Psychotherapie. Heft 1, 1. Jahrgang, listopad 1979.
[2] **PESESCHKIAN H., REMMERS A.** (2020) *Psychoterapia pozytywna: Wprowadzenie*. W: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds) Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology. Springer, Cham.
[3] **SAND-JENSEN K.** (2007) *Jak pisać konsekwentnie nudną literaturę naukową*. Oikos 116. pp.723-727
[4] **CHAPMAN, P.** (2014). Artykuły naukowe nie powinny być nudne. *Marine Pollution Bulletin*. 87. 10.1016/j.marpolbul.2014.08.020.
[5] **PESESCHKIAN, N.** (2011). Przesłanie byłego prezydenta. Posthum published editorial

for the first issue of the International Journal of Positive Psychotherapy and Research, s. 3.

POWITANIE PRZEZ REDAKCJĘ

DZIENNIK PPT "GLOBALNY PSYCHOTERAPEUTA"

Drogi Czytelniku,

Z wielką dumą i radością prezentujemy pierwsze wydanie *"The Global Psychotherapist"* - International Journal of Positive Psychotherapy. Jak można się przekonać, "The Global *Psychotherapist" został* stworzony przez wybitną grupę redaktorów, którzy są odpowiedzialni za wybór i układ artykułów składających się na jego treść. Wszystkie artykuły zostały poddane ślepej recenzji przez naukowców z doświadczeniem w psychoterapii pozytywnej w dziedzinie medycyny i poradnictwa. Dziękujemy wszystkim za dogłębną pracę, skupienie i poświęcenie czasu na doprowadzenie tego czasopisma do pełnej publikacji.

Global Psychotherapist ma na celu informowanie, stymulowanie debaty i wspieranie rozwoju zawodu psychoterapeuty ponad granicami i kontynentami. Celem czasopisma jest informowanie o transkulturowych korzyściach płynących z Pozytywnej Psychoterapii (PPT) i jej unikalnym podejściu do leczenia, zwiększanie podstaw dowodowych skuteczności PPT oraz dzielenie się jej niezwykle praktycznym zastosowaniem w różnych domenach i dziedzinach, w tym medycznych, edukacyjnych i społecznych.

Pozytywna Psychoterapia została pierwotnie założona w 1968 roku przez naszego ukochanego Nossrata Peseschkiana (18 czerwca 1933 - 27 kwietnia 2010), który był autorem ponad 26 różnych książek psychoterapeutycznych, jako "analiza różnicowa", oda do tego, jak ludzie rozwijają i udoskonalają swoje wrodzone zdolności. W 1977 roku formalnie stała się ona Psychoterapią Pozytywną. Psychoterapia pozytywna jest z natury transkulturową formą psychoterapii, która jest częściowo psychodynamiczna, a częściowo humanistyczna. Ma na celu pomóc klientom w reorientacji i obronie siebie poprzez wykorzystanie ich wewnętrznych zasobów do pokonywania wyzwań, zrozumienia i rozpoznania obszarów wzrostu oraz skupienia się na pracy nad odpornością i rozwijaniem większego poczucia siebie.

Naszym długoterminowym celem dla czasopisma "The Global Psychotherapist" jest pomoc w przedstawieniu PPT światu, który szybko się modernizuje i jest transkulturowy i naprawdę potrzebuje modelu psychoterapii, który jest wrażliwy na tę dynamikę i jest łatwy do nauczenia się, praktykowania i stosowania.

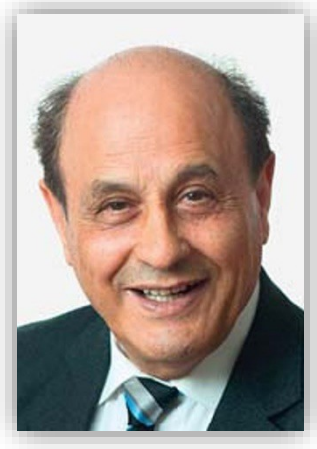
Mamy nadzieję, że na tych stronach znajdziesz bardzo przystępny przegląd tego, co Pozytywna Psychoterapia oferuje dzisiaj. Mamy również nadzieję, że pomoże ci to odkryć nowe i ekscytujące sposoby rozumienia psychoterapii i tego, jak może ona być przydatna w twojej własnej praktyce i pracy.

Dlatego czasopismo to jest niezbędną lekturą dla świadomych praktyków psychologii, medycyny i edukacji, trenerów i studentów, którzy uznają wartość transkulturowego podejścia do leczenia i chcą lepiej zrozumieć rozwój psychoterapii na całym świecie.

Wreszcie, wierzymy, że spodoba ci się lektura tych artykułów i zaintryguje cię na tyle, by przyjechać na nasz kolejny Światowy Kongres w 2022 roku, dołączyć do Światowego Stowarzyszenia Psychoterapii Pozytywnej i zostać certyfikowanym psychoterapeutą pozytywnym.

Redakcja

"Globalny psychoterapeuta",
Journal of Positive and Transcultural Psychotherapy (Czasopismo Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej)



PSYCHOTERAPIA POZYTYWNA W CZASACH GLOBALNEGO KRYZYSU

PROF. DR. NOSSRAT PESESCHKIAN, M.D.,
WIESBADEN, NIEMCY

Po raz pierwszy opublikowany w
International Journal of Positive Psychotherapy and Research. Issue 1 (2011)

Wprowadzenie

Trudności transkulturowe - w życiu prywatnym, zawodowym i politycznym - nabierają dziś coraz większego znaczenia. Biorąc pod uwagę sposób, w jaki rozwija się obecnie społeczeństwo, rozwiązanie problemów transkulturowych będzie jednym z głównych zadań przyszłości. Podczas gdy ludzie z różnych kręgów kulturowych byli kiedyś oddzieleni od siebie na duże odległości i kontaktowali się tylko w wyjątkowych okolicznościach, innowacje techniczne dramatycznie zwiększyły możliwości kontaktu w naszych czasach. Otwierając poranną gazetę, wychodzimy z własnej przestrzeni życiowej i stykamy się z problemami ludzi z innych kręgów kulturowych i grup. Na ogół interpretujemy te wydarzenia w sposób, w jaki dorastaliśmy. Jesteśmy gotowi ich krytykować, potępiać lub wyśmiewać z powodu ich rzekomego zacofania, naiwności, brutalności lub niezrozumiałego braku troski. W procesie transkulturowym mamy do czynienia z koncepcjami, normami, wartościami, wzorcami zachowań, zainteresowaniami i punktami widzenia, które obowiązują w danej kulturze.

Metody

Charakterystyka czasów globalizacji z jej pozytywnymi i konstruktywnymi konsekwencjami:

1. Co wszyscy ludzie mają ze sobą wspólnego, a czym się różnią? (Zasada nadziei).

Nasz świat się zmienił. Po raz pierwszy w historii ludzkości powstaje globalne, wzajemnie powiązane społeczeństwo, którego cechą charakterystyczną jest różnorodność kulturowa. Proces globalizacji - nie tylko na poziomie politycznym, ale przede wszystkim na poziomie kulturowym. Poziom mentalny - nie odbywa się bez wyzwań. Stoimy przed zadaniem nadania nowego kierunku naszym dziedzinom specjalizacji, aby umożliwić im adekwatne radzenie sobie z wymaganiami współczesnego świata. Wymaga to jednak zmiany sposobu myślenia - z monokulturowego i monoprzyczynowego na wielokulturowy i wieloprzyczynowy.

Te zmiany i wyzwania mają wpływ na każdego człowieka, a przede wszystkim na jego zdrowie.

2. Istniejące problemy świata **(Etap obserwacji - dystans).**

Faktem jest, że nasza komunikacja jest dziś dotknięta ogólnoświatowym kryzysem, który osiąga rozmiary epidemii. W komunikacji małżeńskiej partnerzy borykają się z bólem wzajemnego niezrozumienia i lekceważenia, rodziny cierpią z powodu niemal braku lub jedynie powierzchownego sposobu komunikacji między rodzicami a dziećmi.

Podobnie komunikacja między rządami a ich narodami wykazuje stan wzajemnej nieufności, inwektyw, oszustw i wrogości. Co więcej, nastąpił bezprecedensowy kryzys komunikacji między supermocarstwami - sytuacja, która z łatwością mogła doprowadzić do unicestwienia całego życia na tej planecie.

3. Różne znaczenia tego samego zachowania w różnych kulturach **(aspekty międzykulturowe**).

Ta relatywizacja pojęcia choroby jest szczególnie ważna dla dynamiki w rodzinie. Nadaje chorobie określoną funkcję i nadaje ton relacjom między członkami rodziny. Jest to przypadek

ISSN 2710-1460WAPP

niezależnie od tego, czy choroba ma charakter psychiczny, psychosomatyczny, psychotyczny czy somatyczny.

Badamy, jak to samo zaburzenie lub choroba są postrzegane i oceniane w innych kulturach, jak ludzie w danej kulturze lub rodzinie radzą sobie z chorobą, jakie szczególne znaczenie mają konflikty dla jednostki i jakie treści poruszają.

4. Eliminacja uprzedzeń rasowych i narodowych w niektórych krajach świata. Zmniejszenie uprzedzeń religijnych na świecie, interakcja i dialog między różnymi religiami są korzystnymi oznakami tego rozwoju **(zdolność do poznania - zdolność do miłości)**.

5. Aktywna rola tak wielu niepolitycznych, humanitarnych instytucji (na przykład organizacji pozarządowych), które angażują się na rzecz pokoju na świecie, ochrony mniejszości i likwidacji ubóstwa. Międzynarodowe i krajowe stowarzyszenia, takie jak "Lekarze bez Granic" (Ärzte ohne Grenzen), Czerwony Krzyż itp. są coraz lepsze. Zaangażowanie coraz większej liczby ludzi w dążenie do pokoju jest niezbędne, a ich gotowość do wzajemnej pomocy w czasach kryzysu i katastrof naturalnych jest ważna, a także w sprawach dotyczących wzajemnej troski **(psychoterapia pozytywna w kompleksowym znaczeniu).**

6. Rozprzestrzenianie się ruchów młodzieżowych ze względu na zainteresowanie badaniem obcych kultur oraz ich dążenie do zrozumienia i zaufania do nich, a także ich zaangażowanie w aktywną pracę w krajach rozwijających się. Małżeństwa międzyrasowe i międzykulturowe między ludźmi z Afryki, Azji, Europy, Australii i obu Ameryk wskazują na środki, za pomocą których można rozwiązać praktyczne problemy ludzkości **(przyszłość rodziny i kultury)**.

7. Wzrosła potrzeba uczciwego przyznania, że materialistyczne idee nie zaspokoiły potrzeb ludzkości i obecnie podejmowane są nowe wysiłki na rzecz życia rodzinnego, duchowości i innych cech ludzkiego życia **(Model Zasady Równowagi**).

8. Rosnąca liczba bogatych ludzi, którzy wierzą, że dysproporcje między bogatymi i biednymi utrzymują świat w stanie niestabilności i starają się wykorzystać swoje bogactwo do wprowadzania zmian w społeczeństwie**,** na przykład poprzez tworzenie fundacji na rzecz edukacji, zdrowia, zniesienia ubóstwa itp.

9. Zwiększona aktywność i partnerstwo kobiet we wszystkich dziedzinach ludzkich przedsięwzięć (gospodarczych, społecznych, politycznych itp.). Poprzez ten rozwój cel emancypacji kobiet i osiągnięcia pełnej równości między płciami jest nową motywacją w polityce, gospodarce i nauce **(równość kobiet i mężczyzn).**

10. Nasz świat zbliża się do kompleksowej globalizacji (pokój na świecie, globalny model gospodarczy), standardy światowej polityki pieniężnej, kwestie środowiskowe, standardy edukacyjne itp.) Dzieje się tak dzięki zaangażowaniu i aktywności obywateli świata.

11. Ten transkulturowy pogląd jest widoczny w całej Psychoterapii Pozytywnej. Przywiązujemy do niego tak wielką wagę, ponieważ pomaga nam zrozumieć konflikty jednostki. Może być również ważny w radzeniu sobie z takimi kwestiami społecznymi, jak traktowanie nielegalnych imigrantów i uchodźców, pomoc zagraniczna dla krajów Trzeciego Świata, problemy w kontaktach z członkami innych systemów kulturowych, małżeństwa międzyrasowe i transkulturowe, uprzedzenia i alternatywne style życia przyjęte z innych społeczeństw. Może być również stosowany do problemów politycznych wynikających z sytuacji transkulturowych.

12. Unia Europejska jest przykładem współpracy 27 krajów. Środki masowego przekazu, takie jak telewizja, radio, biuletyny, Internet itp. budują globalną sieć informacyjną **(etap poszerzania celów)**.

Instrumentarium Psychoterapii Pozytywnej:

1. Trzy zasady pozytywnej psychoterapii.
2. Dziewięć tez.
3. 20 technik.
4. Kwestionariusz pozytywnej psychoterapii.

Wnioski

W ten sam sposób, w jaki istnieją kręgi kulturowe, istnieją również kręgi edukacyjne, w ramach których dana osoba rozwija swój własny system kulturowy, który następnie zderza się z innymi systemami. Zasada leżąca u podstaw problemu transkulturowego staje się zatem zasadą dla relacji międzyludzkich i przetwarzania wewnętrznych konfliktów. W ten sposób staje się przedmiotem Psychoterapii Pozytywnej.

Psychoterapia pozytywna zajmuje się podstawowymi ludzkimi zdolnościami, dlatego jest w stanie przemawiać do ludzi we wszystkich językach i stanach społecznych oraz skutecznie radzić sobie z problemami transkulturowymi. Terapeutycznie, Pozytywna

Psychoterapia oferuje skuteczną pięciostopniową krótką terapię, która aktywuje zdolności terapeutyczne pacjenta. Innymi słowy, pacjent nie tylko cierpi z powodu swojej choroby, ale także sam jest zatrudniony jako terapeuta.

https://doi.org/10.52982/lkj135 11

UKRAIŃSKOJĘZYCZNA ADAPTACJA INWENTARZA POZYTYWNEJ PSYCHOTERAPII I TERAPII RODZIN WIESBADEN (WIPPF)

Liudmyla Serdiuk
Doktor habilitowany (psychologia), profesor
Kierownik Laboratorium Psychologii Osobowości, Kostiuk Institute of Psychology, NAES Ukrainy (Kijów, Ukraina)
Podstawowy trener PPT
E-mail:
Lzserdyuk15@gmail.com

Svitlana Otenko
Wykładowca na Wydziale Psychologii Open International Uniwersytet Rozwoju Człowieka "Ukraina" (Kijów, Ukraina)
Master Trener PPT
E-mail:
svet1608@gmail.com

Otrzymano 24.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji 25.01.2021. Opublikowano 01.02.2021.

Streszczenie

W artykule przedstawiono adaptację i weryfikację właściwości psychometrycznych Inwentarza Pozytywnej Psychoterapii i Terapii Rodzin z Wiesbaden. Przedstawiono charakterystykę psychometryczną i inne wyniki zatwierdzenia dla oferowanej ukraińskojęzycznej wersji badanego Inwentarza. Opisano dane dotyczące diagnostyki Inwentarza i oceniono jego zdolności prognostyczne do określania czynników samostanowienia jednostki, dobrostanu psychicznego i odporności psychicznej.

Słowa kluczowe: aprobata inwentarza, pozytywne zdrowie psychiczne, psychoterapia pozytywna, rzeczywiste możliwości, dobrostan psychiczny.

Wprowadzenie

Ruch na rzecz pozytywnego zdrowia psychicznego, który obejmuje psychologię pozytywną, psychoterapię pozytywną i psychiatrię pozytywną, jest nowym obiecującym kierunkiem na całym świecie. Podstawową cechą tego kierunku jest zmiana podejścia do osoby z orientacji na objawy i deficyty na rozwój i wsparcie jej wewnętrznych zasobów (Messias i in., 2020). W tym pozytywnym sensie zdrowie psychiczne jest podstawą dobrostanu i efektywnego funkcjonowania człowieka, w którym może on realizować swój własny potencjał, skutecznie przezwyciężać trudności i trudności.

trudności oraz pracować produktywnie i owocnie. Aby rozwijać ten kierunek, konieczne jest opracowanie i udoskonalenie narzędzi diagnostycznych do pomiaru konstruktów pozytywnego zdrowia psychicznego człowieka. Dlatego badanie możliwości wykorzystania nielicznych istniejących skutecznych narzędzi diagnostycznych jest istotnym zadaniem współczesnej psychologii, psychoterapii i psychiatrii.

Wiesbaden Inventory for Positive Psychotherapy and Family Therapy to oryginalne narzędzie, które bada samoocenę cech charakterologicznych i osobistych (zdolności pierwotne i wtórne), treść reakcji konfliktowych przejawiających się w czterech obszarach modelu równowagi,

źródła i psychodynamika konfliktów leżących u podstaw podstawowych koncepcji osobowości.

Inwentarz został opracowany przez N. Peseschkiana we współpracy z H. Deidenbachem (Peseschkian, & Deidenbach, 1988). Nowoczesna angielska wersja Inwentarza (WIPPF 2.0), poprawiona i uzupełniona przez A. Remmersa, jest przeznaczona do stosowania w różnych kulturach i do tłumaczenia na inne języki (Remmers, 1996)

Inwentarz składa się z 88 stwierdzeń, zapewniających cztery poziomy ich oceny: w pełni się zgadzam, częściowo się zgadzam, częściowo się nie zgadzam lub całkowicie się nie zgadzam. Na potrzeby przetwarzania danych te werbalne oceny są przekładane na odpowiednie punkty: w pełni się zgadzam - 4 punkty, częściowo się zgadzam - 3 punkty, częściowo się nie zgadzam - 2 punkty, całkowicie się nie zgadzam - 1 punkt.

Autorzy zidentyfikowali 27 skal inwentarzowych, oceniających subiektywne znaczenie dla jednostki jej cech osobowych w następujących trzech obszarach: 1) rzeczywiste zdolności (wtórne w stosunku do własnych zachowań; pierwotne w stosunku do siebie); 2) przejawiane reakcje konfliktowe w czterech obszarach modelu równowagi; 3) subiektywnie postrzegane parametry modelu relacji.

Inwentarz jest przeznaczony do stosowania głównie w psychoterapii, aby klienci, poprzez refleksję i samoocenę, zaczęli rozumieć swoje wewnętrzne zasoby, treść konfliktów, w które są zaangażowani, ich reakcje na konflikt i psychodynamiczne źródła takich reakcji.

Dla zastosowania WIPPF do celów badawczych ważna jest standaryzacja danych badawczych; w szczególności należy określić wartości normatywne dla skal Inwentarza.

Metody i organizacja badań

Adaptacja WIPPF była częścią kompleksowego badania w Laboratorium Psychologii Osobowości, Kostiuk Institute of Psychology, National Academy of Educational Science, Kijów, Ukraina.

Nowoczesna wersja (WIPPF 2.0) Wiesbaden Inventory for Positive Psychotherapy and Family Therapy (Peseschkian, & Deidenbach, 1988; Remmers, 1996) została wykorzystana do tłumaczenia na język ukraiński i późniejszej adaptacji. Tłumaczenie na język ukraiński zostało wykonane przez profesjonalnych tłumaczy i dostosowane do społeczno-kulturowych norm języka ukraińskiego.

Ponadto, zaadaptowana wersja Skali Twardości S. Maddiego (Leontev, & Rasskazova, 2006); zaadaptowane Skale Dobrostanu Psychologicznego Ryffa (Ryff, 1995; Shevelenkova, & Fesenko, 2005); Skala Ogólnej Orientacji na Przyczynowość E. Deci & R. Ryana zaadaptowana przez O. Dergachovą, L. Dorfmana i R. Ryana.

D. Leontieva (Deci, & Ryan, 2002; Dergacheva, Dorfman, 2008) zostały wykorzystane w badaniach empirycznych w celu określenia ważności konkurencyjnej WIPPF, jak również jego właściwości diagnostycznych i

możliwości prognostyczne. Do przetwarzania danych i analizy statystycznej wykorzystano metody statystyki opisowej, analizy korelacji, regresji, porównania średnich.

Przetwarzanie danych empirycznych zostało przeprowadzone przy użyciu pakietu oprogramowania statystycznego SPSS 21.0 dla Windows.

Uczestnicy badania. Próba do adaptacji ukraińskiej wersji językowej składała się z 384 osób, w tym 96 mężczyzn i 288 kobiet, w wieku od 19 do 62 lat. Średnia wieku wynosiła 37,7 ± 11,1. Ze względu na ich główne zajęcia byli to: studenci uczęszczający na zaawansowane szkolenia z metod psychoterapii pozytywnej, pracujący specjaliści (nauczyciele, inżynierowie, menedżerowie różnych szczebli, prawnicy, ekonomiści, psychologowie, lekarze, pracownicy socjalni, specjaliści rehabilitacji itp.) Wszystkich respondentów można opisać jako zdrowych psychicznie, zdrowych somatycznie, bez widocznych zaburzeń osobowości.

Wyniki

Badania przeprowadzone przy użyciu inwentarza w języku ukraińskim wykazały dość wysoką spójność wewnętrzną. Obliczyliśmy wewnętrzną spójność skal za pomocą alfa Cronbacha (spójność trzech stwierdzeń inwentarza określających wartość skali). Wyniki spójności wewnętrznej ocenione za pomocą alfa Cronbacha były całkiem akceptowalne i wahały się od 0,73 do 0,86 dla różnych skal WIPPF.

Ponowne badanie przeprowadzono 1,5 miesiąca po pierwszym teście. Ponownie przebadano 157 osób w wieku od 19 do 53 lat (średnia wieku 34,8 ± 8,4 lat), 44 mężczyzn i 113 kobiet. Nie było statystycznie istotnych różnic w wieku i płci (test Manna-Whitneya, $p < 0,05$) między próbami testowymi i ponownymi.

Obliczono korelacje między skalami testowymi i retestowymi WIPPF dla każdej skali (metoda Pearsona, $p < 0,05$, $p < 0,001$). Rzetelność ponownego testu Inwentarza po okresie
1.5 miesięcy była dość wysoka (średnia $r = 0,78$, $p < 0,001$). Oznacza to, że test wykazał dość wysoką wiarygodność powtórnego testu.

Klasyfikacji próby według wieku dokonano na podstawie etapów rozwoju psychospołecznego zaproponowanych przez Erica Ericksona (od 19 do 35 lat - młodzież; od 35 do 60 lat - dorosłość). Wystąpiły niewielkie, ale statystycznie istotne różnice między różnymi grupami wiekowymi (test Manna-Whitneya, $p < 0,05$) dla skal Zaufania (średnia wartość dla młodych ludzi wynosiła 8,6 ± 1,4; średnia wartość dla dorosłych wynosiła 9,3 ± 1,7) i Nadziei (średnia wartość dla młodych ludzi wynosiła 8,8 ± 1,7; średnia wartość dla dorosłych wynosiła 9,6 ± 1,5).

Nie było statystycznie istotnych różnic w skalach WIPPF między mężczyznami i kobietami. Oczywiście skale inwentarza nie są specyficzne dla płci. Ponieważ jednak liczba mężczyzn w próbie jest znacznie mniejsza, kwestia ta może zostać zbadana bardziej szczegółowo w przyszłości.

Jeśli chodzi o działania respondentów, nie było żadnych statystycznie istotne różnice.

Wartości normatywne dla skal Inwentarza, uzyskane początkowo na podstawie średnich punktów i odchyleń standardowych dla próby ogólnej (badanie testowe), wykazały silne przeszacowanie Szczerości, Zaufania, Nadziei i niedoszacowanie Oszczędności.

W celu określenia wartości normatywnych WIPPF, które są charakterystyczne dla osobowości dojrzałej psychicznie, jako główne kryterium wyboru respondentów przyjęliśmy wskaźniki twardości psychicznej (badani wykazywali wartości powyżej przeciętnej lub wysokie dla tych wskaźników). Jest to uzasadnione faktem, że twardość jest dyspozycją, która pomaga przezwyciężyć wewnętrzny stres w trudnych sytuacjach życiowych poprzez odporne radzenie sobie ze stresem. Ponieważ odporność psychiczna jest ściśle związana ze wskaźnikami dobrostanu psychicznego i samostanowienia (Serdiuk, Danyliuk i Chykhantsova, 2019), wskaźniki te stanowiły dwa dodatkowe kryteria wyboru.

Wartości normatywne zostały określone za pomocą reguły 3σ, zgodnie z prawem rozkładu normalnego Gaussa: 99,6% danych populacji ogólnej mieści się w zakresie 3 σ, 94% mieści się w zakresie 2 σ, a 68% mieści się w zakresie 1σ. Dlatego statystyczne wartości normatywne zostaną zdefiniowane jako średnia ± odchylenie standardowe (μ ± σ).

W związku z tym wartości standardowe dla skal Inwentarza przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1.

Wartości normatywne dla skal WIPPF (n=315)

	Wagi WIPPF	Średnia	Odchylenie standardowe	Normy
Zdolności drugorzęd	Porządek	7.8	1.7	6.1 - 9.5
	Czystość	7.9	1.7	6.2 - 9.6
	Punktualność	8.1	1.9	6.2 - 10.0
	Grzeczność	7.5	1.6	5.9 - 9.1
	Szczerość	8.2	1.3	6.9 - 9.5
	Aktywność	8.5	1.5	7.0 - 10.0
	Powaga	9.1	1.2	7.9 - 10.3
	Oszczędność	6.2	1.8	4.4 - 8
	Posłuszeństwo	7.5	1.5	6.0 - 9.0
	Sprawiedliwość	9.1	1.4	7.7 - 10.5
	Wierność	9.0	1.3	7.7 - 10.3
Podstawowe możliwości	Cierpliwość	9.2	1.3	7.9 - 10.5
	Czas	8.5	1.5	7.0 - 10.0
	Kontakty	9.0	1.5	7.5 - 10.5
	Zaufanie	9.6	0.9	8.7 - 10.5
	Nadzieja	9.7	1.2	8.5 - 10.9
	Seksualność	9.5	1.3	8.2 - 10.8
	Akceptacja	9.2	1.0	7.2 - 10.2
	Wiara	8.6	1.7	6.9 - 10.3
Reakcja na	Ciało	7.5	1.9	5.6 - 9.4
	Osiągnięcia	8.1	1.9	6.2 - 10,0
	Kontakty	7.3	1.8	5.5 - 9.1
	Przyszłość	8.2	1.8	6.4 - 10.0
Wymia	Ja - matka	8,0	2.6	5.4 - 10.6
	Ja - ojciec	8.0	2.9	5.1 - 10.9
	I - inni	6.6	2.9	3.7 - 9.5
	Ty	8.1	2.6	5.5 - 10.7
	My	8.3	2.4	5.9 - 10.7
	Podstawowa i	7.0	2.4	4.6 - 9.4

Sprawdzenie trafności konkurencyjnej Inwentarza stanowiło pewną trudność, ponieważ nie było do tego odpowiednich narzędzi diagnostycznych. W tym celu zbadano korelacje z konstruktami osobowości, aby rozróżnić osoby o różnych poziomach samostanowienia, dobrostanu psychicznego i twardości. Tabela 2 przedstawia korelacje między rzeczywistymi zdolnościami a innymi konstruktami osobowości charakteryzującymi samorealizującą się osobowość.

Tabela 2.

Korelacje między skalami WIPPF a wskaźnikami dobrostanu psychicznego

	Pozytywne relacje	Autonomia	Opanowanie środowiska	Rozwój osobisty	Cel w życiu	Samoakceptacja	Dobrostan psychiczny	Samostanowienie	Zaangażowanie	Kontrola	Wyzwanie
Porządek	-.25	-.16	-.08	.18	-.09	-.15	-.14	-.05	-.28	-.25	**-.39***
Czystyness	-.26	-.21	-.27	.04	-.09	-.26	-.29	-.38	-.24	-.26	**-.45****
Punctua-lity	**-.51****	-.25	-.18	-.07	-.19	**-.38***	-.32	-.09	**-.45***	**-.39***	**-.48****
Politeness	-.07	-.15	-.08	.45**	.19	.16	.18	.28	.16	.01	.04
Odrity	.26	**.53****	**.26**	**.57****	**.55****	.39*	**.48****	**.39***	**.34***	.21	.19
Aktywność	.04	-.24	-.07	**.46****	.18	.13	.05	-.03	.16	.09	.06
Powaga	.07	.24	.07	.26	.27	.29	.26	**.45****	.26	.13	.28
Oszczędność	**-.41***	-.32	-.28	-.17	-.19	**-.33***	**-.38***	-.25	-.17	-.26	-.26
Posłuszeństwo	-.06	-.08	.05	.29	-.06	-.06	.04	-.19	-.18	-.07	-.19
Sprawiedliwość	.13	.09	.13	**.44****	**.33***	.27	.27	**.48***	**.39***	.19	.15
Wierność	.07	.05	.09	.29	.25	.19	.18	**.59****	.28	.12	-.06
Cierpliwość	-.07	.07	.18	.16	-.15	.08	.07	.25	-.18	-.07	-.06
Czas	.14	**.38***	.27	.29	.19	.05	.27	.14	.18	.07	.07
Kontakty	**.41***	.25	.26	**.66****	**.58****	**.39***	**.58****	**.35***	**.59****	**.48****	**.44***
Zaufanie	**.55****	**.38***	**.42****	**.46****	**.49****	**.55****	**.58****	**.65****	**.53****	**.43***	**.36***
Nadzieja	**.56****	**.43****	**.53****	**.58****	**.69****	**.63****	**.72****	**.57****	**.79****	**.74****	**.55****
Seksualność	**.47****	.19	.11	.32	**.39***	**.47****	**.38***	**.33***	**.56****	**.44****	**.41***

*Uwaga: * - korelacja jest istotna na poziomie 0,05; ** - korelacja jest istotna na poziomie 0,01.*

Dane przedstawione w tabeli 2 pokazują: po pierwsze, spójność istotnych relacji; po drugie, spójność istotnych relacji.

możliwe sposoby pomocy psychologicznej w celu osiągnięcia pozytywnych priorytetów życiowych.

Wyniki sugerują, że kontakty, zaufanie, nadzieja, seksualność przyczyniają się do pozytywnego związku, podczas gdy przeceniana punktualność i oszczędność, wręcz przeciwnie, mają zły wpływ. Autonomia i samostanowienie są promowane przez szczerość, czas, powagę, akceptację, sprawiedliwość, zaufanie, nadzieję itp. Rozwój osobisty wiąże się z uprzejmością, szczerością, sprawiedliwością, kontaktami, zaufaniem, nadzieją i wiarą.

Ogólnie rzecz biorąc, powinniśmy zwrócić uwagę na szczególne znaczenie podstawowych umiejętności w osiąganiu pozytywnych priorytetów życiowych, które korelują z prawie wszystkimi zdiagnozowanymi wskaźnikami.

Opisane korelacje, naszym zdaniem, są bardzo logiczne i ujawniają zasoby psychologiczne jednostki, których rozwój przyczyni się do zadowolenia z życia we wszystkich obszarach modelu równowagi.

Wnioski

1. Przeprowadzone badanie empiryczne właściwości psychometrycznych WIPPF wykazało dość dobrą spójność wewnętrzną stwierdzeń skali, wystarczającą rzetelność i trafność inwentarza w odniesieniu do takich konstruktów, jak dobrostan psychiczny, odporność psychiczna i samodeterminacja.
2. Korelacje ujawnione podczas konkurencyjnych testów trafności pokazują zasoby psychologiczne jednostki, które pomagają osiągnąć pozytywne priorytety życiowe i zdrowie psychiczne.
3. Ukraińskojęzyczna wersja Inwentarza dobrze wpisuje się w koncepcyjny krąg nauk o pozytywnym zdrowiu psychicznym i może być stosowana jako metoda badawcza w psychologii osobowości.
4. Zadania badawcze w najbliższej przyszłości powinny obejmować identyfikację trafności predykcyjnej badanej ukraińskojęzycznej wersji w odniesieniu do wskaźników zdrowia psychicznego, jakości życia i satysfakcji z życia.

Referencje

[1] **ANTONOVSKY, A.** (1993). Struktura i właściwości Skali Poczucia Spójności. *Social Science and Medicine, 36,* 725-733

[2] **DECI E.L., RYAN R.M.** (2002). Badania nad samostanowieniem: refleksje i przyszłe kierunki. *Podręcznik badań nad samostanowieniem.* Rochester, NY, 431-441.

[3] **DERGACHEVA, O, DORFMAN, L, & LEONTEV, D.** (2008). Русскоязычная адаптация опросника каузальных ориентаций [Russian-language adaptation of the General Causality Orientation Scale]. *Vestnik Mosk. Un-ta. Ser. 14. Psyhkologia, 3,* 91-106.

[4] **LEONTEV, D., & RASSKAZOVA, E.** (2006). *Тест жизнестойкости [Test odporności psychicznej]*. Moskwa: Smysl.

[5] **MADDI, S., & KHOSHABA, D.** (1994). Odporność i zdrowie psychiczne. *Journal of Personality Assessment, 63(2),* 265-274.

[6] **MESSIAS, E., PESESCHKIAN, H, CAGANDE, C**. (redaktorzy) (2020). *Psychiatria pozytywna, psychoterapia i psychologia - zastosowania kliniczne.* Springer International Publishing, Cham.

[7] **PESESCHKIAN, N., & DEIDENBACH, H.** (1988). *Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie WIPPF*. Berlin, New York: Springer Verlag.

[8] **REMMERS, A.** (1996). WIPPF 2.0 int. Transcultural Adaptation of the Psychotherapeutic Questionnaire WIPPF for the International Use. Aspekty teoretyczne i praktyczne. WIPPF 2.0 int. - Транскултурална обработка на психотерапевтичния въпросник WIPPF за международно приложение / теоретически и практически аспект. *Dziennik Positum, Warna, luty 1996,* 13-28.

[9] **RYFF, C.** (1995). Ponowna analiza struktury dobrostanu psychicznego. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 719-727.

[10] **SERDIUK L., DANYLIUK, I., & CHYKHANTSOVA O.** (2019). Psychologiczne czynniki odporności absolwentów szkół średnich. *Opieka społeczna. InterdisciplinaryApproach , 1,* 93-103. DOI: https://doi.org/10.21277/sw.v1i9.454

[11] **SHEVELENKOVA, T. & FESENKO, T.** (2005) Психологическое благополучие личности [Dobrostan psychiczny jednostki]. *Psihkologicheskaya diagnostika*, *3*, 95-121.

Podziękowanie

Autorzy chcieliby podziękować dr Hamidowi Peseschkianowi, MD, DM, DMSc, dyrektorowi Akademii Psychoterapii w Wiesbaden, Wiesbaden, Niemcy, za jego wsparcie.

MODEL RÓWNOWAGI W KULTURZE ROSYJSKIEJ I CHIŃSKIEJ: BADANIE WSTĘPNE I ANALIZA PORÓWNAWCZA

Tatyana Ilina
Psycholog, prywatna praktyka (Błagowieszczeńsk, Rosja) Certyfikowany psychoterapeuta pozytywny
E-mail:
tatianailina612@gmail.com

Otrzymano 15.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji 25.01.2021. Opublikowano 01.02.2021.

Streszczenie

Niniejszy artykuł koncentruje się na transkulturowych aspektach modelu równowagi Peseschkiana. Celem było przeprowadzenie wstępnego badania modeli równowagi rosyjskich i chińskich respondentów, przeprowadzenie ilościowej charakterystyki modelu równowagi dwóch grup oraz porównanie ilościowych cech modelu równowagi rosyjskiej i chińskiej grupy próbnej. Przedmiot badań: rozliczenia w Rosji i Chinach według modelu równowagi N. Peseschkiana. Cele: utworzenie dwóch grup kontrolnych do badania; stworzenie kwestionariusza w języku rosyjskim i chińskim do przeprowadzenia badań; zbadanie modelu populacji Chin (Grupa 1) za pomocą kwestionariusza; zbadanie modelu populacji Rosji (Grupa 2) za pomocą kwestionariusza; przeprowadzenie analizy porównawczej wskaźników ilościowych Grupy 1 i Grupy 2 w czterech obszarach modelu równowagi N. Peseschkiana. Zmierzono parametry ilościowe czterech sfer modelu równowagi Grupy 1 i Grupy 2 i porównano parametry ilościowe. Stwierdzono, że sfera znaczeń i sfera kontaktów różnią się ilościowo nieznacznie w Grupie 1 i Grupie 2, a w sferach aktywności i sferze ciała występują znaczące różnice ilościowe w Grupie 1 i Grupie 2. Szczegółowe wyniki badania zostały przedstawione w tabelach i na wykresach.

Słowa kluczowe: Psychoterapia pozytywna, Model Równowagi, Rosja, Chiny, transkulturowość.

Wprowadzenie

Znalezienie równowagi w życiu jest uznawane przez wielu autorów za kluczowe dla dobrostanu psychicznego i jakości życia różnych grup i jednostek. Mieszkając w Błagowieszczeńsku w Rosji, który znajduje się tuż przy granicy z chińskim miastem Heihe, i zainspirowany ideą modelu równowagi Peseschkiana (2016), autor zainteresował się wstępnym zbadaniem treści modelu równowagi Rosjan i Chińczyków oraz porównaniem różnic ilościowych między nimi, aby zapewnić wstępną podstawę do głębszego zbadania specyfiki modelu równowagi i odrębnych obszarów BM tych dwóch kultur, co niewątpliwie ma znaczenie dla rozwoju badań transkulturowych.

Metodologia

Metoda analizy porównawczej została wybrana jako najbardziej wszechstronna i wygodna do wstępnych badań nad tematem artykułu, w celu głębszego zrozumienia wspólnych cech i różnic w obszarach Modelu Równowagi obu grup oraz wstępnego porównania ich wskaźników ilościowych. Przedmiotem niniejszego badania są 4 sfery życia w Modelu Równowagi Nossrata Peseschkiana (Peseschkian, 2016) w odniesieniu do mieszkańców Rosji i Chin. Na potrzeby tego badania stworzono kwestionariusz (Załącznik 1, 2) w języku rosyjskim i chińskim, w którym uczestnicy odpowiadali na pytania dotyczące tego, w jaki sposób doświadczają każdego z obszarów Modelu Równowagi (Ciało, Osiągnięcia, Kontakty, Znaczenie/Przyszłość) w swoim codziennym życiu oraz aby oszacować, jak duży procent ich życia stanowią te obszary.

Energia życiowa i czas przypadają na każdą sferę Modelu Równowagi. W tym celu uczestnicy zostali podzieleni na dwie grupy.

Grupa 1 - mieszkańcy Chin, 20 osób z Pekinu, Shenyang, Jinan, Zhengzhou, pracujący w: handlu/usługach, językach obcych, edukacji, IT, produkcji sprzętu, urodzeni w latach 1980-1996, 10 mężczyzn, 10 kobiet.

Grupa 2 - mieszkańcy Rosji, 20 osób z Moskwy, Sankt Petersburga, Barnaułu, Błagowieszczeńska, Korsakowa, pracujących w: IT, handel/usługi, geologia, media, energetyka, budownictwo, języki obce, urodzeni w latach 1980-1996, 10 mężczyzn,
10 kobiet.

Grupy 1 i 2 są identyczne pod względem wieku i płci. Następnie zbadano Model Równowagi uczestników z Chin i Rosji za pomocą kwestionariusza. Następnie przeprowadzono analizę porównawczą wskaźników ilościowych Grupy 1 i Grupy 2 w 4 obszarach Modelu Równowagi.

Wyniki

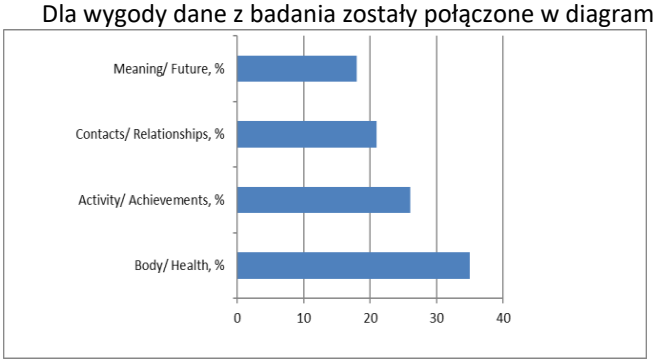
Średnie wartości modeli równowagi w grupach 1 i 2 (Tab.1).

Tabela 1.

Średnie wartości modelu równowagi. Grupa 1

% ciała	Osiągnięcia, %	Kontakty, %	Znaczenie/ Przyszłość, %

Dla wygody dane z badania zostały połączone w diagram:



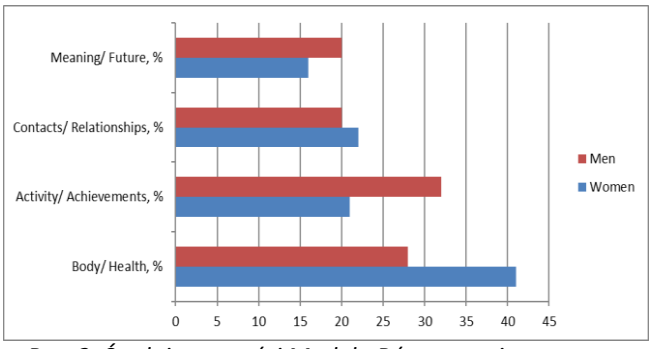
Rys. 1. Średnie wartości modelu równowagi. Grupa 1

Jak pokazano na wykresie, sferą, której poświęca się najwięcej czasu i uwagi w Chinach, jest sfera Ciała (35%), następnie sfera Aktywności (26%), następnie Kontakty (21%) i Znaczenia (18%). Porównując wyniki Modelu Równowagi według płci dla Grupy 1, znaleziono (Tab. 2):

Tabela 2.

Wyniki modelu równowagi. Grupa 1

	Ciało, %	Osiągnięcia, %	Kontakty, %	Znaczenie /Przyszłość, %
Kobiety	41	21	22	16
Mężczyźni	28	32	20	20



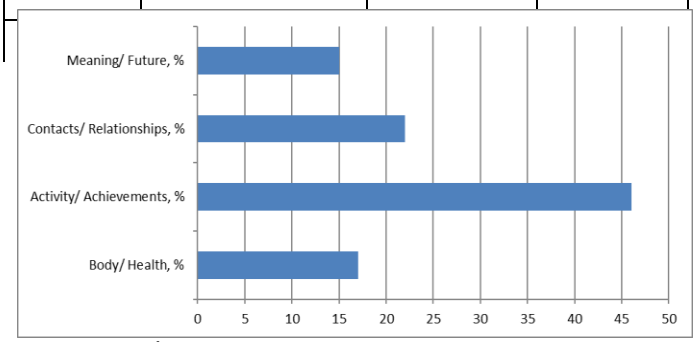
Rys. 2. Średnie wartości Modelu Równowagi w zależności od płci. Grupa 1

Kobiety poświęcają o 13% więcej uwagi i czasu obszarowi Ciało niż mężczyźni, a mężczyźni poświęcają o 11% więcej niż kobiety obszarowi Aktywność. W sferze Kontaktów różnice są minimalne, kobiety poświęcają jej o 2% więcej uwagi niż mężczyźni. W sferze Znaczeń różnice są również niewielkie, mężczyźni poświęcają jej o 4% więcej uwagi niż kobiety.

Tabela 3.

Średnie wartości modelu równowagi. Grupa 2

% ciała	Osiągnięcia, %	Kontakty, %	Znaczenie/ Przyszłość, %
17	46	22	15



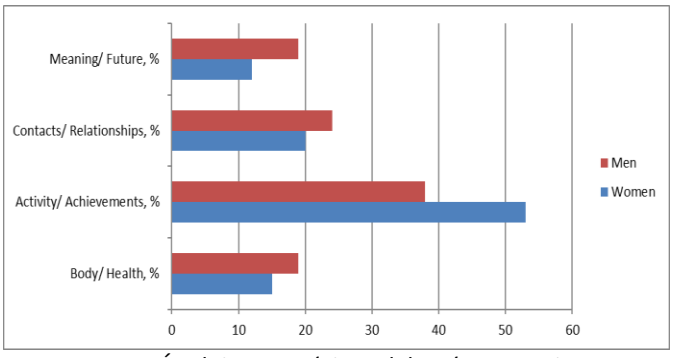
Rys. 3. Średnie wartości modelu równowagi. Grupa 2

Jak widać na wykresie, sferą, której poświęca się najwięcej czasu i uwagi w Rosji jest sfera Aktywności (46%), następnie sfera Kontaktów (22%), następnie sfera Ciała (17%) i Znaczenia (15%). Porównanie wyników Modelu Równowagi w zależności od płci (Tab. 4).

Tabela 4.

Wyniki modelu równowagi. Grupa 2

	Ciało, %	Osiągnięcia, %	Kontakty, %	Znaczenie /Przyszłość, %
Kobiety	15	53	20	12

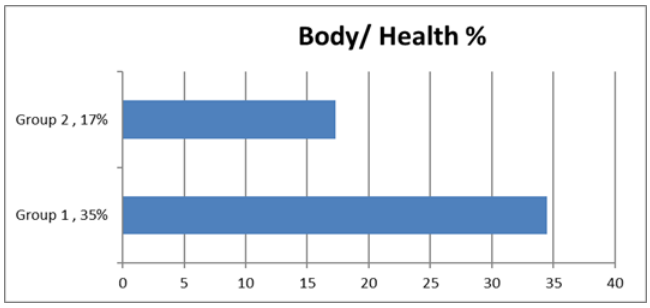


Rys. 4. Średnie wartości Modelu Równowagi w zależności od płci Grupa 2.

Mężczyźni poświęcają o 4% więcej uwagi i czasu Ciału niż kobiety, a kobiety poświęcają o 15% więcej uwagi Dziedzinie Aktywności niż mężczyźni. W obszarze Kontaktów różnice są minimalne, mężczyźni poświęcają Kontaktom o 4% więcej uwagi niż kobiety. W sferze Znaczenia mężczyźni poświęcają o 7% więcej uwagi niż kobiety.

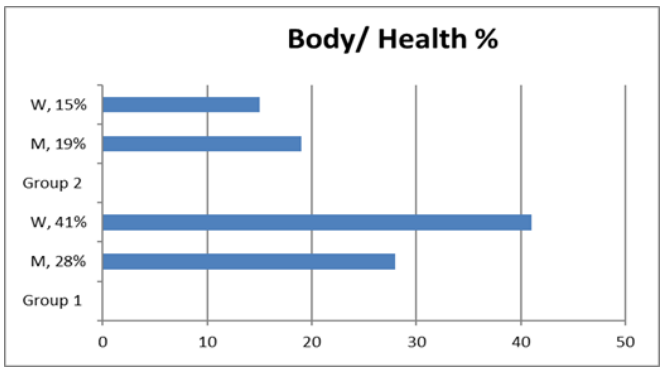
2.1. Analiza porównawcza zaangażowania w sferze Ciało/Zdrowie.

Sfera Ciała w Grupie 1 zawiera 35% całości, w Grupie 2 - jest to 17% całości. Stwierdzono, że w Grupie 1 sfera Ciała wykazuje 18% więcej, prawie 2 razy więcej; różnica jest dość imponująca. Poprzez szczegółową analizę zawartości sfery Ciała postaramy się zrozumieć podobieństwa i różnice między obiema grupami uczestników w tej sferze i dlaczego różnica ilościowa jest tak duża.



Rys. 5. Wykres. Porównanie wartości ilościowych zaangażowania w sferę Ciała w Grupie 1 i Grupie 2

Poniższy wykres pokazuje, w jaki sposób dane dotyczące zaangażowania w Sferę Ciała rozkładają się w zależności od płci w każdej grupie uczestników. Wykres pokazuje, że mężczyźni w Grupie 1 są o 13% mniej zaangażowani w sferę Ciała niż kobiety w Grupie 1. Ta różnica kontrastuje z mężczyznami w Grupie 1, którzy spędzają o 11% więcej czasu i energii w sferze Aktywności niż kobiety w Grupie 1. Jeśli chodzi o Grupę 2, różnica w zaangażowaniu w sferę Ciała między mężczyznami i kobietami nie jest widoczna. tak duże jak w Grupie 1, co pokazuje, że mężczyźni są o 4% bardziej zaangażowani w ten obszar ciała niż kobiety.



Rys. 6. Wykres. Porównanie wartości ilościowych poziomu zaangażowania w sferę Ciała dla kobiet i mężczyzn z Grupy 1 i Grupy 2

Diagram pokazuje agregację w kategoriach liczbowych zaangażowania mężczyzn i kobiet z grup 1 i 2 w ciało. Poniżej przedstawiono opcje dotyczące konkretnych działań i zachowań, które składały się na te agregacje zaangażowania w sferę ciała w każdej grupie uczestników. W tym celu zbadane zostaną konkretne odpowiedzi na poszczególne pytania w kwestionariuszu. Analiza tych odpowiedzi ujawniła częstotliwości i tendencje konkretnych zachowań, o które pytano w kwestionariuszu.

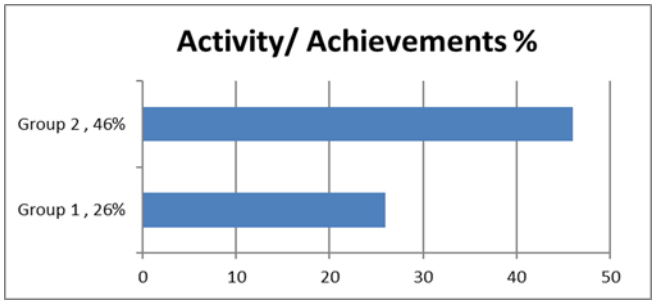
Grupa 1: Odpowiedzi mieszkańców Chin. Wszystkich 20 respondentów napisało, że kładą się wcześnie spać i wstają wcześnie rano. 17 osób stwierdziło, że regularnie chodzi pieszo, rano chodzi do parku lub jeździ rowerem do i z pracy. 6 osób stwierdziło, że dba o zbilansowaną dietę i stara się jeść na czas, spożywa dużo owoców i warzyw. 9 osób przyznało, że uprawia sport (piłka nożna, koszykówka, jogging, pływanie), chodzi na siłownię, tańczy lub ćwiczy.

Grupa 2: Odpowiedzi mieszkańców Rosji. 7 osób z Grupy 2 zauważyło, że zazwyczaj odpoczywają biernie w domu. 11 osób skarżyło się na słaby sen; nikt nie chwalił się dobrym snem. 10 respondentów stwierdziło, że dba o urodę, świętuje wizyty u kosmetyczki i wykonuje codzienną aktywną pielęgnację urody w domu (SPA, nawilżanie skóry). 5 z 20 respondentów stwierdziło, że regularnie monitoruje swój stan zdrowia i odwiedza lekarzy. 6 osób spaceruje na świeżym powietrzu, a 3 respondentów stwierdziło, że wyjeżdża na łono natury, aby odpocząć. Kolejne 3 osoby relaksują się podczas wędkowania, a 2 podczas polowania, 3 chodzą do waporarium, 11 uprawia sport (siatkówka, siłownia, joga, jazda na nartach, rowerze i snowboardzie). 8 osób stwierdziło, że w ogóle nie uprawia sportu. 1 osoba zaznaczyła, że pilnuje swojej diety, a 1 osoba odpowiedziała, że uwielbia smaczne jedzenie. 1 osoba okresowo korzysta z masażu. 2 osoby relaksują się grając w gry komputerowe, a 1 osoba relaksuje się grając w gry intelektualne. 1 osoba zauważyła, że relaksuje się oglądając filmy, robiąc rękodzieło i bawiąc się z dzieckiem.

2.2. Analiza porównawcza zaangażowania w sferze aktywności/osiągnięć

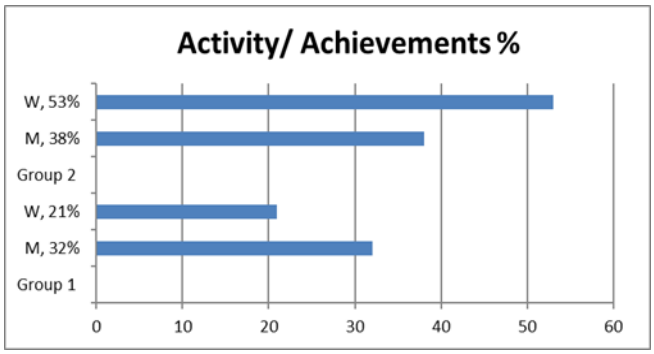
Sfera Aktywności w Grupie 1 obejmuje 26%, a w Grupie 2 stanowi 46% całości czasu i energii uczestników, różnica w bilansie oznacza, że Grupa 2 poświęca na sferę aktywności o 20% więcej czasu i wysiłku niż Grupa 1; wizualnie różnica jest nieco mniejsza niż 2 razy. To całkiem sporo, mimo że Grupa 2 jest bliska 50%, a Grupa 1 znajduje się w optymalnej pozycji Modelu Równowagi równej dystrybucji energii i czasu w czterech sferach życia.

Rys. 7. Wykres. Porównanie wartości ilościowych poziomu



zaangażowania w sferę Aktywności dla kobiet i mężczyzn w Grupie 1 i Grupie 2

Poniższy wykres pokazuje, jak dane dotyczące zaangażowania w sferę aktywności/osiągnięć rozkładają się w zależności od płci w każdej grupie uczestników. Mężczyźni w Grupie 1 pracują o 11% więcej niż kobiety w Grupie 1 (prawie 1/3). W Grupie 2 wskaźnik osiągnięć jest wyższy dla kobiet - kobiety pracują o 15% więcej niż mężczyźni. Mogę przypuszczać, że wynika to z obciążenia kobiet w Grupie 2 pracą, obowiązkami domowymi i wychowywaniem dzieci. Bardziej szczegółowa analiza tej dysproporcji i odkrycie przyczyn tak dużej różnicy nie jest możliwe w ramach niniejszego badania.



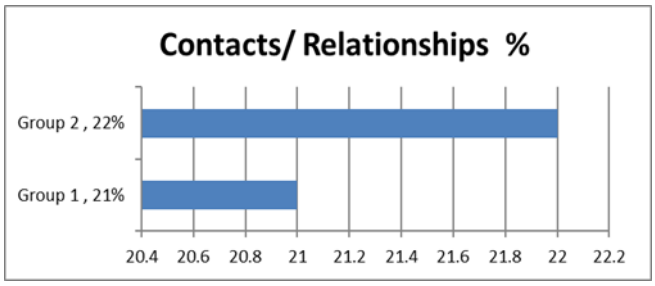
Rys. 8. Wykres. Porównanie wartości ilościowych poziomu zaangażowania w sferę aktywności/osiągnięć dla kobiet i mężczyzn z Grupy 1 i Grupy 2

Grupa 1. 5 osób z Grupy 1 zauważyło, że ich praca wiąże się z okresowym lub codziennym przepracowaniem, dwie z nich pracują przez 10-12 godzin (przepracowanie o 2-4 godziny), dwie osoby pracują 9-10 godzin dziennie, a jedna zgłosiła, że pracuje wystarczająco dużo godzin w ciągu tygodnia, aby równać się szóstemu dniu roboczemu. 13 osób z Grupy 1 zaznaczyło, że pracuje bez przepracowania, 8 godzin przez 5 dni w tygodniu. 9 osób z Grupy 1 zajmuje się wychowywaniem dzieci.

Grupa 2. W grupie 2, 13 osób pracuje ponad siły, 4 z nich mają 6-dniowy tydzień pracy, dwie pracują 12-14 godzin dziennie i
4 osoby regularnie przesiadują w pracy przez 30-90 minut. 6 osób z Grupy 2 zauważyło, że pracuje bez przepracowania, 8 godzin przez 5 dni w tygodniu. 11 osób z Grupy 2 zajmuje się wychowywaniem dzieci. 2 z nich stwierdziło, że zajmują się wychowywaniem małych dzieci niemal przez całą dobę. 9 na 10 kobiet z Grupy 2 zauważyło, że regularnie wykonują prace domowe. 6 na 10 mężczyzn z Grupy 2 zauważyło, że regularnie wykonuje prace domowe.

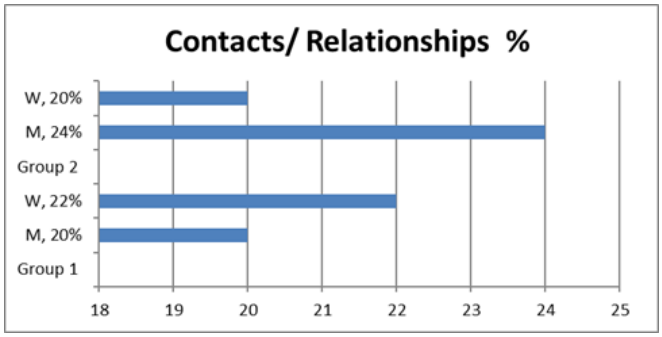
2.3. Analiza porównawcza poziomów zaangażowania w sferze zaangażowania w sferze kontaktów/relacji

Sfera Kontaktów w Grupie 1 obejmuje 21%, a w Grupie 2 22% całkowitego czasu i energii uczestnika. Nie stwierdzono znaczącej różnicy w poziomach zaangażowania w tym obszarze jako całości między obiema grupami.



Rys. 9. Wykres. Porównanie wartości ilościowych poziomów zaangażowania w sferę kontaktów w Grupie 1 i Grupie 2

Poniższy wykres pokazuje, jak dane dotyczące zaangażowania w sferę kontaktów/relacji rozkładają się w zależności od płci w każdej grupie uczestników. Na pierwszy rzut oka widać, że różnice między kobietami i mężczyznami w obu grupach są niewielkie. W Grupie 1 kobiety wykazują o 2% większe zaangażowanie w obszarze kontaktów niż mężczyźni. W Grupie 2 mężczyźni wykazują o 4% większe zaangażowanie w tym obszarze niż kobiety.



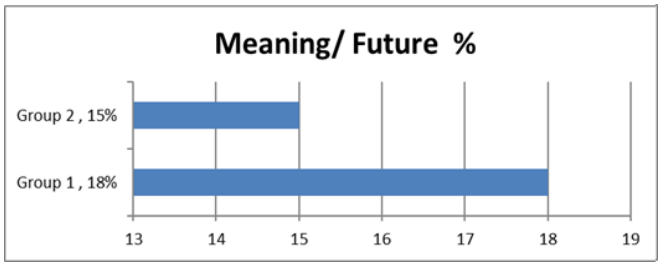
Rys. 10. Wykres. Porównanie wartości ilościowych poziomów zaangażowania w sferę kontaktów dla kobiet i mężczyzn w Grupie 1 i Grupie 2

Grupa 1. W grupie 1 często spotyka się z przyjaciółmi na posiłek. 12 z 20 osób stwierdziło, że często spotykają się z przyjaciółmi i jedzą razem posiłki. Jest to integralna część sfery kontaktów w Chinach. Przytoczę kilka cytatów z badania dotyczącego zaangażowania w sferę kontaktów, przetłumaczonych z języka chińskiego. "Nie mam tak wielu przyjaciół, prawdziwych przyjaciół - tylko kilka osób, ale jestem bardzo zadowolony. Każdego wieczoru wracam do domu i komunikuję się z przyjaciółmi, wszyscy razem czujemy się bardzo dobrze i jesteśmy szczęśliwi, weekend spędzam z rodziną". " "Mam przyjaciół, ale zazwyczaj komunikuję się z członkami rodziny, zwłaszcza z żoną. W weekendy zazwyczaj wyjeżdżam gdzieś z żoną, żeby się zabawić. " "Mam przyjaciół, często organizujemy wspólne kolacje, oglądamy filmy." "Zazwyczaj spotykamy się z przyjaciółmi na posiłki lub komunikujemy się telefonicznie".

Grupa 2. W przypadku Grupy 2 wybiórczo przedstawiam cytaty z badania na temat tego, jak członkowie tej grupy faktycznie angażują się w sferę kontaktów. "Mam przyjaciół, spotykamy się kilka razy w tygodniu, poświęcam córkom 1-2 godziny dziennie". "Mój krąg znajomych jest mocno ograniczony. Prawie cały wolny czas spędzam z rodziną". "Jestem z przyjaciółmi 2-3 razy w miesiącu i w święta, z rodziną codziennie". "Mam przyjaciół, z którymi nie spotykam się zbyt często. Prawie cały wolny czas spędzam z rodziną, żoną i dzieckiem". " Mam tylko kilku przyjaciół, ale wydaje mi się, że te przyjaźnie są poważnej jakości. Czasami spotykamy się z krewnymi, czasami z przyjaciółmi, dużo korespondujemy. Spędzam dużo czasu z rodziną. Lubimy leżeć, jęczeć i nic nie robić".

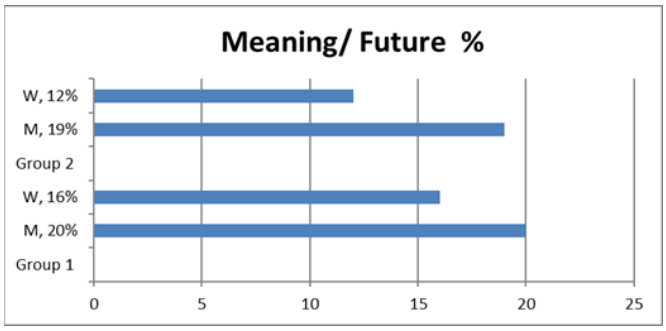
2.4. Analiza porównawcza poziomów zaangażowania w sferze zaangażowania w sferze Znaczenie/Przyszłość

Sfera Znaczenia w Grupie 1 obejmuje 18%, a w Grupie 2 15% całkowitego czasu i energii uczestników. W tym obszarze życia różnica 3% między obiema grupami jest niewielka.



Rys. 11. Wykres. Porównanie wartości ilościowych poziomów zaangażowania w sferze Znaczeń dla kobiet i mężczyzn w Grupie 1 i Grupie 2

Poniższy wykres pokazuje, jak dane dotyczące zaangażowania w Sferę Znaczenia rozkładają się w zależności od płci w każdej grupie uczestników. Na pierwszy rzut oka widać, że różnice między kobietami i mężczyznami w obu grupach są niewielkie. W Grupie 1 mężczyźni wykazują o 4% większe zaangażowanie w obszarze Znaczenia niż kobiety. W Grupie 2 różnice są nieco bardziej znaczące - mężczyźni wykazują o 7% większe zaangażowanie w sferze znaczenia/przyszłości niż kobiety.



Rys. 12. Wykres. Porównanie wartości ilościowych poziomów zaangażowania w sferę znaczenia/przyszłości dla kobiet i mężczyzn z Grupy 1 i Grupy 2

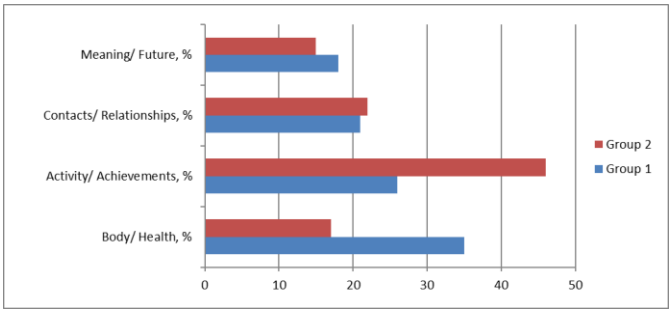
Grupa 1. 1 osoba zauważyła, że uważa się za osobę religijną. 13 z 20 osób planuje przyszłość. 14 z 20 osób w tej grupie ma hobby, wśród których są: siatkówka, taniec, czytanie, oglądanie programów telewizyjnych, piłka nożna, koszykówka, fitness, ping pong, badminton, oglądanie filmów, gry komputerowe. Przedstawię kilka cytatów z badania na temat zaangażowania w sferę znaczeń, przetłumaczonych z języka chińskiego. "Mam hobby. Moje hobby - taniec latynoamerykański, gimnastyka i czytanie. Nie jestem religijny. moim planem na przyszłość jest zakup ubezpieczenia komercyjnego dla siebie i mojego dziecka, już go realizuję. Marzę, że w przyszłości będę mogła opuścić Chiny i zobaczyć inne kraje. " "Czytam książki. Nie jestem religijny. Nie mam konkretnych planów na przyszłość". "Moje hobby - piłka nożna. Nie jestem religijny. Moim planem na przyszłość jest otwarcie biura podróży. Marzę o odwiedzeniu każdego zakątka Chin lub wielu różnych zagranicznych krajów".

Grupa 2. 3 osoby stwierdziły, że uważają się za religijne. 10 z 20 osób ma plany dotyczące

przyszłość. 15 osób ma hobby, reszta albo nie ma hobby, albo nie ma na nie wolnego czasu. Wśród hobby znajdują się: myślistwo, wędkarstwo, sport, czytanie, muzyka i gra na instrumentach muzycznych, wycieczki na łono natury, gry komputerowe i intelektualne, fotografia, różne rękodzieła. Przedstawię kilka cytatów z badania zaangażowania w sferę znaczeń w grupie 2. "Moje hobby to gry komputerowe, gry intelektualne, rysowanie, wychowywanie dziecka, wędkarstwo, grzybobranie. Jestem religijny. " "Mam hobby, lubię robić na drutach, szyć, czytać książki. Nie jestem religijny. Robię plany." "Moje hobby to muzyka (występy). Religia jest mi obojętna. Interesuję się czytaniem. Nie robię już planów. Moje zaangażowanie w sferę znaczeń dotyczy gier komputerowych".

Wnioski

W wyniku odpowiedzi na kwestionariusze w załącznikach do niniejszego artykułu uzyskano ilościowe wyniki poziomów zaangażowania w cztery obszary życia w Modelu Równowagi Nossrata Peseschkiana w dwóch grupach uczestników, jednej z Chin i drugiej z Rosji, oraz przeprowadzono analizę porównawczą wskaźników. Wyniki tego porównania można zobaczyć na poniższym wykresie:



Rys. 13. Wykres. Wykres porównawczy 4 obszarów modelu równowagi w grupie 1 i grupie 2

Jak pokazano na ostatnim diagramie, najbardziej znaczące różnice w poziomach zaangażowania w Modelu Równowagi występują między sferami Ciała i Ciała. Aktywność/Osiągnięcia. W Grupie 1 Sfera Ciała zajmuje 35% całości, w Grupie 2 Ciało zajmuje tylko 17% - przy czym Grupa 1 wykazuje prawie dwukrotnie większe zaangażowanie w sferę Ciała niż Grupa 2. I odwrotnie, sfera Aktywności w Grupie 1 stanowi 26% całości, podczas gdy Grupa 2 wykazuje 46%. Ta różnica w bilansie pokazuje, że Grupa 2 poświęca 20% więcej czasu i energii na sferę Aktywności niż Grupa 1. Można zauważyć, że mieszkańcy Chin zwracają większą uwagę na Ciało niż Rosjanie, a mieszkańcy Rosji poświęcają więcej czasu i energii na sferę Aktywności. Wskaźniki ilościowe w dziedzinie kontaktów i znaczeń w Grupie 1 i Grupie 2 różnią się nieznacznie. Sfera Kontaktów w Grupie 1 zajmuje 21%, a w Grupie 2 22%. Zaangażowanie w sferę Znaczeń również wykazuje tylko niewielką różnicę między dwiema grupami, przy czym Grupa 1 wykazuje 18%, a Grupa 2 15%. Uczestnicy z Rosji i Chin poświęcają taką samą część swojego czasu/wysiłku na Kontakty i Znaczenie.

W związku z tym przeprowadzono wstępne badanie i na podstawie badania dwóch grup oraz ilościowego porównania danych wstępnie stwierdzono, że w sferach modelu równowagi Rosji i Chin istnieją zarówno znaczące różnice ilościowe w sferze aktywności i ciała, jak i niewielkie różnice ilościowe w sferach znaczenia i kontaktów.

Referencje

[1] **DAMIAN, O.** (2019). Życie w społecznościach kamczackich: podejście oparte na modelu równowagi: referat konferencyjny. *Światowy Kongres Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej (Kemer/Antalya, Turcja).*

[2] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Pozytywna* terapia *rodzin: Podręcznik pozytywnej psychoterapii dla terapeutów i rodzin*. AuthorHouse UK, Bloomington, USA

[3] **SINICI, E.** (2015). Model równowagi dla pacjentów z zespołem stresu pourazowego. *International Journal of Psychotherapy 19(3).*

Dodatek 1.

您好！我是心理学学生，我叫达尼娅，做我的毕业论文，这个是欧洲德国心理学研究方法平衡模式。请您帮我请填调查表帮我做我的毕业论文研究，谢谢！

问题	*四中生活质量说明:
出生年：	**躯体， 感觉-** 您生活中多少%力量供给你的身体健康，吃饭，情绪
性别：	**成就** - 您生活中多少%力量供给你的工作（学习，您孩子保育）？
城市：	**交往** - 您生活中多少%力量供给与您家人和好朋友交往？（您最喜欢的交往，工作领域的交往不属于这种交往，只家人和朋友）
工作(学习)领域：	**约想，未来** - 您生活中多少%力量供给您梦想和计划安排，业余爱好和宗教。

2. 四中生活质量（四中生活领域）2.1. 请填写您的每种生活质量具体内容，请介绍一下您生活经验怎么样 *（在这请你有多少就写多少）

躯体， 感觉：	**成就**
您一般做什么为你身体健康？好不好睡觉？做不做早操什么的？跳舞、散步吗？去不去美容馆和理发店？请填写一下：	你做什么工作（学习））？一天工作（学习）多长时间？一个星期工作学习）几天？累吗？您是不是保育孩子吗？请填写一下：
约想，未来	**交往**
您有没有业余爱好？什么业余爱好？有什么宗教信仰？您有没有具体未来计划？喜不喜欢梦想？ 请填写一下：	你有朋友吗？你尝尝和家人和朋友交流？一般想做什么？（比如说去一起吃饭，还是在家说话，去公园玩一玩，别的方式请填写）请填写一下：

2.2.请填写每种生活质量你生活中有多少%？ * 一共要有 100%

躯体， 感觉 ____%	成就 ____%
约想，未来 ____%	交往 ____%

非常感谢您的帮助！

Dodatek 2.

Cześć! Nazywam się Tatiana, jestem psychologiem, zapraszam Cię do wzięcia udziału w moich badaniach dyplomowych, proszę Cię o odpowiedź na kilka pytań. Dziękuję za udział!

1.	* wyjaśnienie 4 obszarów modelu równowagi:
Rok urodzenia：	1) Sfera Ciało/Zdrowie: zdrowie, odżywianie, sen, sport, taniec, joga, siłownia, poranny jogging, fitness, uroda i higiena osobista, wizyty u fryzjera i masażysty, zdrowy styl życia, odpoczynek, spacery, seksualność, a także emocjonalność - czyli wszystko, co dotyczy ciała i dbania o nie.
Seks：	2) Sfera aktywności/osiągnięć: praca, biznes, szkolenia, rozwój zawodowy, wychowywanie dzieci, działalność społeczna, obowiązki domowe.
Miejsce：	3) Sfera kontaktów/relacji: relacje z bliskimi osobami, z którymi lubisz się komunikować, w celu wymiany emocjonalnej, spotkania z przyjaciółmi, niedzielne wypady do babci po ciasto, (nie ma tu komunikacji biznesowej, jest komunikacja z ukochaną dziewczyną/przyjacielem, a spacer z przyjacielem wpłynie na sferę ciała i sferę kontaktów).
Sfera pracy / nauki：	4) Sfera znaczenia/przyszłość: poglądy religijne, filozoficzne, polityczne, hobby, refleksje na temat znaczenia życia, marzenia i fantazje, cele, kreatywność, tworzenie planów na przyszłość, czytanie książek itp.

2. Cztery sfery modelu równowagi.

2.1. Wypełnij poniższą tabelę w oparciu o swoje osobiste doświadczenia. Skomentuj, co jest wypełnione w każdym z obszarów Twojego modelu równowagi?

Ciało / Zdrowie: Jak się relaksujesz? Czy dobrze sypiasz? Czy dbasz o zdrowie i urodę? Co robisz w tym kierunku? Czy uprawiasz sport? Jak przyjmujesz dbać o swoje ciało? Czym jeszcze wypełniasz swoją sferę ciała? Odpowiedź:	Aktywność/osiągnięcia: Czy pracujesz/studiujesz? Ile dni i godzin tygodniowo? Czy zajmujesz się recyklingiem? Wykonywanie prac domowych? Wychowywanie dzieci? Czym jeszcze się zajmujesz? Twoja odpowiedź:
Znaczenie/Przyszłość: Czy masz jakieś hobby? Jakie Czy uważasz się za osobę religijną? Czy czytasz książki? Czy snujesz plany na przyszłość? Czym jeszcze wypełniasz swoją sferę znaczeń? Twoja odpowiedź:	Kontakty/ Relacje: Czy masz przyjaciół? Czy często spotykasz się z przyjaciółmi i krewnymi? Ile czasu spędzasz z rodziną? Co lubisz robić z przyjaciółmi? / rodzina? Co jeszcze wypełnia sferę kontaktów? Twoja odpowiedź:

2.2. Zaznacz, ile % Twojej energii życiowej i czasu zajmuje każda z tych sfer? * ilość powinna wynosić 100%

Ciało/Zdrowie ____%	Działalność/osiągnięcia ____%
Znaczenie/Przyszłość ____%	Kontakty/ relacje ____%

Wielkie dzięki za pomoc i udział!

WSTĘPNE BADANIE ZJAWISKA "LĘKU SEPARACYJNEGO" OCZAMI METODA PSYCHOTERAPII POZYTYWNEJ I TRANSKULTUROWEJ

Elena Drazheva
Doktorant, certyfikowany psychoterapeuta pozytywny
Psycholog i psychoterapeuta w Centrum Wsparcia Psychospołecznego "Think different" (Sofia, Bułgaria)
Email:
drajevae@gmail.com

Otrzymano 21.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji 25.01.2021. Opublikowano 01.02.2021.

Streszczenie

Artykuł prezentuje wyniki badań wstępnych, będących częścią przygotowywanej rozprawy doktorskiej pod tytułem: "Wpływ zachowań rodziców na lęk separacyjny u dzieci w wieku od 1,5 do 5 lat". W artykule omówiono związek między objawami i problemami dzieci przejawiających lęk separacyjny w momencie rozpoczęcia uczęszczania do przedszkola a doświadczeniami ich rodziców. Wstępne badanie objęło 38 rodziców i ich dzieci przejawiających lęk separacyjny. W badaniu wykorzystano narzędzia Psychoterapii Pozytywnej, która daje możliwość diagnozy relacji rodzic-dziecko i interwencji wspierającej.

Słowa kluczowe: Pozytywna Psychoterapia, lęk separacyjny, rodzic-dziecko, aktualne umiejętności.

Wprowadzenie

Jednym z kryzysów rodzinnych, który wystawia rodziców na próbę i ukierunkowuje ich poszukiwania gabinetów psychoterapii, jest ten związany z pójściem dzieci do żłobka/przedszkola. Wrzesień to czas, kiedy gabinety psychoterapeutyczne zapełniają się rodzicami i dziećmi, którzy podjęli nieudaną próbę rozstania, gdy dzieci rozpoczynały naukę i adaptację w nowym miejscu. Niepokój odczuwany przez dzieci jest czasem tak silny, że wywołuje poczucie winy u rodziców, którzy z kolei obwiniają przedszkola, prawo, nauczycieli itp. i w końcu zwracają się do specjalistów.

Według Freuda (1991) lęk pojawia się, gdy pojawia się zagrożenie zerwania bliskości między dzieckiem a matką. Jest to przejaw protestu przeciwko możliwej separacji, która jest niezbędna dla istnienia małego człowieka. Harry Sullivan (Stamatov, 2006) definiuje lęk jako emocję interpersonalną, która przejawia się w frustracja w relacji między dzieckiem a matką. Emocje powstają w wyniku doświadczenia straty, wiążąc się z utratą bezpieczeństwa i miłości, co przynosi poczucie bezradności i beznadziejności. Lęk jest problemem egzystencjalnym związanym ze sprzecznością między bezpieczeństwem a niepewnością, między intymnością a separacją.

E. Erickson (1996) z kolei łączy lęk z obawą przed utratą tożsamości. Lęk i miłość są głównymi motywami identyfikacji, a miłość rodzicielska jest internalizowana w dziecku w postaci zaufania, bezpieczeństwa i akceptacji, co stanowi podstawę pozytywnej samooceny. Kiedy takie zachowanie jest podtrzymywane przez rodziców, staje się trwałym modelem. Z tego samego powodu lęk może zostać zinternalizowany i stać się trwałym doświadczeniem dla dziecka.

Wystąpienie lęku wiąże się z pojawieniem się dwóch doświadczeń:

- Doświadczenie separacji, odpowiednio straty;
- Doświadczenie związane z utratą miłości (odrzucenie).

Każdego dnia dziecko spotyka się z chwilami aprobaty lub dezaprobaty. Reakcje matki, które są związane z niezgodą, złością, karą, mogą być postrzegane przez dziecko jako utrata miłości jego znaczących postaci, co może wpływać na poczucie własnej wartości dziecka. Doświadczenie związane z ewentualną utratą miłości jest wariantem późniejszego doświadczenia separacji.

Według Johna Bowlby'ego (2005) opieka matki we wczesnym dzieciństwie jest tak samo ważna dla zdrowia psychicznego, jak witaminy i białko dla zdrowia fizycznego. Tworzy to nierozerwalny, symbiotyczny i spójny system "rodzic-dziecko", w którym dwie główne strony (zwykle matka-dziecko) są współzależne w swoich potrzebach.

Dla dziecka separacja to nie tylko zerwanie zewnętrznej więzi, zniszczenie tej więzi to doświadczenie utraty części samego dziecka.

Podsumowując powyższe, jasne jest, że badając lęk dziecka, musimy wziąć pod uwagę doświadczenia jego rodzica, ponieważ zachowanie dziecka jest ściśle związane z prezentacją rodzica jako osoby odniesienia. Często, gdy rodzic przyprowadza dziecko do gabinetu psychoterapeutycznego z problemem lęku separacyjnego, skupia się on wyłącznie na dziecku i oczekuje, że terapeuta będzie pracował tylko z nim, by przestało się martwić.

Przegląd literatury pokazuje, że temat lęku separacyjnego i związku między doświadczeniami dziecka przedstawionymi przez jego reakcje a reakcjami rodzica jest aktualnym obszarem badań. W momencie badania informacje na temat obserwowanego zjawiska można było znaleźć w Dallaire, D., Weinraub, M. (2006). Ich badania dowiodły, że model przywiązania ma fundamentalne znaczenie dla zrozumienia rozwoju lęku separacyjnego u dzieci 6-letnich, który z jednej strony nie wpływa na problemy związane z rozwojem psychologicznym i społecznym dzieci, a z drugiej obejmuje grupę inną niż badana przez nas (1, 5 - 5 lat). W Bułgarii nie znaleziono źródeł danych na ten temat.

Metodologia

Przedmiotem badania jest relacja między matką (rodzicami) a dzieckiem po przyjęciu do przedszkola/żłobka.

Przedmiot badania: Lęk separacyjny u dzieci w wieku od 1,5 do 5 lat w sytuacji rozłąki z rodzicami przy okazji przyjęcia do przedszkola/żłobka

Celem badania jest związek między lękiem dzieci przed separacją a reakcją rodziców.

Metody badania:

1) Analiza treści danych dotyczących modelu przetwarzania konfliktu - obszary: ciało, aktywność, kontakty, przyszłość / fantazja oraz dane z inwentarza różnicowo-analitycznego (DAI);

2) Przetwarzanie indywidualnych informacji w ujęciu zbiorczym na podstawie wartości procentowych.

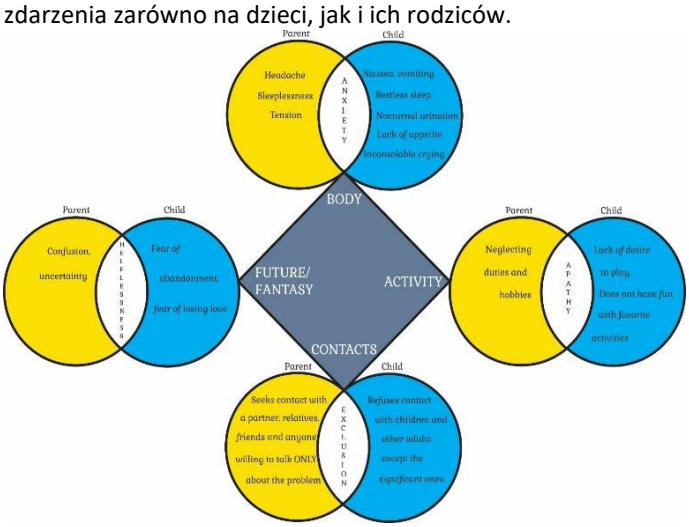
Badanie ma charakter wstępny i jest częścią mojej rozprawy doktorskiej zatytułowanej: "Wpływ zachowania rodziców na lęk separacyjny u dzieci w wieku od 1,5 do 5 lat" i jest kontynuowane wraz z rozszerzeniem próby eksperymentalnej.

Badanie przeprowadzono z rodzicami 38 dzieci w wieku od 2 do 4 lat, 20 chłopców i 18 dziewczynek, wykazujących lęk separacyjny.

Wyniki

Model przetwarzania konfliktu stanowi dobre pole do diagnozy tego, co dzieje się w diadzie rodzic-dziecko, gdzie rozbieżność w oczekiwanych i rzeczywistych zachowaniach obu stron staje się podstawą do uruchomienia konfliktowych doświadczeń (niepokój, frustracja, lęk, smutek, niezadowolenie itp.). Rodzic dobrze opisuje swoją reakcję na codziennie powtarzającą się sytuację - przyprowadzanie i odprowadzanie dziecka do przedszkola lub żłobka, w ponad połowie (65%) lokalizacja konfliktu znajduje się w obszarze: "Przyszłość/Fantazja", obecne są wątpliwości, nieufność i obawy, a u 35% - obszar: "Kontakty", przejawiający się irytacją i niezadowoleniem. Z kolei dzieci reagują na pojawienie się "separacji" objawem ("Ciało"), odmową aktywności ("Aktywność") i niechęcią do komunikowania się z innymi ("Kontakt"), wraz z 38 rodzicami dzieci wykazujących lęk separacyjny. wiek od 2 lat do 4 lat, 20 chłopców i 18 dziewcząt.

Rysunek 1 podsumowuje dane dotyczące wpływu zdarzenia zarówno na dzieci, jak i ich rodziców.



Rys. 1 Model równowagi

W obszarze "ciało" 73% dzieci wyraża swój niepokój poprzez płacz (zwróć na mnie uwagę, ranisz mnie), nocne oddawanie moczu (płacz z dołu), nudności i wymioty (chcę pozbyć się tego uczucia, uwolnić się od niego), bezsenność (jestem w pogotowiu), niechęć do jedzenia (nie chcę i nie mogę nic wziąć), z drugiej strony 70% matek wyraża swój niepokój poprzez ból głowy (gorączkowe myśli o tym, co się dzieje i szukanie rozwiązania),

bezsenność (więcej czasu na próby rozwiązywania problemów i strach przed nadchodzącym dniem) i napięcie (wszystko zależy ode mnie). Staje się jasne, że uczuciem obu stron jest silny niepokój.

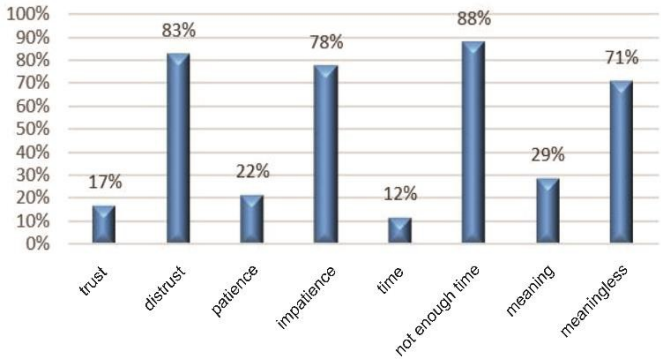
W polu "Aktywność" u 80% badanych rodziców i dzieci głównym uczuciem obu stron jest apatia. Przejawem tego uczucia jest niechęć dziecka do zabawy i uczestniczenia w ulubionych zajęciach oraz utrata chęci matki do wykonywania prac domowych i uprawiania ulubionego hobby.

W obszarze "Kontakty" dla 81% najważniejsze jest to, że obie strony są wykluczone ze świata zewnętrznego, ale łączą się ze sobą, ponieważ tylko to przynosi spokój obu stronom. Dziecko nie chce być w kontakcie z dorosłymi innymi niż matka, a matka z kolei nawiązuje kontakt z innymi (nauczycielami, psychologami), tylko na podstawie komentarzy związanych z niepokojem dziecka. Oprócz tego, że matka nie nawiązuje dobrego kontaktu z innymi, nie jest też w stanie nawiązać kontaktu z samą sobą (dostrzec własnego zaangażowania w sytuację), ale uważa, że jedyny problem tkwi w dziecku.

w polu "Przyszłość/Fantazja" dla 69% ankietowanych wspólną cechą dla obu stron jest bezradność, która u dziecka wyraża się poprzez strach przed utratą miłości, "Mama już mnie nie kocha!", strach przed porzuceniem, "Mama nie przyjedzie mnie zabrać!", rodzic ma silne poczucie zagubienia i niepewności, "Czy postępuję właściwie?", "Czy jestem dobrym rodzicem?".

Zastosowanie różnicowego podejścia analitycznego, w którym obszary zachowania (rzeczywiste lub oczekiwane) opisane przez wtórne rzeczywiste umiejętności (dokładność, posłuszeństwo, dyscyplina, staranność, niezawodność itp.) oraz obszary postawy (wobec siebie, innych i środowiska) opisane treścią przez pierwotne rzeczywiste umiejętności (czas, cierpliwość, zaufanie, model - próbka, uwaga, miłość itp.), pozwoliły na ujawnienie gotowości do konfliktu.

Sercem wyzwalacza, który towarzyszy lękowi separacyjnemu u dzieci, jest kwestia zachowania rodziców i tego, w jaki sposób wzorce rodzicielskie bezpośrednio lub pośrednio wpływają na lęk dzieci i początek zaburzeń przywiązania. Badanie wykazało następujące wyniki w zakresie podstawowych rzeczywistych umiejętności rodziców. (Rys. 2)



Rys. 2. Podstawowe rzeczywiste umiejętności rodziców

Dla 80% rodziców niezwykle trudno jest zaufać instytucji lub innej osobie dorosłej w zakresie opieki nad ich dziećmi i podchodzą do tego z wyraźną nieufnością. U 78% rodziców występuje silne zniecierpliwienie zarówno sytuacją (dziecko przyzwyczaja się i przestaje płakać), jak i samym sobą (nie mogę dłużej znieść tej sytuacji). 88% rodziców jest pesymistycznie nastawionych do tego, że czas jest kluczowy i że z czasem dziecko się przyzwyczai, a także nie wykazuje chęci poświęcenia czasu. Dla 71% separacja dzieci jest bezsensowna i uważają ją za "rabunek" dzieciństwa.

Dane dotyczące rzeczywistych umiejętności wtórnych wykazały, że 65% rodziców nie szanuje autorytetów (posłuszeństwo, dyscyplina), a 77% jest obojętnych na zalecenia pracowników przedszkola i kwestionuje wprowadzone tam zasady (odpowiedzialność, porządek).

Zarówno rodzice, jak i dzieci mają identyczne doświadczenia związane z procesem separacji.

Dziecko aktywnie poszukuje obecności matki i domaga się od niej ciągłego dzielenia się każdym ze swoich nowych doświadczeń lub uczuć. Chociaż dziecko nie jest już tak zależne i bezradne, jak na poprzednich etapach rozwoju, swoim zachowaniem wydaje się dążyć do czegoś wręcz przeciwnego. Dla matki takie zachowanie wydaje się mylące i sprzeczne. Niektóre matki nie mogą zaakceptować ciągłego wymagającego i wymagającego zachowania swojego dziecka, podczas gdy inne nie mogą tolerować stopniowego oddzielania się dziecka od nich i nie mogą zaakceptować faktu, że ich dziecko staje się coraz bardziej niezależne i odrębne i nie jest już ich częścią. W tym samym czasie dziecko staje się coraz bardziej świadome swojej autonomii, ale nie może całkowicie oddzielić się od matki, o czym świadczą ciągłe próby robienia czegoś z nią lub naśladowania jej.

Dogłębna analiza informacji pokazuje, że często rodzice nawet nie podejrzewają, w jaki sposób rzutują własne traumy na swoje dzieci: "Mam bardzo złe wspomnienia z przedszkola!", "To normalne, że on płacze, ja też kiedyś płakałem.", "Moi rodzice wciąż opowiadają nieprzyjemne historie z mojego pobytu w przedszkolu". Trudności, które sami mieli, zostały łatwo przekazane ich dzieciom i wydobyły na powierzchnię traumę ich własnych doświadczeń.

Wywołanie silnych (zaradnych) umiejętności tematycznych, takich jak: pracowitość, miłość, bezpieczeństwo, konsekwencja, niezawodność zarówno u dziecka, jak i rodzica, normalizuje doświadczenie i pozwala im spojrzeć na sytuację z innej perspektywy:

- 93% rodziców okazuje swoją miłość;
- 90% ankietowanych okazuje dziecku czułość;
- 87% wykazuje się wytrwałością w opiece nad dziećmi i poświęceniem.

W tym przypadku bardzo ważne jest, aby matka była wspierana w rozpoznawaniu i akceptowaniu dziecka jako jednostki, bez próby podporządkowania go własnym preferencjom i pragnieniom. Komunikacja werbalna i empatia to umiejętności ważne w relacji rodzica z dzieckiem. Według Margaret Mahler (Mahler, 1979; Mahler i in., 1975), jeśli matka podziela doświadczenia dziecka i jego pragnienia, jest w stanie je zaakceptować.

dziecko buduje pełen miłości obraz jej i tego, co się dzieje, zaczyna ją naśladować i staje się jej "cieniem", a jej obecność i emocjonalny udział są przewidywalne. . Kiedy matka jest nadmiernie opiekuńcza i niespokojna, niegrzecznie interweniuje w świat dziecka i jest do niego niezwykle przywiązana, staje się jego "cieniem", co utrudnia normalny proces indywidualizacji i wyjście z symbiotycznej relacji z dzieckiem. Nadmierna troska matki o dziecko podtrzymuje iluzję, że może ono funkcjonować tylko w symbiotycznej relacji. Matka może być emocjonalnie odległa, aby reagować przede wszystkim i racjonalnie na potrzeby dziecka, co spowoduje, że dziecko skupi większość swojej energii i umiejętności na próbach zdobycia jej miłości, zamiast inwestować tę energię we własny rozwój, który doprowadziłby do autonomii.

Brak akceptacji i zaprzeczanie separacji z czasem prowadzi do patologicznej zależności od obiektu i niezdolności do tolerowania frustracji pochodzących z rzeczywistości zewnętrznej. To, jak bardzo dziecko będzie odczuwać lęk podczas separacji, zależy od trzech zmiennych, które podlegają wsparciu podczas procesu terapeutycznego.

Pierwszy z nich dotyczy rozwoju poczucia "ja" dziecka - na ile postrzega ono siebie jako niezależną istotę ludzką, a na ile buduje koncepcję siebie jako autonomicznego, w jaki sposób opiera się na umiejętnościach, które już rozwinęło w kontakcie z rodzicem i jak łączy je z rzeczywistością?

Druga zmienna jest związana z doświadczeniami pojawiającymi się w związku z separacją, a mianowicie zakresem frustracji i tym, jak jest ona doświadczana przez dziecko pod względem pierwotnych aktualnych umiejętności (oczekuję od mamy: miłości, uwagi, bezpieczeństwa) oraz przez rodzica pod względem wtórnych aktualnych umiejętności (oczekuję od dziecka: posłuszeństwa, porządku, dyscypliny).

Trzecia zmienna jest związana ze zdolnością dziecka do integrowania pierwotnych i wtórnych rzeczywistych umiejętności w relacjach obejmujących kilka osób.

Na etapach rozwoju dziecko musi zrezygnować z niektórych rzeczy, aby zdobyć inne. Pójście do przedszkola to kluczowy moment w życiu dziecka, który będzie dobrze tolerować, jeśli rodzicom uda się okazać dziecku wsparcie, a nie oszczędzać na nim. Ważne jest, aby wyjaśnić nie tylko socjalizacyjną rolę przedszkoli, ale także ich znaczenie dla rozwoju psychicznego dzieci. To dzięki pięciostopniowemu modelowi interwencji Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej rodzice zapoznają się z potrzebą "dawkowania" miłości i wyznaczania elastycznych granic w kontakcie z dzieckiem. Na przykład: W fazie obserwacji/dystansu terapeuta uczy rodziców, by z ciekawością obserwowali, co dzieje się z ich dzieckiem, jak się zmienia, co przyciąga jego uwagę, co jest dla tego dziecka interesujące itp.

W fazie inwentaryzacji rodzic, z pomocą psychoterapeuty pozytywnego, uczy się dowiadywać, co jest trudne dla dziecka na tym etapie jego rozwoju, z czym radzi sobie ono bez problemu itp. Podczas tej pierwszej separacji zarówno rodzic, jak i dziecko przechodzą fundamentalną zmianę w swoich wewnętrznych światach, a zmiany te wymagają mentalnego przygotowania do tego ruchu w kierunku autonomii, który jest doświadczany emocjonalnie, szczególnie ze strony matki.

Trzy etapy mają szczególne znaczenie. W języku psychoterapii pozytywnej i transkulturowej są to: przywiązanie - różnicowanie - separacja. Proces separacji zachodzi bezkonfliktowo tylko po udanym różnicowaniu. Jeśli chodzi o dobre różnicowanie, pozytywne nastawienie rodziców do pozostawienia dziecka w przedszkolu brzmiałoby mniej więcej tak: "**Jesteś ubrany** i gotowy do przedszkola, **ja jestem** gotowy do pracy. Dzisiaj **będziesz bawić się z** innymi dziećmi, będziesz spać w przedszkolu, a **ja będę** pracować w mojej pracy". Aby zasugerować dziecku, że to, co się dzieje, nie jest separacją, ale oderwaniem (przygotowaniem do nowego połączenia), rodzic mógłby zareagować na przykład w ten sposób: "**Ty zostajesz** tutaj z innymi dziećmi i **pielęgniarką**, ja idę do pracy. Kiedy się wyśpisz i zjesz śniadanie, **przyjdę** po ciebie".

Wnioski

Niepokój, który pojawia się, gdy dziecko zaczyna uczęszczać do przedszkola, jest istotny zarówno dla dziecka, jak i dla rodziców. Dzieci w tej grupie wiekowej charakteryzują się silną ciekawością i chęcią samodzielnego odkrywania świata, tutaj te cechy kryzysu wiekowego ustępują miejsca obawom przed porzuceniem, utratą miłości rodziców i nieznanego. Rodzice wiedzą i zdają sobie sprawę, że ten moment separacji nadejdzie. Myślą, że są przygotowani na ten krok, ale odkrywają, że muszą również stawić czoła własnym lękom. Psychoterapia pozytywna i transkulturowa daje możliwość opracowania ogólnego obrazu tego procesu i wsparcia systemu rodzic-dziecko, aby pomóc im przejść przez to wyzwanie łatwiej, płynniej i bez konfliktów.

Referencje

[1] **BOWLBY, J.** (2005) *A secure base*. Routledge. 224 p.

[2] **ДОЛТО, Ф. [DOLTO, F.]** (2012). *Когато се появи детето* [Kiedy pojawia się dziecko]. София: Colibri. 448 с.

[3] **ДОЛТО, Ф., [DOLTO, F.]** (2005). *Несъзнаваният образ на тялото* [Nieświadomy obraz ciała]. София: Център-за-психосоциална-подкрепа. 320 с.

[4] **ЕРИКСЪН, Е. [ERIKSON, E.]** (1996). *Идентичност: Младост и криза* [Tożsamość: młodość i kryzys]. София: Наука и изкуство. 340 с.

[5] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Positive Psychotherapy of Everyday Life: A Self-Help Guide for Individuals, Couples and Families with 250 Case Stories*, Bloomington, USA: AuthorHouse UK.

[6] **СТАМАТОВ, Р. [STAMATOW, R.]** (2008). *Детска психология* [Psychologia dziecka]. Пловдив: Хермес. 407 с.

[7] **ФРОЙД, З. [FREUD, S.]** (1991). *Психология на сексуалността* [Psychologia seksualności]. Христо Ботев. 198 с.

[8] **ЦИРКОВА, Д. [TSIRKOVA, D.]** (2007) *Психологично консултиране на деца, юноши и родители.* [Poradnictwo psychologiczne dla dzieci, młodzieży i rodziców]. София: Център-за-психосоциална- подкрепаю 126 с.

[9] **DALLAIRE, D., WEINRAUB, M.** (2006). Przewidywanie lęku separacyjnego u dzieci w wieku 6 lat: Wkład bezpieczeństwa przywiązania niemowlęcia do matki, wrażliwości matki i lęku separacyjnego matki.
Attachment & Human Development. 7(4). pp. 393-408

[10] **MAHLER, M.** (1979). The Selected Papers of Margaret S. Mahler: Vol. 1: Infantile Psychosis & Early Contributions 1st Edition. NY: Jason Aronson Inc; Wydanie 1. 306 p.

[11] **MAHLER, M. S., F. PINE & A. BERGMANN**. (1975) *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation.* New York: Basic Books, Inc., 1975. 308 p.

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ АРТ-ТЕРАПИИ (НА ПРИМЕРЕ КОРРЕКЦИННОЙ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ)

ROZWIJANIE ZDOLNOŚCI PIERWOTNYCH U PRZEDSZKOLAKÓW Z WYKORZYSTANIEM EKOLOGICZNYCH METOD ARTETERAPII (NA PRZYKŁADZIE PROGRAMU KOREKCYJNEGO OBNIŻAJĄCEGO POZIOM LEKU)

Gelya Bend
Podstawowy konsultant PPT, słuchacz kursu mistrzowskiego, arteterapeuta Instytucja edukacyjna przedszkole "Deborah" (Shenzhen, Chiny) **Email:** gelya86@yandex.ru

Otrzymano 19.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji 25.01.2021. Opublikowano 01.02.2021.

Streszczenie

Niniejszy artykuł koncentruje się na wykorzystaniu arteterapii i terapii opartej na naturze w radzeniu sobie z lękiem u dzieci w wieku przedszkolnym i rozwijaniu podstawowych zdolności. Wykrywanie zaburzeń emocjonalnych, a także zapobieganie i interwencja mogą pomóc dzieciom w utrzymaniu zdrowia psychicznego. Terapia oparta na naturze wraz ze sztukami ekspresyjnymi może być bardzo skuteczna w pomaganiu dzieciom w uczeniu się o swoich emocjach, wyrażaniu siebie i rozwijaniu pewności siebie. Program arteterapii (podejście oparte na terapii naturalnej) mający na celu obniżenie poziomu lęku u przedszkolaków został wdrożony w prywatnym przedszkolu "Deborah" (Shenzhen, Chiny).

Słowa kluczowe: lęk, wiek przedszkolny, podstawowe zdolności, arteterapia, psychoterapia pozytywna.

Аннотация

Данная статья посвящена исследованию воздействия методов экологической арт-терапии в коррекции тревожности у детей старшего дошкольного возраста и в развитии первичных способностей. Выявление эмоциональных проблем у дошкольников, их коррекция и профилактика способствует гармоничному развитию детей, поддержанию их психологического здоровья. Применение средств арт-терапии подходит для этих целей - занятия экспрессивными искусствами в сочетании с положительным влиянием природной среды могут помочь детям отреагировать свои эмоции, снять эмоциональное напряжение, развить уверенность. В частном дошкольном образовательном учреждении "Дебора" (г.Шеньчжень, КНР) была реализована программа занятий, направленная на снижение уровня тревожности с помощью методов арт-терапии в экологоческом подходе.

Ключевые слова: тревожность, детский возраст, первичные способности, арт-терапия, Позитивная Психотерапия.

Вступление

Носсрат Пезешкиан (2016) основал свой метод опираясь на выводы из масштабного исследования, в котором принимали участие люди из разных стран. Одним из важных столпов Позитивной и Транскультуральной Психотерапии является концепция Актуальных Способностей. В соответствии с ней, каждый человек, независимо от своего происхождения, вероисповедания или же возраста, обладает ими. В тоже самое время, эти способности не являются врожденными
- мы развиваем их только посредством отношений с другими людьми, учась у них, перенимая их опыт взаимодействия с окружающими (Peseschkian, 2016). Старший дошкольный возраст - наиболее сензитивный период для формирования эмоциональной сферы, а значит и для формирования первичных способностей. Последние играют важную роль для налаживания и поддержания отношений с людьми. Появление новых технологий и активное их внедрение в повседневную жизнь ускоряет темп городских жителей и привносит, с одной стороны, удобства, но с другой - является факторами стресса. Жизнь в современном мегаполисе сопровождается переработкой огромного потока различного рода информации и многозадачностью. В связи с этим, на фоне агрессивного воздействия урбанизированной техногенной среды на соматическое и психологическое здоровье городских жителей, использование природной терапии приобретает все большую актуальность. Дополнительной психической нагрузке подвергается не только взрослое население крупных городов. В условиях современного развития общества, с увеличивающимся количеством используемых технологий, ростом увлечения виртуальными играми и онлайн общением, у детей все меньше возможностей исследовать природу. В крупных городах данная тенденция может быть связана и с тревогой о небезопасности окружающей среды, где с детьми может случиться что-то неприятное или опасное для их жизни и здоровья. Негативные переживания взрослых, нехватка времени на качественное общение с детьми, подавленное состояние родителей - могут сказаться на эмоциональном и психологическом состоянии детей. Одновременно с этим, трансляция обществом установки на "успех" заставляет родителей отправлять детей на дополнительные занятия, что сокращает время для игры, не говоря уже о прогулках на свежем воздухе и подвижных играх с друзьями на улице. В современном быстроменяющемся мире обращение к ресурсам естественной среды может стать помощником в решении определенных эмоциональных проблем.

Методология

Тема тревожности давно исследуется специалистами в разных областях. Почти все они сходятся во мнении, что определеный уровень тревожности свойственен всем людям и несет в себе положительную функцию - привлекает вниманиек возможным трудностям, препятствиям для достижения цели, содержащимся в ситуации, и позволяет мобилизовать силы, тем самым помогая достичь наилучшего результата. То есть, нормальный уровень тревожности рассматривается как необходимый для эффективного приспособления к действительности (адаптивная тревога). Таким образом, когда ребенок испытывает беспокойство по поводу грядущего экзамена, или выступления на сцене перед публикой, мы говорим о реакции приспособления к нестандартным для него ситуациям. В то же самое время, нежелание посещать детский сад, игровые площадки, быть в людных местах без объективных на то причин (например, буллинг или физические травмы, полученные ранее), частые ночные кошмары - могут свидетельствовать о повышенном уровне тревожности. Внешними ее проявлениями удетей являются избыточность жестов, скованность, напряжение, повышенная суетливость, беспокойство, или же, наоборот, повышенная застенчивость. (Лютова, Монина, 2011) Также возможно нарушение сна, аппетита, преобладание негативных эмоций над положительными.

Тревожность имеет тенденцию к самоподкреплению и самоподержанию, что оказывает негативное влияние на успешность деятельности детей различных возрастов (Прихожан, 2000). Данное эмоциональное расстройство чаще всего может быть вызвано длительной внешней стрессовой ситуацией, подкрепленной частым переживанием тревоги, или же особенностями психофизиологического развития. Часть исследователей видят источник тревожности в нарушенных в раннем детстве отношениях со значимыми взрослыми и говорят о прямой зависимости уровня тревожности ребенка от уровня тревожности родителя (значимого взрослого). Так, например, Салливен (1999) говорил о тревожности как о межличностном феномене, который формируется в отношениях между матерью и младенцем, имея в виду, что имеющееся у матери напряжение тревоги индуцирует тревогу младенца. Он также отмечал, что потребность в устранении тревожности, по сути, равна потребности в межличностной надежности и безопасности, создание которой в раннем детском возрасте может предотвратить развитие тревожности (Салливен, 1999). М. Боуэн, в свою очередь, определял "передачу тревоги" от матери к ребенку как основной

механизм поддержания общей эмоциональной системы в детско-родительских отношениях, при котором ребенок принимает тревогу матери и беспокоится потому, что беспокоится она (Варга, 2017). Хорни (1997) выделяла неодобрение значимых людей как основной источник тревожности и подчеркивала роль среды в ее возникновении. Если в раннем опыте ребенка существует любовь и поддержка окружающих, то у него развивается чувство безопасности и уверенности в себе. В том случае, когда значимые взрослые ведут себя по отношению к ребенку чрезмерно требовательно, безразлично, или же они могут быть излишне тревожными, доминирующими, гиперопекающими, тогда это может вызвать у него "переживание глубокой ненадежности и смутной озабоченности, для которой я использую понятие "базисная тревожность". Это чувство изолированности и беспомощности в мире, который он воспринимает как потенциально враждебный себе" (Хорни, 1997). В связи с этим особую важность представляет потребность тревожных детей в чувстве надежности и безопасности.

С точки зрения Позитивной Психотерапии, детская тревожность может быть обусловлена негармонично развитыми первичными способностями. Например, недостаточной уверенностью в себе, своих силах; отсутствием доверия другим людям; избытком сомнения в определенных ситуациях; недостаточно развитой способностью к контакту с собой или окружающими; слабо сформированной способностью к надежде, как ощущению безопасности мира вокруг; сложностями, связанными с несформированной способностью к терпению (возрастная особенность).

В программах профилактики и коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей успешно применяются методы арт-терапии. Одновременно с этим, занятия арт-терапией могут помочь сбалансировать четыре сферы жизни ребенка: сферу тела и здоровья, деятельности и достижений, сферу контактов, и сферу фантазии и смыслов. Использование в работе с детьми арт-терапевтических занятий позволяет высвободить негативные эмоции, невербально выразить эмоциональные переживания, в том числе и страхи. Творческая работа, созданная в процессе занятия, является неким "посредником" между арт-терапевтом и ребенком, что облегчает процесс взаимодействия для тревожного или замкнутого дошкольника: это позволяет делиться своими эмоциями и переживаниями не напрямую, говорить порой иносказательно, не от своего лица, а от лица персонажа, изображенного на бумаге или упомянутого в истории. Подобный "иносказательный" смысл мы находим и в использовании притч и сказок, которые также могут быть успешно использованы в рамках занятий. Набор техник и средств арт-терапии очень разнообразен, что позволяет ребенку также выбрать наиболее комфортный способ самовыражения, который соответствует его потребностям и возможностям. Для занятий арт-терапией, независимо от модальности (будь то лепка, сочинение истории, рисование, коллаж) не требуются специальные навыки. Это, в сочетании с безусловным принятием арт-терапевтом любых форм творческой активности, может способствовать укреплению веры в свои силы и развитию уверенности в себе. Создание терапевтом атмосферы безопасности и доверия может также внести свой положительный вклад в коррекцию уровня тревожности. В ходе занятий арт-терапевт использует различные приемы вербальной и невербальной обратной связи, которые могут включать активноенаблюдение , перефразирование высказываний, фиксирование отраженных в рисунке поступков или мимики эмоций и чувств, сообщение о своих чувствах и ассоциациях с работой ребенка (Мартинсоне, 2017). Все это способствует налаживанию механизмов саморегуляции и улучшению способности к контакту с собой и другим, к эффективной адаптации, что часто является задачами терапевтического процесса.

В последнее время применение экологического подхода в арт-терапии становится все более популярным. В данном подходе природа рассматривается как важный фактор формирования терапевтического пространства и терапевтического процесса, а также как дополнительное условие повышения эффективности процессов лечения. Копытин (2016) рассматривает экологический подход как частный аспект средового. Он связан с изучением влияния человеческой деятельности на природные процессы и среду обитания, а также воздействия природной среды на состояние и функционирование человека. Средовой и экологический подходы в арт - терапии основаны на представлениях средовой психологии, экопсихологии и экологии здоровья. Экопсихология составляет общетеоретическую базу для методов эко-терапии, используемых с целью лечения и профилактики различных заболеваний, в частности расстройств психической деятельности и нарушений адаптации, а также для повышения качества жизни людей на основе укрепления их позитивных связей с природой. Бергер (2016) говорит о том, что в процессе взаимодействия человека с природной средой происходит активизация разных сфер опыта и психических процессов, что является важным условием повышения адаптивности и стрессоустойчивости. Другой

важной функцией является совершенствование навыков саморегуляции в результате активного контакта с природой и ее здоровьесберегающими ресурсами. Кроме того, совместная творческая активность группы людей в природной среде может способствовать сплочению и улучшению коммуникативных навыков (Копытин, 2013). Занятия в рамках экологического подхода могут полностью или частично проводиться вне помещения. Прогулки на свежем воздухе обостряют работу сенсорных систем организма, способствуют развитию наблюдательности, стимулируют воображение, одновременно с этим оказывая расслабляющее действие. Природа, в свою очередь, может выступать неким "ко-терапевтом" в процессе эко-арт- терапевтических занятий и внести свой важный вклад в процесс гармонизации личности ребенка.

Некоторые специалисты, работающие с детьми, например, Кортни (Courtney, 2017), подчеркивают важность использования природной среды и природных элементов в работе для решения их эмоциональных проблем. Она так же выделяет потенциальные функции природы, которые проявляются при взаимодействии детей и природной среды и/или природных объектов. Часть из них связаны с эмоциональной регуляцией, например, успокаивающее воздействие объектов природы при тактильном взаимодействии (особенно, если есть возможность подержать объект в руках), снижение уровня беспокойства и страхов, создание ощущения безопасности и защиты, а также предоставление некоего пространства для выплеска эмоций. В то же самое время взаимодействие со средой дает толчок к проявлению внутренних ресурсов ребенка, способствует повышению уверенности в себе, и, что особенно важно в работе с детьми, стимулирует воображение и магическое мышление в процессе оздоравливания.

Результаты

Реализация программы

Для отбора детей в группу коррекционных занятий была проведена комплексная диагностика группы старших дошкольников (возраст детей 5-6 лет) из 26 человек, в результате которой было установлено, что 8 человек (около 30 % класса) испытывают средний и высокий уровень тревожности (были использованы тест тревожности Тэммл (Головей, 2002) и опросник Лаврентьевой (1992) "Уровень тревожности ребенка"). Свое согласие на участие в занятиях дали 6 семей.

Один из участников, проявляющий максимальное количество признаков тревожности в группе по результам опросника тревожности (11 признаков из 20) часто выражает несогласие, спорит с родителями и учителями, в то же самое время боится новых видов деятельности, нерешителен и робок с незнакомыми людьми. Участник, чей уровень тревожности определен как самый высокий в группе по результам теста тревожности (78,6%), очень боязлив, стеснителен в общении, легко краснеет. Он плохо засыпает, ему часто снятся кошмары. У еще одного участника с высоким уровнем тревожности нет сложностей в общении со взрослыми и детьми, однако ему очень сложно фокусироваться и завершать начатые дела, следовать правилам. Во время выполнения различных заданий часто вносит изменения, исправляет работу.

Предположительно, одной из причин тревожности детей являются сложности в отношениях с родителями или же иными членами семьи. В связи с тем, что некоторые специалисты связывают тревожность детей с нарушенными отношениями со значимыми взрослыми, был проведен проективный тест Э. Клессман "Три дерева" (Обухов, 2005), который выявил сложные взаимоотношения в семьях четырех детей. Другим потенциальным фактором, оказывающим влияние на уровень тревожности, и о котором также говорят специалисты, может быть тревожность матерей дошкольников. В рамках программы матерям участников был предложен для заполнения переведенный и адаптированный для данных целей опросник тревожности Спилбергера - Ханина (Дерманова, 2002). Он продемонстрировал высокий уровень тревожности у 100% испытуемых.

По результам диагностики в программу коррекционных занятий по снижению уровня тревожности было решено включить совместные занятия с родителями. Программа рассчитана на 12 занятий, с периодичностью 3 занятия в неделю. Длительность одного занятия 40-50 минут.

В ходе реализации программы решаются следующие задачи:

- Развитие у детей способности оценивать свое эмоционального состояние и выражать свои чувства (налаживание контакта с собой и с другими; развитие первичной способности к контакту).
- Укрепление веры в свои силы и рост уверенности (способность к уверенности).
- Снижение уровня эмоционального напряжения (сфера тела).
- Улучшение коммуникативных навыков (сфера контактов).
- Развитие творческих навыков (сфера фантазии и сфера деятельности).

- Создание безопасного пространства для свободного выражения чувств, эмоций и творческих идей (пример безусловного принятия).
- Содействие укреплению детско-родительских отношений (развитие сферы контактов).

Методические приемы, используемые в занятиях программы:

1. Игры на распознавание своих и чужих эмоций (сфера контактов)
2. Дыхательные упражнения и релаксация (сфера тела)
3. Свободное и тематическое рисование (сфера смысла и фантазий)
4. Создание истории (перефразирование, рефлексия своего опыта)
5. Создание амулета / помощника (активация внутренних ресурсов для восстановления)
6. Семейная прогулка с фокусировкой внимания на отдельных предметах (практика осознанности и улучшение контакта внутри семьи)

В соответствии с программой каждое занятие начиналось с определения эмоционального состояния участников с помощью "карточек настроений" и упражнений на релаксацию. Если занятие проводилось в кабинете, то использовались аудиозаписи звуков природы - шум дождя, звуки прибоя, пение птиц. Первые два занятия были направлены на знакомство с ходом занятий арт-терапией и занятий в экологическом подходе, во время которых дети исследовали свойства художественных материалов, знакомились с площадкой, на которой планировалась часть занятий. Третье занятие включало в себя взаимодействие со средой, а также создание рисунка и истории к нему на основе впечатлений от прогулки.

Темой четвертого занятия, и первого совместного занятия с родителями, была семейная фотопрогулка в парке. После упражнений на знакомство и фокусировку внимания было озвучено задание: исследовать окрестности парка в течение 30 минут и фотографировать объекты, привлекшие внимание. Дети и родители должны были выбирать объекты самостоятельно. Почти все взрослые отметили, что им было сложно не отвлекаться на социальные сети, мессенджеры, звонки, разговоры. По их словам, было довольно трудно "замедлиться" и полностью присутствовать в моменте. После окончания занятия мама одной из девочек в личной беседе сказала о том, что благодаря этому занятию поняла, что она может взять паузу, остановиться и провести время с дочерью, насладиться природой и ее красотой.

Второе совместное занятие с родителями было также проведено в парке. После приветствия и упражнений на релаксацию, участникам было озвучена тема занятия и задание - сбор природных материалов для создания коллажа на тему "Семья". Участники поначалу были робки, возвращались к месту сбора только с листьями. Однако постепенно стали обращать внимание и на другие предметы вокруг: ветки, палочки, раковины улиток, камни, цветы, детали от потерянных кем-то в парке игрушек. Данное занятие выявило некоторые паттерны взаимодействия родителей и детей во время их деятельности. Так, например, на вопрос, является ли одна из девочек центром семьи (фото ребенка было помещено в центр коллажа), ее тетя ответила, что это само собой разумется - в Китае это типичная модель семьи. На высказывание о том, что остальные работы участников не похожи, и дети не занимают в них центральное место, и что, скорее всего, это личная модель их семьи, женщина задумалась. Для мамы одного из мальчиков визуальный раздел совместной работы вызвал удивление и огорчение. Мама другой участницы использовала 5 элементов вокруг иероглифа "счастье" по количеству членов семьи, и обратила на это внимание только после комментариев участников группы. Она была также очень тронута высказыванием дочери о старшем брате (сестра участницы нарисовала портрет семьи, включая старшего брата, который живет отдельно от девочек, и сказала, что очень надеется, что он сможет ходить). Маме друго участника пришлось уступить ему в том, как он хотел видеть свою работу (сначала мама настаивала на своем), а в некоторых моментах они смогли найти компромисс.

Во время одного из занятий было проведено упражнение "Мое безопасное место", во время которого дошкольники искали место на игровой площадке, в котором их игрушки смогли бы почувствовать себя спокойно и комфортно. После расположения в безопасном месте ребята успокаивали свои любимые игрушки, принесенные из дома, и объясняли, почему выбрали то или иное место.

Другим важным занятием было завершающее занятием программы. Детям было предложено создать свой личный амулет либо помощника. Во время занятия была использована аудиозапись звуков природы. Для изготовления амулета ребята могли использовать природные материалы (деревянные кружочки и шарики, шишки, веточки, листья, камни), а также и художественные материалы.

Один из мальчиков выбрал деревянный кружок, веточку от дерева, камень и шишку. Он создал переговорное устройство для связи со своим другом, который не был на занятии. Мальчик добавил, что поставит его у себя в комнате на шкафчик и будет использовать его.

Одна из девочек использовала деревянный кружок для своей работы и сказала, что это для улучшения настроения. Она добавила, что, когда ей будет грустно, она будет на него смотреть. Девочка решила создать второго помощника. Для этого она взяла второй

деревянный диск, камень, добавила к нему шишку, веточку и листочки, которые нашла на улице, и сказала, что этот амулет для тех случаев, когда она будет злиться - она будет держать его в руках из её злость будет проходить.

Второй мальчик создал картину с изображением гор и этапов сложного пути. Он также соорудил некое подобие тоннелей из деревянных кружков и лент, добавил поезд из камня, нарисовал под ним дорогу. После он взял ветку, поставил и превратил в фонарь уличного освещения, который освещал всю картину. Ребенку очень понравилось его работа, он несколько раз с восхищением смотрел на неё и говорил "какая же она красивая". И добавил, что она его очень радует.

Вторая участница взяла деревянный кружок и прикрепила к нему два деревянныхх шарика. Затем добавила к ним веточку и шишку. Сказала, что первый шар - это радостный шар, а второй шар от скуки. Она заметила, что что шишка похожа на цветок, а затем начал разрисовать шарики. После разрисовывания второго шара сказала, что это её подруга и она очень рада ей. Еще один участник группы приготовил множество материалов для своей работы, однако долго не мог собраться с мыслями и решить, что он хочет сделать. Сначала он создал некое подобие тоннеля. Затем взял камень и превратили его в поезд. После окончания работы мальчик сказал, что ему очень нравится его поезд, а когда он с ним играет, это делает его счастливым. Последняя участница группы прикрепила на лист бумаги материалы с разнообразными поверхностями: камень, шишку, деревянный кружок, а сверху приклеила на него листик, который она принесла с улицы. На своей работе она изобразила дверь: ее можно открывать, заходить в этот чудесный мир с разными поверхностями и дотрагиваться до них. Девочка сказала, что ей очень нравится её работа, а также очень нравится прикасаться к разным предметам, чувствовать их поверхности.

Дети были очень вовлечены в процесс изготовления своих амулетов, и в основном выбирали природные материалы. Итоговым занятием стало создание того, в чем они нуждались: для двух из них это потребность в общении с друзьями, а для одной из девочек что-то, что может помочь ей справиться со сложными переживаниями. Для двух мальчиков это потребность в успешном завершении замысла без помощи взрослого, потребность в создании чего-то, что может их радовать, поднимать им настроение. Для еще одной девочки было важным спроецировать свой волшебный мир, в который она может погрузиться в любой момент, притронувшись к предметам на листе. Все дети создали помощников для саморегуляции, к которым они смогут обратиться в любой момент. Это занятие - пример активации восстановительного потенциала человека с помощью средств природы и искусства. Дети смогли выявить свои потребности и постарались сделать все, чтобы удовлетворить их. Заключительное упражнение было важным для развития способности контакта с собой и роста уверенности в своих силах - дети самостоятельно определяли, что они хотят смастерить, и как они хотят это сделать.

На завершающем этапе программы был проведен опрос родителей с помощью анкеты и опрос воспитателей группы о результатах их наблюдений, а также повторное заполнение опросника Лаврентьевой "Уровень тревожности ребенка".

Результат заполнения опросника Лаврентьевой (1992) показал, что количество наблюдаемых признаков тревожности у всех участников коррекционных занятий снизилось, и уровень их тревожности определяется как "низкий".

Родители одной из участниц отметили улучшение настроения, качество сна, физического состояния. Они также добавили, что девочка стала чаще делиться своими переживаниями с близкими (способность к контакту с собой и с другими). В группе она стала чаще общаться с детьми, легче идти с ними на контакт и меньше смущаться при общении с воспитателями (уверенность, способность к контакту). Мама другой участницы отметила улучшение настроения и отношений с сестрой, с которой она стала чаще разговаривать и играть. Мама также заметила, что у девочки появилось больше друзей в группе детского сада (способность к контакту).

На это же обратили внимание и воспитатели. В ходе занятий она стала чаще идти с ними на контакт, инициировать его, а также стала "проситься на ручки" для того, чтобы поговорить или обнять их (избегала физического контакта до начала коррекционных занятий). У одного из мальчиков, по словам мамы, улучшилось настроение, как и аппетит. В группе начал стараться заканчивать задания (развитие терпения), стал меньше исправлять свои работы (снижение полюса "сомнение" и рост уверенности), а также чаще слушаться воспитателей, выполнять какие-то просьбы и задания без споров (доверие ко взрослому). В проявлениях третьей участницы мама не заметила разницы. Однако, по наблюдению воспитателей, в группе девочка начала чаще инициировать общение, меньше смущаться при ответах перед всем классом (уверенность).

Что касается второго участника коррекционной группы, чей уровень тревожности был определен как самый высокий, мама отметила его большой прогресс: раньше в сложных для него эмоциональных ситуациях мальчик плакал и отказывался говорить о причинах расстройства. После курса занятий он начал говорить о том, что его печалит или беспокоит (способность к контакту), интенсивность и длительность плача снизилась. Она также сказала, что с ним легче общаться и договариваться, и что мальчик стал более свободно

выражать свое мнение (уверенность, доверие ко взрослому, безопасность среды). Прогресс также отметила и мама третьего участника: мальчик стал чаще общаться с отцом, с ним стало гораздо проще находить общий язык и договариваться (способность к контакту), чем раньше, когда он упрямо настаивал на своей точке зрения (доверие ко взрослому). По поводу плохих привычек сына мама сказала, что они по-прежнему есть, однако это также и задача родителей - следить за своими привычками и изменять их вместе с сыном. Она также добавила, что эти занятия, включая опросник на уровень тревожности, дали ей понять, что она не уделяла достаточно внимания сыну в силу своих личных проблем и что она будет над этим работать.

Выводы

Проведение коррекционно-развивающих занятий с использованием методов экологической арт-терапии позволило снизить уровень тревожности у детей с высоким уровнем тревожности и помочь им развить некоторые первичные способности. По мере реализации программы дошкольники смогли укрепить веру в свои силы, начать больше доверять взрослым, меньше сомневаться в принятии самостоятельных решений, и почувствовать дружелюбность окружающей их среды. Опыт взаимодействия семьи в новых условиях со-творчества был полезен для развития способности к контакту не только для детей -... родители смогли иначе взглянуть на внутрисемейные отношения и наметить пути к позитивным изменениям.

Несмотря на то, что во многих традиционных культурах Востока взаимодействие человека и природы является неотъемлемой частью жизненного уклада, современные условия жизни накладывают свой отпечаток. В городах Китая очень развита парковая культура, семьи часто проводят время вместе. Однако, с развитием новых технологий, популярностью социальных сетей и высокими темпами развития мегаполиса, людям становится все сложнее фокусироваться на том, что происходит здесь и сейчас. Занятия экологической арт-терапии помогли детям развить некоторые первичные способности, а их родителям обратиться к природе не только как к рекреационному ресурсу, но и источнику вдохновения, взаимодействие с которым может служить основой для налаживания отношений с детьми.

Использованиеметодов эко-арт-терапии специалистами помогающих профессий обладает потенциалом для коррекции детской тревожности, равно как и развитию первичных способностей. Описываемая программа не включает в себя встречи для установления контакта, и подразумевает взаимодействие с детьми, с которыми у специалиста налаживаются доверительные отношения. Это стоит учитывать при планировании работы с тревожными детьми.

Список использованных источников

[1] **БЕРГЕР, Р.** (2016). Природная терапия: теоретические основы и опыт применения в образовательных учреждениях Израиля. Арт-терапия и арт-педагогика: новые возможности для развития и социализации личности. *Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции*. Санкт-Петербург. 2016. № 1. С. 83-87

[2] **ВАРГА, А.Я**. (2017). *Введение в системную психотерапию*. Москва: Когито-Центр.182 с.

[3] Исследование тревожности (**СПИЛБЕРГЕР, Ч. Д.**, адаптация ХАНИН, **Ю.Л.**). Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. Дерманова И.Б. СПб. 2002. С.124-126.

[4] **КОПЫТИН, А. И., КОРТ Б.** (2013). *Техники ландшафтной арт-терапии*. Москва: Когито-Центр.104 с.

[5] **КОПЫТИН, А.И.** (2016). Целебное взаимодействие со средой: экологический и средовый подходы в арт-терапии и арт-педагогике. Арт-терапия и арт-педагогика: новые возможности для развития и социализации личности. Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции.Санкт-Петербург. 2016. № 1. С.75-83

[6] **ЛАВРЕНТЬЕВА, Г.П., ТИТАРЕНКО Т.М.** (1992). *Практическая Психология для Воспитателя*. Киев. 29 с.

[7] **ЛЮТОВА, Е. К., МОНИНА Г. Б**. (2011). *Тренинг эффективного взаимодействия с детьми*. СПб: Речь.

[8] **МАРТИНСОНЕ, К.** (2014). *Искусствотерапия*. СПб: Речь. 352 с.

[9] **ОБУХОВ Я.Л.** (2005). *Диагностика внутрисемейных отношений при помощи проективной методики Три дерева*. Москва. 10 с.

[10] **ПРИХОЖАН, А. М. (2000).** *Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика*. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: МОДЭК. 304 с.

[11] **САЛЛИВАН, Г. С.** (1999). *Интерперсональная теория в психиатрии*. М.; СПб. С. 229-285.

[12] Тест тревожности **(ТЭММЛ, Р., ДОРКИ, М., АМЕН, В.**): приложение к "Прауктикуму по возрастной психологии под ред. Л.А.Головей, Е.Ф.Рыбалко". СПб.: Речь, 2002.

[13] **ХОРНИ, К.** (1997). *Собр. соч. в 3 томах*. М.: Смысл. Т.2. С. 174-180

[14] **COURTNEY, J. A.** (2017). Sztuka wykorzystywania metaforycznych elementów natury jako "współterapeuty" w ekopsychologicznej terapii zabawowej. W A. Kopytin & M. Rugh (Eds.), *Środowiskowe terapie ekspresyjne: Teoria i praktyka wspomagana naturą* (s. 100-122). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781315310459-7

[15] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Pozytywna psychoterapia życia codziennego: A Self- Help Guide for Individuals, Couples and Families with 250 Case Stories.* Bloomington, USA: AuthorHouse UK

DYNAMIKA RODZINY W PSYCHOTERAPII MŁODZIEŻY Z ANOREKSJĄ

Veronika Ivanova
Doktor, psycholog kliniczny,
psychoterapeuta (Warna,
Bułgaria)
Główny adiunkt na Uniwersytecie Medycznym w Warnie
E-mail:
veronica_ivanovi@abv.bg

Otrzymano 15.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji
25.01.2021. Opublikowano
01.02.2021.

Streszczenie

Artykuł przedstawia kwestię związku między dynamiką rodziny a pojawieniem się, rozwojem i leczeniem zaburzeń odżywiania u nastolatków z perspektywy psychodynamicznego i pozytywnego podejścia w psychoterapii. Głównym wnioskiem jest to, że bez uwzględnienia dynamiki relacji rodzinnych nie można zrozumieć funkcji objawu.

Słowa kluczowe: anoreksja, rodzina, młodzież, psychoterapia pozytywna.

Wprowadzenie

Teorie psychodynamiczne postulują, że poprzez apetyt i odmowę przyjmowania pokarmu zapobiega się nieświadomemu ustnemu i agresywnemu prześladowaniu. Post był postrzegany jako nieświadomy protest i karząca reakcja na rodziców (Loch, 1971, Alexander, 1971). Swoim wyglądem i zachowaniem chorzy przejawiają głód emocjonalny. Wiele strategii terapeutycznych opiera się na zrozumieniu wpływu interakcji wewnątrz rodziny (Rosman, 1976). Główny konflikt w rodzinach osób cierpiących na anoreksję jest związany z tak zwanymi "nienaruszonymi" rodzinami z relacjami finansowymi. Według Peseschkian (2016), typowy w tych rodzinach jest nacisk jednego z rodziców na znaczenie porządku, czystości, uprzejmości, sukcesu, a jeśli chodzi o religię, zwraca się również uwagę na takie umiejętności, jak posłuszeństwo. Postawy wobec ciała i seksualności są wypierane i obecne jest wyraźnie jednokierunkowe podejście do "uduchowienia". Pod tym względem rodziny te są również nazywane "ascetycznymi" - ograniczenia przyjemności i zmysłowości nie istnieją, podobnie jak radość ze zmysłowych gonitw, pościgów i czułości. Na miłość dzieci zasługują poprzez sukcesy i dobre zachowanie. Kontaktów poza rodziną jest niewiele lub nie ma ich wcale. Ponownie, według Peseschkian (2016), nastolatki dokonują demonstracji autonomii poprzez dramatyczny akt odmowy jedzenia, w konflikcie między tym, czego nauczyli się w domu, a ich własnymi pragnieniami i postawami. Słabość psychogenna stanowi zewnętrzny wyraz problemu w rodzinie, jest chorobą całej rodziny, w której chory jest jedynie nosicielem. Poprzez swoją chorobę wyraża cierpienie całej rodziny, którego nikt nie ma odwagi głośno wypowiedzieć. Ryzykując życiem, nastolatek uwidacznia problemy rodzinne. Peseschkian opisuje kilka przypadków anoreksji, w których dziewczyna identyfikuje się z bratem, o czym świadczy zachowanie ciała jako chłopięcego, odmowa kobiecości.

Wzorce więzi rodzinnych osób z obsesyjno-kompulsywną strukturą osobowości, taką jak specjalność osobowości, a nie kategoria diagnostyczna, są opisane w badaniach Nancy McWilliams (2018) jako obejmujące postacie rodzicielskie, które tworzą wysokie standardy zachowania i oczekują ich wczesnego, surowego i konsekwentnego przyjęcia. Styl wychowania koncentruje się na motywacji do osiągnięć. Opiekunowie mają nieuzasadnione oczekiwania, zbyt wcześnie zaczynają wymagać rzeczy, których dziecko nie jest w stanie zrobić ze względu na swój wiek. Surowo odrzucają nie tylko niedopuszczalne zachowania, ale także towarzyszące im emocje i uczucia, myśli i fantazje. Z perspektywy relacji z obiektem pojawia się kwestia kontroli w rodzinie, z której wynikają zaburzenia odżywiania i..,

W związku z tym powstają obsesyjno-kompulsywne struktury osobowości. Powszechne obawy przed infekcją, obecne u osób z zaburzeniami odżywiania, są związane z lękiem separacyjnym i nadmiernym zaangażowaniem rodziców oraz nadmierną ochroną. McCullough podkreśla, że w przypadku współczesnych psychopatologii obsesyjno-kompulsywnych, takich jak zaburzenia odżywiania, ważne jest uwzględnienie funkcji kontroli, jaką sprawują rodzice, by zasiać obsesyjno-kompulsywne wzorce poprzez zawstydzanie, a nie tyle przez wpajanie poczucia winy, co zostało opisane we wcześniejszych badaniach. Autor opisuje również inny typ środowiska rodzinnego, zasadniczo przeciwstawny do opisanej dotychczas nadmiernie kontrolującej i moralizatorskiej atmosfery, w której dzieci pozbawione są norm rodzinnych, z brakiem nadzoru i beztroską ignorancją. W tym przypadku dziecko stara się być przeciwieństwem roztargnionego, niedokończonego rodzica, tworząc zbyt surowy i idealistyczny standard, który nie jest uczłowieczony, nie ma ludzkiej twarzy, ponieważ nie jest związany z zachowaniem prawdziwych rodziców, co czyni go jeszcze bardziej surowym i abstrakcyjnym. Dzieci te muszą wzorować się na wymyślonym przez siebie obrazie rodzica. W swojej analizie problemu Delarosch (2004) zdefiniował tę chorobę jako "formę powolnego samobójstwa zamaskowanego na wiele sposobów i odpowiedzialnego wobec innych". Z tego powodu autor uważa, że anoreksja jest nieumyślnym przerwaniem procesu rozwoju. Jeśli nastolatek zda sobie sprawę, że odrzuca proces dojrzewania, stopniowo prowadzi to do powrotu do tego procesu. Chodzi o konflikt, który można wyrazić tylko poprzez dramat. Delarosch (2004) nazywa to "strajkiem głodowym" i kontrolą nad rodzicami, ciągłą iluzją wszechmocy, która jest wskaźnikiem niepowodzenia słowa w rodzinie, które należy przywrócić. Na początku rodzina przyjęła dietę nastolatków jako część narzuconego przez media modelu - banalny problem nastolatków. Potem następuje rzeczywista utrata apetytu, a następnie bliscy próbują zmusić chorego do jedzenia, co na tym etapie choroby jest już bardzo trudne, a następnie dochodzi do konfliktów. Delarosch (2011) uważa jednak, że jeśli anorektyczka rozwiązuje swoje konflikty poprzez symptom, to nie robi tego negocjując słowami. Z tego powodu rozpoczyna się walka o zmierzenie sił między dziewczyną a rodzicami. Autorka odwołuje się do wiedzy na temat związku między oralnością a kobiecą seksualnością, a anoreksja staje się dla dziewczyny "triumfalnym zaprzeczeniem kompleksu Edypa". Anoreksja rzuca wyzwanie ojcu, zwłaszcza jego bezradności,*** jego kastracji z żony. Innymi słowy, anoreksja jest funkcją zaburzonych relacji emocjonalnych i seksualnych między rodzicami. Delarosch (2011) podkreśla również niechęć dziewczynki do upodobnienia się do matki spowodowaną dysharmonią innego rodzaju między rodzicami, oczywistością kompleksu Edypa. Autorka wyróżnia cztery cechy anoreksji w środowisku rodzinnym: "Strajk głodowy", w anoreksji nastolatka widzi swoją możliwość rewanżu, do tego czasu naciskana przez konflikty w rodzinie, odkrywa władzę, jaką posiada nad rodzicami, odmawiając jedzenia.

Między rodzicami a nastolatkiem dochodzi do "prawdziwej próby sił", w której często lekarz pełni rolę mediatora, starającego się wytłumaczyć nastolatkowi, że każde uderzenie ma swój koniec. "Omnipotencja" - potrzeba chorych na anoreksję do stawiania się ponad innymi intelektualnie i duchowo, do doświadczania siebie jako istot wysoce duchowych, wyniesionych ponad prozaiczne i drobne potrzeby domowe, takie jak odżywianie i seksualność - to wszystko można zaobserwować w ich wypowiedziach. Trzecią cechą opisaną przez Delarosch jest właśnie odmowa seksualności, zaprzeczenie ciału jako seksualnemu - pozostaje ono ciałem o kształtach dziecka, bez charakterystycznych cech kobiecych, odmowa idei komunikacji seksualnej, zaprzestanie miesiączkowania jest fizycznym wyrazem tej odmowy. Czwarta cecha podnosi kwestię "cienia śmierci", chociaż często chorzy nie zdają sobie sprawy z samobójczej natury swojego zachowania i są wspierani przez iluzoryczne poczucie nieśmiertelności i wszechmocy, tego, który może żyć bez jedzenia, tylko na powietrzu i wodzie. Delaros opisuje anoreksję jako brak mowy w rodzinie, a podczas psychoterapii ta wymiana mowy musi zostać przywrócona między dzieckiem a rodzicami, nawet przed rozpoczęciem psychoterapii z dzieckiem. W swej istocie anoreksja jest zaprzeczeniem seksualności, bycia kobietą, jak jej matka - odmową identyfikacji z matką, często z powodu nieautoryzowanej sytuacji Edypa, w której kobieca seksualność czyni lęk insuli nie do zniesienia. Lacan (2008) w "Kompleksach rodzinnych" mówi o celowej dezintegracji jako nieagresywnym samobójstwie, w którym podmiot jest skazany na powtarzanie w nieskończoność wysiłku oderwania się od matki. Na pierwszym miejscu wśród przyczyn nerwicy stawia nerwicę rodzicielską. "Psychologiczny los dziecka jest przede wszystkim uwarunkowany relacjami, jakie rodzice okazują sobie nawzajem. Lacan (2008) mówi, że w przypadku anoreksji "to, co dziecko je, jest niczym", co według niego dzieje się, ponieważ anorektyczka została zdeptana pod względem swojej potrzeby jedzenia, a teraz walczy o utrzymanie swojego pragnienia, odmawiając zaspokojenia tej potrzeby.

Dolto (1995) w "In the Game of Desire" stawia pragnienie komunikowania się z innymi, od urodzenia, poprzez spojrzenie, słuch, jako bardziej istotne niż instynkt jedzenia. To właśnie ta komunikacja jest zaburzona w rodzinie anorektycznych dzieci.

W "Nastolatkach" Dolto (1995) pisze, że nieporozumienia między rodzicami są tolerowane przez dziecko do 11 roku życia, ale potem ujawnia się problem dojrzewania. Autor rozwija problem dynamiki rodziny wychodząc poza hipotezę, że odmowa jedzenia jest skierowana tylko przeciwko matce, Dolto uważa, że to zachowanie ma związek z matką, ale niekoniecznie tą rodzoną, ale kobietą, która jest przedmiotem identyfikacji przez dziewczynkę.

Rozumiejąc anoreksję, Dolto (2005) przechodzi przez swoją teorię obrazu ciała (ujawnioną w analitycznym dialogu z dzieckiem). Źródło problemu odnosi się do tego, co wydarzyło się w okresie przed Edypem, między trzecim a szóstym rokiem życia. Anoreksja sprowadza nas z powrotem, jak pisze, do tego, co wydarzyło się w tak zwanej fazie pierwotnego narcyzmu, kiedy dziewczynka poznaje swoją płeć, jako przyszłą kobietę, jako swoją matkę, i do narcystycznie satysfakcjonującej dumy ze stania się kobietą taką jak jej matka. Oczywiście Dolto mówi tutaj o organizacji seksualności dziewczynki wokół mężczyzny, który jest dla niej cenny, czyli ojca. Dolto (2005) pisze w swojej książce "Unconscious Body Image": " Dziewczęta, które w czasie pierwotnej kastracji, w wieku trzech lat, odłożyły swoje życie seksualne do dorosłości, ale które były przekonane o wartości swojej osobowości jako córki tego mężczyzny i tej kobiety, te młode dziewczęta rzadko lub prawie nigdy nie chorują na anoreksję".

Przybieranie na wadze jest słowem nieświadomie związanym z ciążą, dziewczyna jest posłuszna pragnieniu zadowolenia siebie przed lustrem, wymazując wszystkie kobiece krągłości, nawet te najbardziej dyskretne. Pragnienie ojca jest zamaskowane, ukryte w złożonej, sprzecznej miłości, a jej problem polega na konflikcie między miłością, uczuciem i pragnieniem ojca a matką, rywalizacją i walką z nią. Innymi słowy, według Dolto, dziewczynka "doświadcza całkowicie autonomicznych nieświadomych konfliktów datujących się od trzeciego do szóstego roku życia", mających niewiele wspólnego z aktualną sytuacją i zachowaniem rodziców wobec niej w danym momencie. Anoreksja jest reakcją na to, jak to było dla małej dziewczynki w wieku od trzech do sześciu lat. Bernard 2016 w The Body łączy anoreksję z depresją matki, z zaburzeniami trawienia związanymi z jej identyfikacją z cierpieniem matki, w którym to przypadku relacja między matką a dzieckiem musi się zmienić, aby dziecko nie musiało już chorować.

W badaniu dynamiki rodziny i anoreksji, Secondo Fassino, Dragan Svrakic, Giovanni Abbate-Daga (2002) znaleźli dowody na niedojrzałe relacje między rodzicami żyjącymi w symbiozie i znaleźli dowody na ważną rolę rodzicielskich wzorców osobowości i temperamentu w opisywaniu ojców anorektycznych dziewcząt, częściej mających pasywny, zależny temperament, z wysokim poziomem osobistego niepokoju i obaw. Autorzy zalecają jako optymalne podejście do leczenia takie, które uwzględnia cechy rodziny oraz cechy rodziców i relacje rodzinne.

W koncepcjach PPT możemy opisać anoreksję jako zdolność do osiągania wielu rzeczy dzięki aktywności i osiągnięciom. Zajmujemy się tematem posiłku, ale bez uszczerbku dla tematu odżywiania. (Peseschkian, 2016)

W psychoterapii PPT pracujemy z samooceną i znaczeniem, rolą kobiety od małej dziewczynki do mamy i taty, do małej kobiety i lęków do stania się "kobietą taką jak moja mama". Świadomie terapeuta unika omawiania tego tematu z matką. Uważa, by nie stać się wymagającą, kontrolującą matką, ale kontynuuje serdeczny kontakt. Wymiar afektywny jest importowany poprzez pielęgniarstwo transkulturowe, obrazy, symbolikę i komunikację artystyczną oraz, oczywiście, bajki. W koncepcjach PPT zakładamy, że konflikt jest tylko zewnętrzny w obszarze ciała, istnieje tylko konflikt bieżący, konflikt wewnętrzny jest w obszarze kontaktów, a głównym konfliktem w obszarze znaczeniowym i problematycznym jest kwestia śmierci.

Peseschkian pisał o motywie wiecznie żywej relacji między nastolatkiem a rodziną, niezależnie od tego, ile ma lat. Terapia jednostki zawsze zawiera elementy terapii rodzinnej, nawet gdy pracuje się tylko z nastolatkiem. Dziewczynki te wykazują odniesienie do drugorzędnych zdolności, takich jak dokładność, czystość, porządek wielkości, posłuszeństwo, pracowitość, osiągnięcia. Używają swoich ciał, aby zbuntować się przeciwko nadmiernie kontrolującej, ale odległej i zimnej relacji z matką, relacji, w której dziewczyna nie ma własnej przestrzeni, nie jest uznawana za osobę i podmiot.

Metodologia

W naszym badaniu wykorzystujemy "Test Apercepcji Tematycznej" i dokonujemy fenomenologicznej, jakościowej analizy treści. Test Apercepcji Tematycznej (TAT) jest psychologicznym testem projekcyjnym. Zwolennicy tej techniki twierdzą, że odpowiedzi danej osoby na karty TAT mogą dostarczyć informacji o jej poglądach na siebie, świat i relacje międzyludzkie. Przeanalizowano 30 protokołów dziewcząt w wieku 12-18 lat.

Test TAT jest popularnie znany jako *technika interpretacji obrazu*, ponieważ wykorzystuje serię prowokujących, ale niejednoznacznych obrazów, o których osoba badana jest proszona o opowiedzenie historii. Badany jest proszony o opowiedzenie jak najbardziej dramatycznej historii dla każdego prezentowanego obrazu.

Procedura badawcza została przeprowadzona przez autora, który pracuje jako psycholog kliniczny i psychoterapeuta w klinice psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Warnie w Bułgarii.

Wyniki

Na potrzeby badania wykorzystaliśmy metody oceny jakościowej:

- analiza treści
- interpretacyjna analiza fenomenologiczna
- analiza uczuć poprzez analizę leksykalną Jakościowa

analiza danych jest metodą opisową. Jest to pracuje z tekstami w formie wypowiedzi ustnych i pisemnych. Treść tekstu ma ogromne znaczenie w tej analizie. Ale oprócz bezpośrednio wyrażonej treści, mowa przekłada się również na stan emocjonalny mówców, stosunek do tego, co mówi partner, nieświadomy stan

emocjonalny.

konteksty. Interpretacyjna analiza fenomenologiczna to metoda stosowana, gdy interesuje nas sposób, w jaki dana osoba doświadcza zjawiska, a tym samym psychologiczna interpretacja tego doświadczenia. Analiza treści to metoda empirycznej analizy treści tekstu. Charakteryzuje się częstotliwością występowania określonych jednostek mowy lub kategorii mentalnych i na tej podstawie oceną koncepcji mentalnych.

Na początku podsumowano poszczególne jednostki tematyczne następujących segmentów:

- agresja wobec matki;
- śmierć;
- wina;
- zależność;
- zamieszki.

Tabela 1.

Podstawowe jednostki tematyczne w historiach TAT

Podstawowe jednostki tematyczne w historiach TAT	Częstotliwość
Agresja wobec matki	86%
Postać ojca	3,3%
Śmierć	83%
Wina	80%
Uzależnienie	78%
Zamieszki	75%

Analiza porównawcza podsumowanych danych z 30 przypadków (tab. 1) pokazuje następujące istotne trendy: nieświadoma agresja wobec matki jest rzutowana w 26 z 30 protokołów, a towarzyszy jej poczucie winy i samokarania. Obraz ojca jest wyidealizowany i mniej reprezentatywny niż obraz matki (w 10 z 30 protokołów). nieobecny itp.). Postrzeganie siebie przypomina małą dziewczynkę, znajdującą się pod władzą silnej kobiecej postaci, z pragnieniem ucieczki i niezależności zmieszanym z przerażeniem separacji i zróżnicowania. Jednocześnie relacja matka-córka jest nadmiernie kontrolująca i niespokojna, ale emocjonalnie chłodna. Brak stabilnego emocjonalnego przywiązania i więzi sprawia, że etap różnicowania jest problematyczny. Głównym konfliktem tych dziewcząt jest potrzeba więzi i miłości oraz potrzeba różnicowania się i buntu. Kontrolując swoje jedzenie i ciało, próbują pokazać symptom rodzinie, ryzykując własne życie.

Badacze patologii rodzinnych wskazują na różnego rodzaju problemy w rodzinie, Beavers (2000) zwraca uwagę, że rodziny z chorym członkiem to zazwyczaj takie, w których nie ma wyraźnych granic, określonych ról. U podstaw trudności komunikacyjnych badacz stosuje tzw. podwójne zaślepienie, polega ono na dysproporcji i rozbieżności między treścią komunikatu werbalnego kierowanego do dziecka a sposobem wyrażania tego komunikatu. Z punktu widzenia podejścia systemowego, drugą formą patologicznych zachowań rodziny jest brak akceptacji zmian, brak elastyczności na zmiany, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń komunikacji.

tworzy dynamikę konfliktu, często różne koalicje w rodzinie, funkcjonalne z osobistych nerwic tych, którzy je tworzą.

W przypadku dziewcząt, zainteresowanie relacją z matką i pożądanie seksualne w najszerszym znaczeniu tego słowa są całkowicie wypierane, bez zamiany na relacje interpersonalne z matką i kobietami. Dolto przyznaje, że jej doświadczenie kliniczne pokazuje, że rodzice tych dziewcząt często żyją w infantylny sposób, w przyjemnym lub nie klimacie, ale takim, w którym myśl o możliwej ciąży i porodzie u dziewczynki jest całkowicie nie do zniesienia dla tych dziewcząt i wszystkich symboli płodności. - Piersi, kształty kobiecego ciała są niszczone przez kompulsywną myśl o unikaniu przybierania na wadze. Ten fakt nie musi być analizowany, kontynuuje Dolto, ponieważ jest to "zakłócenie prawdziwej relacji między dziewczyną a matką, między dziewczyną a jedzeniem, między dziewczyną a jej ojcem, między jej wyimaginowaną kobiecością a jej brakiem doświadczenia z chłopcami, między dziewczyną a jej lustrem".

Wnioski

Według słów dziewczynek, głównym problemem w tym momencie jest separacja od matki, na tle sprzecznego związku, ponieważ podmiot dąży do separacji, pokazując poprzez swoje ciało, że w relacjach rodzinnych istnieją rzeczy niewypowiedziane. Pozornie bezkonfliktowe relacje rodzinne w projekcjach niosą ukryte i stałe napięcie, a cierpienie dziecka jest wyrazem niewypowiedzianego w całym systemie. Anoreksja to także symboliczna ochrona podmiotu, który stara się pozostać wolny i zróżnicowany. Odrzucenie kobiecego ciała, związane z zerwanymi relacjami ze znaczącymi innymi, prowadzi do regresji, która zatrzymuje naturalny proces pożegnania nastolatka z dzieciństwem, ważne jest, aby proces ten został uświadomiony, aby kontynuować wzrost od ciała dziewczynki-chłopca do ciała kobiety.

Referencje

[1] **BEAVERS, W. R. & R. B HAMPSON** (2000). The Beavers System Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*. No. 22. pp. 128-143.

[2] **FASSINO, S., SVRAKIC, D., ABBATE-DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., STANIC, S., ROVERA, G. G**. (2002). Dynamika rodziny anorektycznej: Temperament and Character Data. *Comprehensive Psychiatry*. 43(2). pp. 114-20. DOI: 10.1053/comp.2002.30806

[3] **WESTEN, D** (1991) Kliniczna ocena relacji z obiektem za pomocą TAT. *Journal of Personality Assessment*, s. 56.

[4] **БЕРНАРД, Ф. [BERNARD, F.]** (2016). Цялото [C i a ł o]. София: Център-за-психосоциална-подкрепа

[5] **ДЕЛАРОШ, П. [DELAROCHE, P.]** (2004). *Юношеството* [Adolescence]. София: Център за образователни програми и социални инициативи.

[6] **ДЕЛАРОШ, П. [DELAROCHE, P.]** (2011). *Проблемите на юношеството* [Problemy dorastania]. Център за образователни програми и социални инициативи. София: Център- за-психосоциална-подкрепа. 200 с.

[7] **ДОЛТО, Ф., [DOLTO, F.]** (1995). *Тийнейджърите. Най-после отговор на вашите въпроси* [Nastolatki. Ostatnia odpowiedź na twoje pytania]. София: Наука и изкуствою 320 с.

[8] **ДОЛТО, Ф., [DOLTO, F.]** (2005). Несъзнаваният образ на тялото [Nieświadomy obraz ciała]. София: Център-за-психосоциална-подкрепа. 320 с.

[9] **ЛАКАН, Ж. [LACAN, J.]** (2008). *Семейните комплекси* [Kompleksy rodzinne]. София: СИЕЛА. 176 с.

[10] **МАКУИЛЯМС, Н., [MCWILLIAMS, N.]** (2018). *Психоаналитична диагностика. Разбиране на структурата на личността в клиничния процес* [Diagnoza psychoanalityczna, rozumienie struktury osobowości w procesie klinicznym]. София: Издателство "Леге Артис". 456 с.

[11] **МИХАЙЛОВА, К. [MIHAILOVA, K.]** (2004). МИХАЙЛОВА, К. *Жени, секс, анорексия* [Kobiety, seks, anoreksja]. София: изд. Весела Люцканова. 144 с.

[12] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy,* Bloomington, USA: AuthorHouse UK.

https://doi.org/10.52982/lkj140 39

BYĆ ALBO NIE BYĆ - HAMLET I TECHNIKI PSYCHOTERAPEUTYCZNE: O PRZYMIERZU TERAPEUTYCZNYM, ROZWOJU I SKUTECZNEJ TERAPII

Arno Remmers
M.D., psychoterapeuta, Międzynarodowy Trener PPT (Niemcy), prywatny wykładowca i superwizor w Akademii Psychoterapii w Wiesbaden (WIAP).
E-mail:
arno@arem.de

Otrzymano 15.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji 25.01.2021. Opublikowano 01.02.2021.

Streszczenie

Możliwe jest skonstruowanie sojuszu terapeutycznego, aby uzyskać najlepsze wyniki w terapii, pamiętając o tym pomocnym procesie terapii, zaczynając od budowania przywiązania, które będzie potrzebne do interaktywnego różnicowania kontraktu terapeutycznego, celów i własnej aktywności klienta między sesjami, a na koniec wykorzystując informacje zwrotne na koniec każdej sesji. Sojusz terapeutyczny będzie się rozwijał poprzez zmiany, sytuacje kryzysowe i progi w terapii. Ważne jest, abyśmy znali partnerów klientów i informowali ich o nas, aby ułatwić rozwój naszych klientów i zmniejszyć skutki uboczne, a także uwzględnić interakcję ze środowiskiem społecznym klientów i zakończyć informacją zwrotną na temat procesu terapii.

Słowa kluczowe: sojusz terapeutyczny, etapy interakcji, model równowagi, psychoterapia pozytywna

Wprowadzenie

Jako pracownicy w zawodzie leczniczym, musimy dbać o egzystencjalne pytania w życiu naszych pacjentów. Cierpią oni z tego powodu, niezależnie od tego, czy jest to atak paniki, uczucie, że umrą, depresja z całkowitym brakiem uczuć, czy też kompulsywne zaburzenie obsesyjne z poczuciem, że zawsze muszą robić coś bez znaczenia. Pacjenci zwykle mają wysokie oczekiwania i nadzieję w momencie, gdy umawiają się z nami na wizytę. Naszym zadaniem jest poradzić sobie z ich egzystencjalnymi pytaniami, jak żyć z fazami depresji, jak przetrwać diagnozę osobowości borderline lub jak radzić sobie z życiem jako nieprzewidywalnym i skończonym.

Metodologia

Jako terapeuta, który głównie nie miał doświadczenia z takimi objawami, jakich doświadczają moi pacjenci, ale od dawna lat szkolenia w zakresie konkretnych metod leczenia, zastanawiam się: Kim jestem w tym spotkaniu z moim pacjentem? Kim mogę być dla mojego klienta? Jaki jestem w tej relacji z moim klientem? Co tak naprawdę liczy się w psychoterapii, co tak naprawdę pomaga?

Co zaskakujące - to nie metoda czy teoria jest pomocna w leczeniu, jej wpływ nie przekracza 15% na wynik terapii. Takie dane potwierdzają najnowsze publikacje, takie jak Bruce'a Wampolda na konferencji poświęconej badaniom systemowym w dniach 8-11 marca 2017 r. w Heidelbergu. Marzec 2017 w Heidelbergu. Może to rozczarować nas jako terapeutów uczących się lub nawet nauczających metod psychoterapeutycznych, że to nie metoda psychoterapeutyczna, z którą się identyfikujemy, ale czynniki pacjentów, oczekiwania pacjentów i relacja terapeutyczna mają najsilniejszy wpływ na wyniki leczenia (Norcross, 2009). "Najlepsza metoda" czy "doskonała technika" nie są tym, czym się wydają - nie są najważniejszą podstawą, na której można pomóc naszym klientom w lepszym życiu. Mimo to, psychoterapia

Metoda jako taka wydaje się w każdym razie konieczna; ja sam, jako terapeuta, odczuwam potrzebę rozwijania identyfikacji z jednym z modeli teoretycznych (Kernberg, 2005), aby lepiej zrozumieć siebie i świat klientów za pomocą jasnej, logicznej i "empirycznie opartej" teorii.

Po przejściu szkoły psychoterapeutycznej, doświadczaniu psychoterapii, stosowaniu interwencji, uczeniu się od naszych pacjentów, jak postępować lub co robić, jako terapeuci, wkrótce dochodzimy do pytania Hamleta - Być albo nie być, lub sformułowanego dla terapeutów: Być, czy jak być? Aby przetrwać jako terapeuci. Pytanie to prowadzi mnie z powrotem do refleksji nad prawdziwą osobą, którą jestem, odgrywając role terapeutyczne, z powrotem do relacji terapeutycznych, które mamy, do wzorców, które tworzymy ze sobą, do znaczenia, które wspólnie odnajdujemy w otoczeniu terapeutycznym. Mogę identyfikować się z metodą, którą lubię, z teorią, w którą wierzę, a mimo to - badania od dawna pokazują, że dla moich klientów nie jest bardzo ważne, jaką teorię stosuję do ich zaburzeń. Ważne jest raczej, czy mam uzdrawiającą osobowość. Mimo to pomaga mi to przetrwać, gdy mogę identyfikować się z konkretną metodą psychoterapii.

Szkoła psychoterapeutyczna z jej teorią i nauczaniem interwencji może pomóc mi rozwijać się jako osobowość terapeutyczna. Teoretyczne wyjaśnienie zaburzeń daje mi wewnętrzny model pracy. Metodologia pomaga mi odzwierciedlić siebie, używając terminów z metod, w które wierzę, i daje mi przekonanie, że jest to przydatne dla nas i klientów. Metody stają się wewnętrznymi modelami pracy. W ten sposób mogę zrozumieć, dostrzec znaczenie i zarządzać sytuacją w odniesieniu do salutogenetycznych zasad Antonovsky'ego (Antonovsky, 1997). W spektrum pomiędzy faktami a religią, możemy albo postrzegać naszą metodę jako miłą, opartą na empirii, logiczną teorię, albo jako narzędzie do zarządzania problemami, "miło je mieć". Może ona stanowić silną podstawę dla tego, czego doświadczamy w procesie terapeutycznym i pomoc w odkrywaniu tego, co pomaga moim klientom lepiej się zorganizować. Możemy stać się wyznawcami psychoterapeutycznej wiary i tożsamości, aby zjednoczyć się z innymi, którzy wierzą w tę samą ideę. Da nam to silne poczucie bycia po "właściwej stronie". Możemy więc czuć się bezpieczni i odseparowani od niebezpiecznych innych, będąc członkami silnej społeczności "najlepszych psychoterapeutów w historii" zjednoczonych z etykietą najlepszej metody, jaką kiedykolwiek znaleziono, jak we wspólnocie religijnej.

Wracam więc do pytania: Być, czyli jak być terapeutą? Prawdziwym lekarstwem w psychoterapii jest sojusz terapeutyczny, przynajmniej ostatnie badania tego nie potwierdzają. pokazują inne wyniki.[1] Psychoterapeuta, jako osoba, jako człowiek, jest w interakcji z klientem. Sojusz ze sobą jest pomocnym składnikiem, ważnym dla wszystkich rodzajów metod, jak cytował Michael Balint w 1973 roku: "...najczęściej podawanym lekiem jest sam lekarz. Nie jest to lek w opakowaniu, ale atmosfera, w której pacjent postrzega inny lek" (Boncheva, 2004).

Wyniki

"Osoba" - po łacinie: *per - sonare*, oznacza "brzmieć przez maskę aktora na scenie" w teatrze, na starożytnym greckim tle πρόσωπον/prosopon = twarz. Carl Gustav Jung (1971) definiuje "Personę" jako "maskę lub twarz, za pomocą której człowiek pokazuje się światu".

Zastanówmy się więc nad tym pytaniem: Jaki jest rzeczywisty wpływ naszych szkoleń, metod psychoterapeutycznych, osobowości terapeuty, jego doświadczenia i wyszkolenia, wpływ samych pacjentów, a także wpływ środowiska klientów na wynik leczenia?

Czynniki pozaterapeutyczne wydają się odgrywać największą rolę w osiąganiu dobrych wyników terapii, co oznacza, że natura zaburzenia pacjenta jako takiego, nasilenie objawów, gotowość do zmian, cechy indywidualnej osobowości, środowisko społeczne, razem stanowią około 40%. Na tym właśnie polega terapia rodzinna - na zaangażowaniu rodziny jako najważniejszej części środowiska społecznego, a psychoterapia pozytywna obejmuje również rodzinę i szersze środowisko społeczne w jak największym stopniu.

Jakość relacji terapeutycznej, w szerszym znaczeniu, sojusz terapeutyczny i osoba terapeuty, ma wpływ na około 30% we wszystkich modalnościach. Metody psychodynamiczne wyraźnie koncentrują się na wzorcach relacji terapeutycznej, treści i dynamice oraz oporze jako obszarze treningu terapeutycznego w zarządzaniu konfliktem. W terapii skoncentrowanej na kliencie (C. Rogers) relacja terapeutyczna jest postrzegana jako czynnik leczniczy. Również w CBT relacja terapeutyczna odgrywa tę ważną rolę, ale zwykle nie jest odzwierciedlana jako taka. **Sojusz terapeutyczny** jest uważany za najbardziej solidną zmienną procesową, w dużym stopniu związaną z pozytywnymi wynikami terapeutycznymi w różnych modelach psychoterapeutycznych, jak stwierdzili Alexander, L.B.&Luborsky, L. (1986) Gaston, L.&Luborsky, L. (1993).

[1] "Dobrze znany "model wspólnych czynników psychoterapii" postuluje, że w celu wyjaśnienia skuteczności leczenia różnych podejść do psychoterapii lub poradnictwa, zestaw wspólnych czynników (takich jak kontekst społeczny i biograficzny klientów, wydarzenia życiowe podczas terapii, siła motywacji klientów, cechy osobiste terapeutów i relacja terapeutyczna) są znacznie bardziej odpowiedzialne w porównaniu do konkretnych metod lub technik dla określonych problemów i zaburzeń (np. systematyczna desensytyzacja dla zaburzeń fobicznych)....
" http://www.isr2017.com/news_events/

Uważa się, że sojusz jest predyktorem skuteczności doradztwa i terapii, również przez Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. i Symonds, D. (2011). Shedler i Leichsenring stwierdzili to samo (Mellado et al., 2017).

Nadzieja klienta, perspektywa rychłego nadejścia pomocy, wiara w uzdrowienie (ok. 15%) oraz techniki i metody terapeutyczne mają wpływ na wyniki terapii (do maks. 15%). Wszystkie te wyniki są cytowane przez Hubble'a, Duncana i Millera 2001 (Hubble i in., 2009). Nadzieja klienta koncentruje się na interwencjach w terapii humanistycznej, psychoterapii pozytywnej, terapii systemowej lub psychologii pozytywnej. W terapii poznawczo-behawioralnej częste odzwierciedlanie celów terapii ma pośrednią funkcję skupiania się na przyszłości zorientowanej na zmianę objawów, więc może tworzyć nadzieję, w zależności od sposobu, w jaki jest odzwierciedlana jako informacja zwrotna w relacji terapeutycznej.

W jednym z największych meta-badań tego czasu, Grawe (1994) opisał jako główne czynniki dobrego wyniku w psychoterapii: **Aktywną pomoc w rozwiązywaniu problemów, oczyszczanie motywacyjne** (dotyczące wartości i celów) oraz ponownie - jakość **relacji terapeutycznej**. Wydaje się, że osobisty wpływ lub **osobowość terapeuty** jest powiązana z jednym z najsilniejszych czynników wpływających na wyniki psychoterapii.

Wszystko to jest perspektywą terapeuty. Co mówią **pacjenci**? Jakie były ich oczekiwania i co faktycznie im pomogło? Sloane i wsp. stwierdzili (1975):

"Pomocna osoba lub osobowość terapeuty" (jak wtedy, gdy pacjenci mówią "Mój terapeuta!").

"Pomóż mi zrozumieć mój problem" (zob. zrozumiałość Antonovsky'ego lub oczyszczenie Grawe)

"Zachęć mnie, pomóż mi coś zrobić, stawić czoła trudnościom" (aktywna pomoc w rozwiązywaniu problemów)

"Daj mi możliwość rozmowy z osobą rozumiejącą" (jakość relacji terapeutycznej)

"Pomóż mi zrozumieć siebie" (interaktywne spotkanie z emocjonalnie ważną osobą w sojuszu terapeutycznym)

Podsumowując najważniejsze czynniki w leczeniu psychoterapeutycznym:

- Jakość relacji terapeutycznej
- Zrozumienie i oczyszczenie
- Pomoc w konstruktywnym rozwiązywaniu konfliktów
- Optymizm w poszukiwaniu i udzielaniu pomocy
- Motywacja i aktywne uczestnictwo
- Osobowość i dojrzałość terapeuty
- Dotyczy to wszystkich metod (Grawe i in., 1994)

Jak możemy osiągnąć tę jakość i sojusz w naszych własnych terapiach? Co to znaczy, że moja osobowość jako terapeuty jest taka, jaka jest i niewiele się zmieni? I: Co to wszystko, o czym była mowa, oznacza dla naszej własnej praktyki? Co oferują w tym zakresie modalności psychoterapeutyczne?

Sojusz terapeutyczny, "sojusz pomagający" (Luborsky 1976), jest osiągany i wspierany **różnymi metodami**:

- Terapia psychodynamiczna zorientowana na osobowość poprzez bycie modelem, rodzicielstwo (Rudolf), koncentrację na przeniesieniu (Kernberg, 2005) lub orientację na zasoby (Wöller).
- Terapie psychodynamiczne zorientowane na konflikt pracują z przeciwprzeniesieniem i oporem jako częścią tworzenia sojuszu, wspólnego pokonywania trudności i tworzenia w ten sposób sposobu rozwiązywania konfliktów wewnętrznych i interpersonalnych.
- W terapii Gestalt równość uczuć i stanowisk pacjentów i terapeutów jest ważną częścią budowania silnego sojuszu.
- Terapie humanistyczne koncentrują się na empatii, autentyczności, byciu sobą.
- Psychoterapia pozytywna wykorzystuje to samo fundamentalne humanistyczne rozumienie relacji terapeutycznej i dodaje interaktywność, orientację na samopomoc, zrozumiały język i teorię.
- Terapia poznawczo-behawioralna wykorzystuje orientację na cel i zachęcanie pacjenta do aktywnej ekspozycji i konfrontacji w celu wspierania sojuszu roboczego.

Co to znaczy stworzyć "sojusz terapeutyczny"? Rudolf (1991) odpowiedział już na to pytanie i jako badanie wydaje się być aktualne: "...obaj partnerzy muszą **rozwinąć przekonanie, że oni** sami i ich odpowiednik **nadają się do** wspólnego przedsięwzięcia terapeutycznego i że mogą / mogą oprzeć się na **osobistym uznaniu** dla drugiego. Pacjent musi dojść do wniosku, **że terapeuta może** mu pomóc ze względu na swoje środki; z drugiej strony terapeuta musi pozostawić wrażenie, że pacjent jest kimś, komu **może pomóc** i kogo jest **w stanie zaakceptować** do tej pory, a ponadto, że jest **zmotywowany** do udzielenia pomocy terapeutycznej. W końcu obaj partnerzy muszą rozwinąć **ten sam pogląd na problem** i **tę samą perspektywę rozwiązań**". (Rudolf, 1991)

Ponieważ pracuję od 3 dekad jako psychoterapeuta i uczę psychoterapii od 1992 roku w Niemczech i innych krajach, pracując w medycynie psychosomatycznej, w zdrowiu psychicznym, w szpitalach i z pacjentami ambulatoryjnymi, zadałem sobie pytanie: **co jest wspólne, a co różne** w tych różnych **środowiskach i relacjach terapeutycznych** oraz w tworzeniu **dobrego sojuszu terapeutycznego**? Chcę pokazać, jak lubię pracować, aby osiągnąć dobry sojusz terapeutyczny jako terapeuta rodzinny, psychoterapeuta i doradca, lekarz lub psychiatra:

Cztery sytuacje pokazują różne pozycje terapeuty rodzinnego, doradcy i psychoterapeuty, lekarza oraz w leczeniu psychiatrycznym:

- rodzina z problemami z zachowaniem dziecka,
- pacjenta z depresją,
- pacjenta lekarza z zaburzeniami snu,
- psychoza paranoidalna.

Jako terapeuta lub lekarz mam na uwadze swoją rolę, jak być, jak pracować z ludźmi.

- moje uczucia jako terapeuty, tj. bycie neutralnym i utrzymywanie uczuć jako lekarza lub wykorzystywanie ich w psychoterapii psychodynamicznej do pracy z przeciwprzeniesieniem
- jak rozumiem treść konfliktów jako terapeuta rodzinny lub jak muszę postępować w psychiatrii, nie czując się zrozumianym przez pacjenta psychotycznego,
- jak moderować proces psychoterapeutyczny lub jak prowadzić pacjenta w medycynie lub psychiatrii,
- jak być wrażliwym na intuicję w terapii psychodynamicznej lub jak planować cierpiącego pacjenta w leczeniu medycznym i CBT.

Istnieją cztery obszary ustawień umysłu terapeuty:

- Uczucia kontra neutralność
- zrozumienie treści i samopomoc a planowanie leczenia, psychoedukacja i aktywna pomoc
- słuchanie, interakcja a kierowanie i działanie
- otworzyć się na intuicję vs. mieć jasne plany, zadania i obowiązki

W przypadku różnych pacjentów będę potrzebował elastyczności na kontinuum między tymi postawami, w zależności od osobowości i sytuacji klienta/pacjenta. Są one różne w zarządzaniu konfliktami, psychoterapii, pracy socjalnej, opiece zdrowotnej lub leczeniu. Muszę dostosować się do nasilenia depresji, zaburzeń lękowych lub poziomu integracji w zaburzeniach osobowości lub psychozie, dając przestrzeń lub będąc aktywnym, czując lub będąc neutralnym, działając lub pozwalając klientowi myśleć i zmieniać się. Zapewnimy pacjentowi bezpieczną przestrzeń emocjonalną i otoczenie, będąc zainteresowanym zrozumieniem ukrytych powiązań jako psychoterapeuta. "Lekarz, w roli komunikatora, ma intensywny kontakt z zaburzeniem lub chorobą. Subiektywne informacje pochodzące z doświadczenia pacjenta w kontakcie z lekarzem i chorobą nie mają (zazwyczaj) wartości komunikacyjnej [dla lekarza]" (Boncheva, 2004).

Konstruktywną ścieżką dla sojuszu terapeutycznego jest postrzeganie pacjenta jako specjalisty w zakresie jego uczuć i doświadczeń związanych z zaburzeniem, podczas gdy lekarz będzie specjalistą, który sprawi, że doświadczenie to będzie zrozumiałe. Jako lekarz przekażę pacjentowi swoją wiedzę na temat zaburzeń i leczenia, w psychoterapii wykorzystam swoją wiedzę na temat komunikacji i treści problemów. Jakość informacji zwrotnej w naszym spotkaniu będzie bardziej dotyczyć efektów leczenia i aktywności pacjenta, zarówno w medycynie, jak i psychiatrii. Informacja zwrotna jest skuteczna dla pomocnego sojuszu, gdy robimy to regularnie, w odniesieniu do relacji terapeutycznej[2] .

Zwłaszcza w okresach progowych lub zmian w konsultacjach i psychoterapii. Pomoże to klientowi osiągnąć dobre postępy.

Praca ze środowiskiem społecznym klientów:

Szczególnie w terapii dzieci potrzebujemy podejścia terapii rodzinnej jako pomocnego sojuszu z rodziną, a nie tylko leczenia dziecka. W terapii młodzieży można również zaprosić osoby ze środowiska społecznego dorosłych, jeśli klient sobie tego życzy. Christian Reimer zasugerował, że w terapii powinniśmy "poznać nieznaną trzecią stronę" (Reimer & Rüger, 2012) - partner lub rodzina klienta powinni wiedzieć o nas lub spotkać się z nami, jeśli klient sobie tego życzy, a terapeuta powinien poznać partnera pacjenta, aby zmniejszyć skutki uboczne terapii i poszerzyć sojusz terapeutyczny.

Rozwój interakcji podczas naszych sesji terapeutycznych przebiega zgodnie z **trzema etapami interakcji:**

Przywiązanie - zróżnicowanie - oderwanie, w procesie interakcji, zrozumienia i współpracy. Są naturalnym sposobem spotkań międzyludzkich w wielu językach, jak "cześć!, jak się masz?, do zobaczenia!", lub jak nasze postawy w fazach leczenia:

1. Przywiązanie: Poczucie pacjenta, że ktoś poświęca mu czas, cierpliwie słucha i naprawdę interesuje się jego problemem, jest punktem wyjścia do zaufania do ciebie jako osoby i nadziei na przyszłość i wynik.
2. Różnicowanie to faza uczenia się od siebie nawzajem i usuwania nieznanego: O co chodzi, jaka jest treść problemu, co jest potrzebne?
3. Oderwanie oznacza patrzenie w przyszłość, oznacza informacje zwrotne na temat sesji (Engster & Wampold, 1996) oraz przygotowanie się na czas po terapii, samopomoc i przyszłe cele

Przykład, który pomoże nam przeanalizować etapy interakcji: Zdarza się, że pacjenci przychodzą i od razu proszą mnie o diagnozę lub o przepisanie leków, albo o plan terapii. Wtedy przypominam pacjentowi przysłowie: "Jeśli dasz komuś rybę, nakarmisz go raz, jeśli nauczysz go łowić ryby, będzie mógł karmić swoją rodzinę przez całe życie". Wracam do przywiązania, aby najpierw nawiązać więź międzyludzką, dać pacjentowi przestrzeń, w której może poczuć się wolny, mieć czas, poczuć moją cierpliwość, zanim zaczniemy od tematów i treści terapii. Lievegoed powiedział: "Rozmowa, lub kultura rozmowy, obejmuje to, że człowiek spotyka siebie w jaźni drugiego".

Rozpoczynanie i moderowanie procesu terapeutycznego od **przywiązania, przechodzenie** przez **różnicowanie** treści i dynamiki, organizowanie dobrego **oderwania**, wprowadzanie samopomocy klienta, wydaje mi się ważne we wszystkich rodzajach spotkań terapeutycznych i wydaje się, że ważne jest, aby je mieć.

[2] "1. Stwórz "kulturę informacji zwrotnej", 2. Zintegruj informacje zwrotne dotyczące sojuszu i wyników z opieką kliniczną, 3. Naucz się "skutecznie ponosić porażkę": Evidence Based Practice/Medicine (EBM) vs. Practice Based Evidence (PBE).
Informacja zwrotna jako najważniejsze narzędzie. Scott D Miller, Międzynarodowe Centrum Doskonałość kliniczna: Serce i dusza zmiany: Co działa w terapii p. 21. http://www.scottdmiller.com/

owocny sojusz terapeutyczny. Trzy fazy relacji i interakcji między terapeutą a pacjentem zostały już opisane przez V. von Gebsattela (1954) i V. Frankla (1953), a następnie wprowadzone w życie w psychoterapii pozytywnej jako "trzy etapy interakcji" przez ich ucznia N. Peseschkiana (1977).

Jak widzieliście wcześniej, muszę mieć jasność co do mojej roli w tworzeniu dobrego sojuszu terapeutycznego i potrzebuję narzędzi, które pomogą klientowi i mnie lepiej zrozumieć sytuację klienta, funkcję objawu, zasoby i siebie w spotkaniach terapeutycznych. W tym celu używam **Modelu Równowagi** (Peseschkian, 1977, podobny do Jung, 1971) do odzwierciedlenia sojuszu terapeutycznego:

- Odczucia i obserwacje,
- Wiedza i działanie,
- Relacja i wzorzec relacyjny,
- Oczekiwania i wyobraźnia.

Dzięki modelowi Balance pacjent i ja możemy opisać w zwizualizowany sposób

- obszary objawów, lepiej zrozumieć codzienne życie klienta i jak zrównoważona jest energia tego klienta,
- wpływ objawów na te obszary życia, czyli funkcja objawów,
- zasoby i jak do nich zachęcać,
- cele i plany samopomocy dla pacjenta,
- zdolności osobowości (takie jak strukturalne zdolności osobowości, OPD-2),
- wreszcie cele i zadania terapii.

Zwykle rozpoczynam ten model równowagi razem z moim klientem, aby mieć jasne zrozumienie, zachęcić pacjenta, przygotować samopomoc i zrozumieć środowisko mojego klienta. Zapewnia to prosty, ale skuteczny sposób na zbudowanie silnego sojuszu pomocowego. Ponadto mogę wykorzystać model równowagi dla siebie jako terapeuty, aby zrozumieć relację terapeutyczną jako lustro nieświadomych treści pacjenta, kiedy opisuję w czterech obszarach, **jak się czuję z klientem**, aby dowiedzieć się, co to oznacza:

- uczucia i emocje,
- racjonalne myśli,
- wzorce relacji z klientem,
- intuicja, fantazja.

Model równowagi pomaga mi zrozumieć własne przeciwprzeniesienie w psychoterapii, zrozumieć treść dynamiki konfliktu wewnętrznego, współpracować jako "partnerzy, którzy są na tym samym poziomie bycia" (Gebsattel, 1954). W ramach czterech obszarów mojego przeciwprzeniesienia, opisanych w Modelu Równowagi, mogę udać się na superwizję po leczeniu i podzielić się z superwizorem tym, czego doświadczyłem z moim klientem.

Po wyjaśnieniu sytuacji, objawów i ich funkcji, zasobów i celów, możemy kontynuować pozytywne skojarzenie funkcji objawu, z obrazami językowymi lub transkulturowymi porównaniami koncepcji rodziny, a my przejdziemy do treści zasobów, koncepcji i ambiwalencji konfliktu.

Zawartość zasobów i konfliktów można opisać psychodynamicznie zgodnie z OPD lub w Psychoterapii Pozytywnej jako "Rzeczywiste Możliwości" do pracy z klientami w sposób zrozumiały. Zróżnicowanie treści i możliwości zachowania, percepcji i interakcji jest teraz możliwe. Praca z podświadomymi treściami i koncepcjami jest łatwo zrozumiała dla klienta dzięki terminom zdefiniowanym jako rzeczywiste możliwości, takie jak zaufanie, uprzejmość, otwartość, punktualność lub nadzieja. Jest to nauczane na seminariach Pozytywnej Psychoterapii, aby zarówno klient, jak i terapeuta mieli lepszą relację terapeutyczną i większą satysfakcję podczas i po terapii.

W szkoleniach psychoterapeutycznych możemy szkolić terapeutów, aby zdobyli **pięć głównych kompetencji** do tworzenia pomocnego sojuszu terapeutycznego w zakresie uczuć, treści, zasobów, współpracy terapeutycznej i samopomocy.

Pięć kroków budowania pomocnego sojuszu w leczeniu[3]

1. Obserwacja, dystans

... słuchać z cierpliwością, empatią i dodawać różne punkty widzenia.

2. Zróżnicowanie i werbalizacja

... aby dokładnie określić zawartość, historię, dynamikę i możliwości

3. Zachęta sytuacyjna

...towarzyszenie pacjentowi i zachęcanie go do samopomocy

4. Werbalizacja

...skupienie się na konfliktach poprzez konsultacje i pośredniczenie w odpowiedzialności za konsekwencje zmian

5. Rozszerzenie celów

...aby zobaczyć przyszłość po tym, jak rozwiązywanie konfliktów nie będzie już w centrum uwagi.

Aby ćwiczyć zdolność obserwacji i dystansu, aby móc słuchać z cierpliwością, empatią i dodawać różne punkty widzenia, musimy ćwiczyć wrażliwość na własne emocje. Możemy zastanowić się nad nimi, otwierając się na własne skojarzenia, myśli, fantazje i uczucia, tak jak w psychoanalitycznej wolności wolnych skojarzeń. W połączeniu z odwagą zaakceptowania różnych i być może dziwnych uczuć fantazji, pomoże nam to zmienić punkt widzenia w terapii i lepiej zrozumieć nasze doświadczenie przeciwprzeniesienia.

Aby wyćwiczyć zdolność rozróżniania, dokładnie zdefiniować treść, historię pacjenta i rodziny, dynamikę i możliwości, musimy zrozumieć treść w epizodach, opisie lub przeciwprzeniesieniu. Teoria

[3] Zob. także Peseschkian N: Psychosomatik und Positive Psychotherapy, 1991; Remmers A: 1997, Boncheva I: 2004.

Metody psychoterapeutyczne, których się nauczyliśmy, oferują na to terminy, takie jak konflikt i struktura w terapii psychodynamicznej (OPD), schemat, poznanie lub wzorce w CBT lub rzeczywiste możliwości i model równowagi w psychoterapii pozytywnej, a terminy te mogą być łatwe do zrozumienia dla klientów.

Krok zachęty sytuacyjnej, termin bliski sposobowi leczenia Alfreda Adlersa, oznacza towarzyszenie pacjentowi i zachęcanie go do samopomocy. Możemy szkolić terapeutów, aby stali się silniejszymi modelami dla pacjenta w zakresie interakcji i zrozumienia, relacji i równowagi.

Zdolność do skupienia się na konfliktach poprzez konsultacje i pośredniczenie w odpowiedzialności za konsekwencje zmian na etapie werbalizacji oznacza emocjonalną otwartość na zmiany i konflikty w spotkaniu terapeutycznym jako takim, reprezentującym rzeczywistość poza terapią. Terapeuci muszą zostać przeszkoleni w tym zakresie poprzez odkrywanie własnych wewnętrznych konfliktów w ramach samopoznania, w grupach szkoleniowych i po sesjach terapeutycznych w ramach superwizji.

Poszerzając cele klienta, nie jest możliwe zobaczenie przyszłości po usunięciu rozwiązywania konfliktów z centrum mojej perspektywy, jeśli mam na myśli tylko ulgę w objawach. Oznacza to również, że terapeuci muszą być w stanie stale się uczyć, być otwarci na nowe sposoby, uczyć się z każdej informacji zwrotnej od klienta. Kultura informacji zwrotnej musi być wprowadzona na wczesnym etapie terapii, aby mieć dobry i owocny sojusz terapeutyczny i uczyć się od siebie nawzajem. To właśnie robimy na naszej konferencji - uczymy się od siebie nawzajem. W każdej nowej terapii zaczynam uczyć się od nowa od tego indywidualnego pacjenta, a także w dyskusjach z tobą teraz.

Wnioski

Możliwe jest skonstruowanie sojuszu terapeutycznego, aby uzyskać najlepsze wyniki w terapii, pamiętając o tym pomocnym procesie terapii, zaczynając od budowania przywiązania, które będzie potrzebne do interaktywnego różnicowania kontraktu terapeutycznego, celów i własnej aktywności klienta między sesjami, a na koniec wykorzystując informacje zwrotne na koniec każdej sesji. Sojusz terapeutyczny będzie się rozwijał poprzez zmiany, sytuacje kryzysowe i progi w terapii. Aby ułatwić rozwój naszych klientów i zmniejszyć skutki uboczne, ważne jest, abyśmy znali partnerów klientów i poinformowali ich o nas, abyśmy uwzględnili interakcję ze środowiskiem społecznym klientów i zakończyli informacje zwrotne na temat procesu terapii.

Referencje

[1] **ANTONOVSKY, A**. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke* [Salutogeneza. Aby zdemistyfikować zdrowie. Wydanie niemieckie Alexa Franke]. dgvt-Verlag: Tübingen.

[2] **DUNCAN, B.L., MILLER, S.D., WAMPOLD, B.E., & HUBBLE, M.A. (red.)** (2009). *The Heart and Soul of Change (2nd Ed.): Delivering "What Works".* Washington, D.C.: APA Press.

[3] **ENGSTER, S. L., WAMPOLD, B.** (1996). Systematyczny wpływ ról uczestników na ocenę sesji psychoterapeutycznej. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, s. 1020-1028.*

[4] **GEBSATTEL, V. I.** (1954). *Prolegomena Einer Medizinischen Anthropologie: Ausgewählte Aufsätze* [Prolegomena antropologii medycznej: wybrane artykuły]. Springer.

[5] **GRAWE, K**. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe

[6] **GRAWE, K**., **DONATI, R., BERNAUER, F**. (1994). *Psychotherapie im Wandel Von der Konfession zur Profession 5. Auflage* [Psychotherapy in Transition From Denomination to Profession 5th Edition]. Göttingen: Hogrefe 2001 Erstausgabe: 1994.

[7] **JUNG, C. G.** (1971). *Typy psychologiczne. Dzieła zebrane C.G. Junga, tom 6. Princeton University Press*. ISBN 0-691-09774.

[8] **KERNBERG, O. F.** (2005). *Psychoanalyse - Prinzpien, Anhängerschaft und persönliche Entwicklung. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), WIR* [Psychoanalysis - Principles, Followers, and Personal Development]. Stuttgart: Schattauer

[9] **MELLADO, A., SUÁREZ, N., ALTIMIR, C., MARTÍNEZ, C., PÉREZ, J., KRAUSE, M., HORVATH, A.** (2017). Wyodrębnianie relacji zmiana-przymierze: Obserwacyjna ocena sojuszu terapeutycznego podczas epizodów zmiany i utknięcia. *Psychotherapy Research, 27:5, 595-607, DOI: 10.1080/10503307.2016.1147657*

[10] **NORCROSS, J.** (2009). *Relacja terapeutyczna. In: B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (eds.): The Heart and Soul of Change*. Washington DC: APA Press.

[11] **PESESCHKIAN, N**. (1977). *Positive Psychotherapie*. Frankfurt: Fischer TB-Verlag.

[12] **REIMER, C., RÜGER, U.** (2012). *Psychodynamische Psychotherapien* [Psychoterapia psychodynamiczna]. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

[13] **RUDOLF, G.** (1991). Die Beziehung zwischen Psychotherapie-forschung und psychotherapeutischer Praxis [Związek między badaniami nad psychoterapią a praktyką psychoterapeutyczną]. In: Buchheim P., Cierpka M., Seifert T. (eds) *Psychotherapie im Wandel Abhängigkeit. Lindauer Texte (Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung) s. 113-129.* Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-84473-7_9

[14] **БОНЧЕВА, И. [BONCZEWA, I.]** (2004). *Психологически параметри на комуникацията "Лекар-Болен"* [Psychologiczne parametry komunikacji "lekarz - pacjent"]. Habilitacja, Wydział Psychologii Klinicznej, Univ. Psychology, Univ. Sofia (Bułgaria). s 164.

INSTRUMENTY POZYTYWNEJ PSYCHOTERAPII TRANSKULTUROWEJ JAKO MODEL KONSTELACJI SYSTEMOWYCH

Svitlana Kyrychenko
Master Trainer PPT (Czerkasy, Ukraina)
Ukraiński Instytut Psychoterapii **Pozytywnej**
Email:
kirichenko.sveta2014@gmail.com

Otrzymano 14.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji 25.01.2021. Opublikowano 01.02.2021.

Streszczenie

Artykuł poświęcony jest metodologicznym cechom konstelacji w metodzie psychoterapii pozytywnej. Modele Pozytywnej Psychoterapii Transkulturowej określają strukturę osobistego zróżnicowania, którą można wykorzystać w konstelacjach. Zgodnie z trzema poziomami pracy w psychoterapii pozytywnej (sytuacyjnym, pojęciowym i podstawowym), możemy omówić konstelacje na trzech różnych poziomach. Niniejszy artykuł stanowi uogólnienie praktycznych doświadczeń związanych z wykorzystaniem konstelacji na trzech poziomach pracy w psychoterapii pozytywnej, zarówno w psychoterapii grupowej, jak i indywidualnej.

Słowa kluczowe: konstelacje, fenomenologia, konstruktywizm, teoria systemów, psychoterapia pozytywna

Wprowadzenie

N. Peseschkiana, będąca metateorią psychoterapii, dobrze integruje się z innymi podejściami i metodami psychoterapeutycznymi. Komponent psychodynamiczny jest przedstawiony w modelu konfliktu. Pozytywne spojrzenie na osobę z jej wrodzonymi zdolnościami do miłości i poznania wskazuje na humanistyczne korzenie Pozytywnej Psychoterapii Transkulturowej. Metody poznawczo-behawioralne są szeroko stosowane w pracy z rzeczywistymi zdolnościami. Podejście systemowe jest również oczywiste w tak zwanych "Kręgach Peseschkiana":

Ja (Ja) -> Rodzina -> Społeczeństwo -> Miasto -> Kraj -> Ludzkość

Są to przykłady integracji teoretycznej, wbudowanej w fundamenty Pozytywnej Psychoterapii Transkulturowej przez jej założyciela. Obok integracji teoretycznej możliwa jest również integracja techniczna. Pozwoliłoby to na wykorzystanie konkretnych technik różnych metod psychoterapeutycznych w ramach struktury Pozytywnej Psychoterapii (PPT).

Nossrat Peseschkian napisał o połączeniu PPT z innymi metodami w swojej książce "Positive Family Therapy". Według autora (Peseschkian, 2016): "Psychoterapia pozytywna nie jest tylko jedną z metod wśród innych. Oferuje narzędzia do oceny, które podejścia metodologiczne mogą być stosowane w konkretnych przypadkach i jak te metody mogą być stosowane naprzemiennie." "Krótkoterminowa Pozytywna Psychoterapia jest uniwersalna, ponieważ może badać konkretne elementy danego przypadku i celowo stosować dowolne konkretne podejście w ramach koncepcji Pozytywnej Psychoterapii". (Peseschkian, 2016).

Metodologia

Niniejszy artykuł dotyczy włączenia konstelacji do Pozytywnej Psychoterapii Transkulturowej i stanowi uogólnienie praktycznych doświadczeń związanych z wykorzystaniem konstelacji zarówno w psychoterapii grupowej, jak i indywidualnej.

Studiując metodę systemowej terapii rodzin nabyłam umiejętność uczestniczenia w konstelacjach opartych na paradygmacie systemowo-konstruktywistycznym, który w swoich podstawach filozoficznych i teoretycznych jest bardzo bliski filozofii i światopoglądowi Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej Nossrata Peseschkiana. Używam terminu

ISSN 2710-1460WAPP

"konstelacja" nie jako nazwa metody Berta Hellingera, ale jako określenie jednej z technik systemowej psychoterapii rodzin. W związku z tym widzę potrzebę rozdzielenia tych dwóch pojęć: konstelacji jako podejścia Hellingera i konstelacji jako jednej z technik stosowanych w ramach systemowej psychoterapii rodzin.

Kluczowe różnice wynikają z różnych zasad filozoficznych i metodologicznych, na których opierają się te metody: fenomenologia w jednym przypadku i konstruktywizm w drugim.

Konstruktywizm (od łacińskiego "Constructio" - konstrukcja) to jeden z kierunków współczesnej filozofii nauki, który pojawił się pod koniec lat 70. i na początku lat 80. XX wieku. W szerokim znaczeniu termin ten odnosi się do pewnych aspektów światopoglądu i samoświadomości: organizacyjnych, strukturalnych, formatywnych i figuratywnych. Zwolennicy konstruktywizmu uważają, że nie ma innej rzeczywistości niż ta stworzona przez człowieka, tj. nie ma identycznej obiektywnej rzeczywistości niezależnej od ludzkiej percepcji. (Lebedev, 2004).

Istnieją również znaczne różnice w celach stosowanych technik, w pozycji psychoterapeuty, w konkretnych aspektach technicznych i ich interpretacjach, a także w ostatecznym celu terapii (Dobrodnyak, 2010).

Wyniki

Jeśli zbadamy historię konstelacji, możemy dojść do wniosku, że pojawiły się one w wyniku wzajemnego wpływu następujących trzech elementów:

1. Pierwszym komponentem jest teoria systemów, która rozwinęła się od mechanistycznego rozumienia (cybernetyka pierwszego rzędu) pod wpływem modeli biologicznych (Maturana, Varela) i teorii systemów społecznych Luhmanna do nowoczesnego rozumienia (cybernetyka drugiego rzędu).

2. Drugi komponent - to technika używania reprezentantów zamiast członków rodziny, elementów większych systemów lub nawet abstrakcyjnych pojęć. Pierwszym przykładem takiej techniki w zachodniej psychoterapii była psychodrama Jacoba Moreno.

W latach 60. Virginia Satir połączyła te dwa elementy w swoim podejściu Family Sculpting.

3. Trzecim komponentem jest fenomenologia. Fenomenologia (z niemieckiego "Phänomenologie" - badanie zjawisk) jest kierunkiem filozofii XX wieku. Definiuje swój cel jako oczywisty opis poznawczego doświadczenia świadomości i identyfikację jego podstawowych cech.

Psychologia fenomenologiczna to kierunek psychologii oparty na ideach i metodach fenomenologii. Dąży do opisowego badania świadomości, subiektywności i ludzkich doświadczeń.

Filozoficzne podstawy psychologii fenomenologicznej są zakorzenione w ideach Edmunda Husserla, a także w jego koncepcji psychologii fenomenologicznej. uczniów i naśladowców: Alexander Pfänder, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, Alfred Schutz i inni (Spiegelberg, 2002).

Te historyczne korzenie są wspólne zarówno dla konstelacji w ramach podejścia systemowo-konstruktywistycznego, jak i konstelacji w ramach podejścia Hellingera. Przyjrzyjmy się teraz różnicom.

1. Zrozumienie systemu

System jest konstruktem, dlatego terapeuci polegają na wiedzy klienta w wyborze uczestników konstelacji. Facylitator może mieć swoje hipotezy na temat przydatności konkretnych uczestników w ramach konstelacji, ale należy to omówić z klientem i ostatecznie to on podejmuje decyzję.

W rozumieniu Hellingera interakcje w ramach systemu determinowane są przez reguły ("nakazy miłości"), które według autora mają charakter uniwersalny. Dlatego też uczestnicy konstelacji są zdeterminowani przez prawo do przynależności do systemu.

2. Cel konstelacji

W podejściu systemowym celem konstelacji jest poszerzenie rozumienia sytuacji problemowej, zapewnienie możliwości postrzegania jej w sposób bardziej zaradny, dostrzeganie rozwiązań. Jednocześnie przyjmuje się, że nie istnieje tylko jedno prawidłowe rozwiązanie i że ktoś jest w stanie nakierować klienta na nie. Praca wzmacnia zasoby własne klienta w celu rozwiązania sytuacji problemowej.

W podejściu Hellingera do konstelacji, rozkazy dyktują "prawidłową konstelację", a celem pracy nad konstelacją jest jej znalezienie.

3. Wybór przedstawicieli

Podczas pracy z konstelacją przedstawiciele często doświadczają uczuć (wrażeń, emocji, impulsów, a nawet objawów), które są uderzająco podobne do doświadczeń tych, których reprezentują. Rodzi to pytania i nadaje konstelacjom aurę mistycyzmu. Zjawiska te mają jednak dość logiczne wyjaśnienia. Idea reprezentantów należy do Jacoba Moreno, który wyjaśnił taką "wiedzę" bez pojęcia "tele-". Moreno zdefiniował ją jako "proces wzajemnego wyczuwania się ludzi, który niczym cement spaja całą grupę" (Moreno, 1945). Innymi słowy, "tele-" odnosi się do zjawiska dynamiki grupy i ucieleśnia proces wymiany empatii. Moreno uważał zdolność patrzenia na świat oczami innej osoby za podstawową umiejętność.

Hellinger przypisywał zjawisko uderzających zbiegów okoliczności podczas konstelacji dostaniu się do morfogenicznego pola systemu. Takie wyjaśnienia wydają się być mistyczne.

4. Pozycja moderatora

Pozycja terapeuty w systemowym podejściu rodzinnym ewoluowała od raczej autorytarnej (kierunek strategiczny) do pozycji współpracy i partnerstwa. Idea

"właściwy klient" ma obecnie pierwszeństwo, co eliminuje wszelkie
presja wywierana na klienta przez terapeutę.

Fenomenologiczne podejście Hellingera dyktuje najlepsze (z punktu widzenia terapeuty) rozwiązania dla klientów poprzez prawidłowe umieszczenie w konstelacji.

Można zatem stwierdzić, że wykorzystanie konstelacji w podejściu systemowo-konstruktywistycznym i w metodzie Hellingera opiera się na różnych podstawach filozoficznych i metodologicznych, co prowadzi do różnic w wyjaśnieniach i pozycji terapeuty (Dobrodnyak, 2010).

Jako pozytywny psychoterapeuta wykorzystuję Konstelacje jako jedną z technik w ramach struktury Pozytywnej Psychoterapii Transkulturowej i chciałbym podzielić się z wami metodologią takiego podejścia, a także praktycznym doświadczeniem prowadzenia konstelacji w warunkach terapii grupowej.

Teoria systemów jest uniwersalna. Oferuje ujednolicony, interdyscyplinarny, teoretyczny język dla zjawisk na dowolnym poziomie - od organizmu komórkowego do społeczeństwa jako całości (Shlippe & Schweitzer, 2007).

PTPT oferuje takie systemowe podejście poprzez tak zwane "Peseschkian Circles". Reprezentują one stale rozwijający się system tożsamości: od "ja" do "wszechświata". "Rodzina" jest tylko jednym z tych kręgów, podąża za poziomem indywidualnym/osobowościowym ("ja"), który sam w sobie jest systemem: podzbiory osobowości, różne role, jedność ciała, duszy i ducha, unikalna struktura rzeczywistych zdolności itp. Modele Pozytywnej Psychoterapii Transkulturowej zapewniają strukturę różnicowania osobowości, która może być wykorzystywana w Konstelacjach Systemowych. Trzy poziomy pracy w PTPT (sytuacyjny, kontekstualny i podstawowy) oferują trzy poziomy Konstelacji.

I. Poziom sytuacyjny (objawowy)

Ten poziom oferuje uczestnikom możliwość pracy z Konstelacją Eksploracyjną opartą na Modelu Równowagi (prośba o eksplorację bez Rzeczywistego Konfliktu, dalej - AC). Jeśli istnieje prośba o pracę z AC lub symptomem, zaleca się rozważenie systemu AC/problemu, który obejmuje różne obiekty konfliktu interpersonalnego. Włączenie symptomu do Konstelacji daje możliwość zrozumienia jego funkcji/znaczenia w interakcjach międzyludzkich (pozytywna reinterpretacja symptomu), otrzymania informacji zwrotnej od przedstawicieli (aspekt międzykulturowy) i zwrócenia uwagi na konflikty, które stoją za symptomem.

II. Poziom kontekstowy

Ten poziom może oferować możliwość pracy z Konstelacją przy użyciu Rzeczywistych Możliwości (dalej - ACP), na przykład po ukończeniu Inwentarza Różnicująco-Analitycznego (DAI) lub innych ćwiczeń związanych z ACP. Inną opcją jest zbadanie przejawów Kluczowego Konfliktu (KC) w różnych relacjach. Jeśli treść konfliktu wewnętrznego (IC) i dynamika konfliktu zostaną odkryte, można je również wykorzystać w Konstelacji, w poszukiwaniu możliwych rozwiązań IC.

III. Poziom podstawowy

Poziom podstawowy lub tożsamościowy obejmuje pracę z podstawowymi pojęciami ustalonymi w rodzinie rodzicielskiej klienta. Tak więc Konstelacja rodziny rodzicielskiej (rodziny pochodzenia) może być przydatna. "Pięć szczytów losu" Koncepcja Vladimira Karikasha jest również odpowiednia do pracy z konstelacją na tym poziomie (5 tożsamości egzystencjalnych: Ja-Syn/Córka, Ja-Mężczyzna/Kobieta, Ja-Ojciec/Matka, Ja-Człowiek, Ja-Część Wszechświata) (Karikash, 2009).

Praca konstelacyjna oparta na pięciostopniowym modelu Peseschkiana

Poniżej znajduje się przykład struktury procesu Constellation opartej na pięcioetapowym modelu leczenia.

1. Dystans.

Przed przystąpieniem do pracy z Konstelacją ważna jest wstępna rozmowa z klientem (protagonistą): wysłuchanie jego problemu, określenie jego potrzeb i próśb oraz ustalenie w drodze dialogu, jakie postacie widzi w Konstelacji (ludzi, sfery modelu równowagi, rzeczywiste zdolności, tożsamości itp. Następnie klient jest zachęcany do obejrzenia całej Konstelacji i skoncentrowania się na swoich uczuciach i myślach (obserwacja).

W tym momencie klient przyjmuje metapozycję i obserwuje Konstelację swojej sytuacji z zewnątrz, tym samym dystansując się od niej. Sama Konstelacja reprezentuje wizualną, kinestetyczną metaforę, która również przyczynia się do zdystansowania.

2. Inwentaryzacja

Na tym etapie klient słucha informacji zwrotnych od wszystkich przedstawicieli. Terapeuta instruuje przedstawicieli, aby wyrażali swoje cielesne odczucia, uczucia i impulsy bez wyjaśnień i racjonalizacji. Bohater jest odpowiedzialny za kolejność, w jakiej przedstawiciele udzielają informacji zwrotnych, otrzymując w ten sposób dodatkowe informacje o sytuacji. Na tym etapie ważne jest, aby dowiedzieć się, czy informacje zwrotne rezonują z bohaterem. Zazwyczaj wszystko, co mówią przedstawiciele, wywołuje reakcję klienta "tak".

3. Zachęta sytuacyjna

Na tym etapie ważne jest, aby podkreślić pozytywne aspekty Konstelacji, zadając pytania zorientowane na zasoby i pytania koncentrujące się na pozytywnej reinterpretacji:

- Jakie zasoby można zobaczyć w tej konstelacji?
- Co zyskujesz dzięki tego rodzaju równowadze (interakcji)?

4. Werbalizacja

Ten etap pracy z Konstelacją daje klientowi szansę dostrzeżenia ścieżek i środków prowadzących do rozwiązania konfliktu, a także nowych możliwości rozwoju i równowagi. Po tym, jak klient potwierdzi swoją gotowość do dostrzeżenia perspektyw zmian, przedstawiciele otrzymują następujące uprawnienia

możliwość swobodnego poruszania się i znalezienia wygodniejszych pozycji w Constellation. Następnie przekazują informacje zwrotne na temat swoich odczuć w nowych miejscach. Bohater obserwuje tę dynamikę i notuje swoje reakcje. Kiedy Konstelacja uzyska swoją ostateczną strukturę, terapeuta sugeruje, aby bohater zamienił się miejscami ze swoimi przedstawicielami i stanął w tym "dobrym miejscu". Często powoduje to reakcję emocjonalną i głęboką świadomość, co może ułatwić podejmowanie decyzji. Klient jest następnie zachęcany do zwerbalizowania swoich wniosków i ukończenia Konstelacji poprzez uwolnienie przedstawicieli z ich przyjętych ról.

5. Rozszerzenie celów

Nie jest to jednak koniec pracy z Konstelacją. Proces grupowy powinien zakończyć się dzieleniem: przedstawiciele są proszeni o oddzielenie swoich wrażeń i uczuć, które pojawiły się podczas procesu konstelacji, od wrażeń i uczuć związanych z ich własnym życiem. Ważne jest również, aby wysłuchać tych obserwatorów, którzy nie brali udziału w Konstelacji, ale mogą podzielić się swoimi reakcjami emocjonalnymi i alternatywnymi spostrzeżeniami. Po tym, jak cała grupa zakończy zbieranie informacji zwrotnych, protagonista powinien poinformować o tym, co uznał za przydatne z pracy nad Konstelacją i informacji zwrotnych od uczestników.

Wnioski

Konstelacje zapewniają cenną okazję do zobaczenia istniejącej dynamiki w systemie rodzinnym lub osobowości, która często nie jest w pełni realizowana przez klienta. W ten sposób bohater uzyskuje dostęp do nieświadomych informacji za pośrednictwem uczestników grupy Konstelacji, ich odczuć i informacji zwrotnych. Ich fizyczne reakcje dostarczają dalszych informacji na temat dynamiki, której klient nie jest świadomy i której nie może zobaczyć (Franke, 2007).

W ten sposób Pozytywna Psychoterapia Transkulturowa, która jest zwykle wysoce ustrukturyzowana i działa na poziomie świadomym, jest uzupełniona o nieświadomy (irracjonalny) komponent. Należy zauważyć, że konstelacje są tylko częścią złożonej pracy psychoterapeutycznej. Materiał poruszony podczas procesu konstelacji może być badany przez wiele sesji. Dlatego ważne jest, aby psychoterapeuta posiadał pełne wykształcenie w jednej z uznanych metod psychoterapeutycznych i mógł wykorzystywać w swojej pracy więcej niż tylko konstelacje. Ważne jest również, aby zdać sobie sprawę, że niemożliwe jest studiowanie konstelacji poprzez czytanie książek, oglądanie filmów, a nawet ukończenie kilku seminariów z uznanym mistrzem. Uczenie się konstelacji, przede wszystkim, odbywa się poprzez osobiste doświadczenie w formie grupowej: poprzez obserwację, uczestniczenie jako przedstawiciele i tworzenie własnych konstelacji.

Pierwszy eksperymentalny projekt szkoleniowy dotyczący konstelacji w Pozytywnej Psychoterapii Transkulturowej odbył się w 2018 roku.

2019 w Połtawie na Ukrainie pod nadzorem Ukraińskiego Instytutu Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej.

Widzę skuteczność integracji konstelacji z psychoterapią pozytywną i transkulturową.

Referencje

[1] **ДОБРОДНЯК, О. [DOBRODNYAK, O.]** (2010). Використання консультування у рамках системно-конструктивістського підходу Системної сімейної психотерапії (короткий зміст навчальних семінарів, проведених в рамках Української спілки психотерапевтів у 1994 - 2010 рр.). Порівняння з оригінальною моделлю Хеллінгера [Wykorzystanie konstelacji w systemowo-konstruktywistycznym podejściu Systemowej Psychoterapii Rodzin (podsumowanie seminariów szkoleniowych prowadzonych w ramach Ukraińskiego Związku Psychoterapeutów w latach 1994-2010). Porównanie z oryginalnym modelem Hellingera]. *Журнал "Системна та сімейна психотерапія". Київ: "Системний погляд"*. Подвійний випуск №1-2.

[2] **КАРИКАШ, В. [KARIKASH, V.]** (2009). Пять вершин на жизненном пути [Pięć szczytów życia: Terapia poprzez transformację tożsamości egzystencjalnej]. *Позитум Украина*. Черкасы. Nr 3.

[3] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Pozytywna terapia rodzin: Podręcznik pozytywnej psychoterapii dla terapeutów i rodzin,* Bloomington, USA:
AuthorHouse UK

[4] **ФИЛОСОФИЯ НАУКИ. СЛОВАРЬ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ (**2004**) [**Filozofia nauki: słownik podstawowych terminów**].** Составитель: С.А. Лебедев [Lebiediew, S. A.]. М.: Академический проект.

[5] **ФРАНКЕ, У. [FRANKE, U.]** (2007). "*Когда я закрываю глаза, я вижу тебя". Семейная расстановка в индивидуальной терапии и консультировании* ["When I Close My Eyes I See You" Family Constellation in Individual Therapy and Counseling]. М.: Издательство: Институт консультирования. 182 с.

[6] **ШЛИППЕ, А. Ф., ШВАЙТЦЕР, Й. [SCHLIPPE, A.F., SCHWEITZER, J.]** (2007). *Учебник по системной терапии и консультированию* [Systemic Therapy and Counseling Textbook]. М.: Институт консультирования и системных решений. 363 с.

[7] **ШПИГЕЛЬБЕРГ, Г. М. [SPIEGELBERG, H. M.]** (2002). *Феноменологическоедвижение . Историческое* Ruch fenomenologiczny. Wprowadzenie historyczne. М.: "Логос". 608 с.

NASTOLATEK MIĘDZY DWOMA BRZEGAMI. PRZEDSTAWIENIE PRZYPADKU PRAKTYKI PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ

Stefanka Tomcheva
Dr, Master Trainer PPT (Shumen, Bułgaria)
Studio Wsparcia Psychospołecznego "Selena",
E-mail:
stefani_petkova@yahoo.com

Otrzymano 22.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji 25.01.2021. Opublikowano 01.02.2021.

Streszczenie

Przypadek praktyki psychoterapeutycznej dla nastolatka między tożsamością, objawem i równowagą. Indywidualna tożsamość jest niezbędna dla zdrowia psychicznego. Rozwój tożsamości jest podstawą samoakceptacji i dobrej samooceny. Jak zauważył Erikson (2013), subiektywne poczucie tożsamości musi być wciąż na nowo odkrywane i rozwijane w niekończącym się procesie. Erikson podkreśla, że pojęcie tożsamości ma różne, ale ogólnie powiązane ze sobą znaczenia. W wielu sytuacjach można go przypisać świadomemu poczuciu indywidualnej tożsamości, w innych - "nieświadomej walce" o ciągłość między tradycją a indywidualnością, w trzeciej - stabilności jaźni, a w czwartej - jako mechanizmowi utrzymywania wewnętrznej równowagi z grupowymi (tradycyjnymi) ideałami i grupową (tradycyjną) tożsamością.

Słowa kluczowe: tożsamość, symptom, równowaga, psychoterapia pozytywna, model 5-stopniowy

Wprowadzenie

W mojej pracy jako psychoterapeuta dzieci i młodzieży nieustannie spotykam się z prośbami jednego lub drugiego rodzica - "Jesteś psychologiem - zrób coś", "Porozmawiaj z nim / nią trochę", "Spójrz ... powiedz mu / jej kilka słów ...".

O co tu chodzi? Czego oczekują rodzice?

Dzielę się tym przypadkiem z mojej praktyki jako psychoterapeuty jako ilustracją profesjonalnej odpowiedzi na takie prośby rodziców.

Wyniki

Prezentacja przypadku

Matka skontaktowała się ze mną przez telefon, pokierowana przez swojego lekarza rodzinnego. Jej 17-letni syn (którego nazwę Alex) ma nudności i wymioty. Problem zaczął się, gdy miał 12 lat i pogłębiał się przez lata. (dużo wcześniej, jak zobaczymy). Nie znaleziono żadnych fizjologicznych przyczyn. A Przeprowadzono na nim szereg analiz medycznych, w tym hospitalizacje w ciągu trzech lat. Matka nalega na spotkanie ze mną przed spotkaniem z synem. Zwykle w przypadku nastolatków w wieku od 16 do 19 lat zachęcam i wspieram rodziców, aby zmotywowali swoje dziecko do przyjścia do mnie samemu. Czasami robię to również w przypadku młodszych nastolatków - od 13 do 15 lat. Jeśli chodzi o punkt widzenia rodziców, rozmawiam z nimi telefonicznie, a następnie po spotkaniu z nastolatkiem zapraszam rodzica na rozmowę i zwykle to działa. Ale w tym przypadku, gdy matka mówiła gniewnym tonem, czułem jej niepokój, bezradność i strach (brak zaufania do wszystkich i wszystkiego) i zaprosiłem ją na spotkanie, zanim zobaczyłem lub porozmawiałem z jej synem.

Czego dowiedziałem się od matki poza historią medyczną choroby?)

Alex, 17 lat, pierworodny z dwójki dzieci (ma 14-letniego brata), rodzina składa się z mieszanego małżeństwa - matka jest Bułgarką, ojciec jest pochodzenia tureckiego, nie z tureckiej grupy etnicznej w Bułgarii (którzy urodzili się i mieszkają w Bułgarii). Matka czuwa nad synem (i jego symptomami) jak orzeł, podczas gdy ojciec, który

początkowo drażliwy, rozwinął nietolerancję około trzy lata temu w związku z kryzysami mdłości i wymiotów swojego syna. Alex miał bardzo trudny poród (matka wspomina go jako długą bitwę), ale tak naprawdę prawdziwa bitwa rozpoczęła się, gdy Alex miał co najmniej siedem lat, a rodzina ojca zażądała wprowadzenia go w religię islamską z rytuałem "obrzezania". Zgodnie z islamskim systemem prawnym nie ma określonego wieku, w którym należy wykonać obrzezanie, ale dopuszczalne jest obrzezanie dzieci w wieku od 7 do 10 lat. Rodzina matki sprzeciwia się temu zdecydowanie i burzliwie. Matka i ojciec stworzyli na początku dobrą rodzinę i faktycznie są w stanie ją utrzymać, jeśli ich rodzice nie będą się wtrącać. W Bułgarii te mieszane małżeństwa są często problematyczne z powodu różnic kulturowych i religijnych między dwiema grupami etnicznymi, można sobie wyobrazić, jaka jest rodzina, gdy pochodzi z dwóch narodowości. Nacisk na te różnice zwykle zaczyna się od dziadków lub kogoś innego z rodziny rodzica. Tutaj sytuacja jest podobna, ale znacznie mocniej zaakcentowana - między tą matką i ojcem narosło napięcie i choć początkowo postanowili pozostawić wybór tożsamości religijnej i etnicznej swoim dzieciom, to później obie strony zaczęły "wyciągać dywan" w stronę własnych tożsamości religijnych. W tym czasie Alex zaczął chodzić do szkoły i spędzał większość roku w Bułgarii, a wakacje szkolne w Stambule. W tym samym czasie zaczął coraz częściej chorować: Ból gardła, ból brzucha, wymioty (objawy trudnej adaptacji do szkoły), następnie, gdy miał około 10 lat, nudności i wymioty ustały, by powrócić później jako wyraźny objaw. W wieku 12-13 lat zaczął się izolować, a dwa lata później (w wieku 15-16 lat) nie chciał już wychodzić z domu, spotykać się z przyjaciółmi, komunikować się (z wyjątkiem komunikacji online). Nie chciał też chodzić do szkoły. Spowodowało to spadek jego wyników w szkole i zmniejszyło jego szanse na dostanie się na prestiżowy uniwersytet w Turcji lub Bułgarii. To sprowokowało jego ojca do jeszcze ostrzejszego zachowania wobec niego.

Pierwsze spotkanie z Alexem - **etap obserwacji i dystansu**

17-letni chłopak wszedł do mojego gabinetu i przedstawił się. Pozornie spokojny w zachowaniu, ale budził we mnie uczucie niepokoju, strachu i jakby ukrytej nadziei. Było to dla niego pierwsze spotkanie z psychologiem/psychoterapeutą. Nie wiedział co robić, jak zacząć i od czego zacząć. Do tej pory doświadczył wielu wizyt u lekarzy z powodu objawów chorobowych. Cierpi na bezsenność, napięcie, nudności, wymioty i jak zrozumiałam później w trakcie naszej rozmowy - bolesne myśli o agresywnej treści.

Przygotowany do "raportowania" o swoich dolegliwościach (z powodu wielu wizyt lekarskich), Alex okazał się zaskoczony moimi pytanie: "Co ważnego lub znaczącego wydarzyło się tuż przed pojawieniem się pierwszych nieprzyjemnych objawów?". Nastąpiła przerwa. Następnie najwyraźniej cofnął się w czasie i zaczął porządkować pierwsze wydarzenia:

Rzeczywista sytuacja w momencie wystąpienia objawu

12-latek, już uczeń liceum matematycznego, po miesiącach przygotowań do egzaminu wstępnego, wciąż w okresie adaptacji do nowej szkoły i wśród nowych ludzi, z radością przyjął decyzję rodziców o wyjeździe na wakacje nad morze w Antalyi. Wśród przyjemnych wydarzeń towarzyszących przybyciu na plażę zaczął wymiotować, co zdarzało się również w domu, ale teraz reakcja rodziców była inna: wyglądali na zszokowanych i szybko posprzątali bałagan, a on również musiał stawić czoła spojrzeniom ludzi wokół niego. Później odebrał to jako wyrzuty ze strony rodziców i kpiny ze strony innych osób, które tam były. Złapał się za głowę, próbując poradzić sobie z tymi uczuciami i zaczął się usprawiedliwiać. Jego ojciec powiedział po turecku, tak aby być zrozumianym przez otaczających ich ludzi: "Drybler! Zawstydzasz sam siebie! Nas też zawstydzasz. Jedną rzeczą jest robienie tego w domu, aby uciec od obowiązków, ale tutaj...". Bierność jego matki w tym czasie zablokowała jego zdolność do przedstawienia dobrego wyjaśnienia lub usprawiedliwienia dla siebie i sprowokowała go do rozpoczęcia kolejnej walki - czy lepiej było zostać w domu, aby nikogo nie zawstydzić.

Jak reaguje psychoterapeuta po takiej opowieści o rzeczywistej sytuacji, która odblokowuje chorobę? Pozytywny psychoterapeuta poszukuje funkcji objawu, jego pozytywnej reinterpretacji i odzwierciedlenia związku między objawem a problemami psychologicznymi (emocjonalnymi). W tym przypadku moja pozytywna reinterpretacja objawu - nudności i wymiotów brzmiała: "Wygląda na to, że masz zdolność do doskonałej wrażliwości na to, co dzieje się wokół ciebie i z łatwością pozbywasz się tego, co niepotrzebne!".

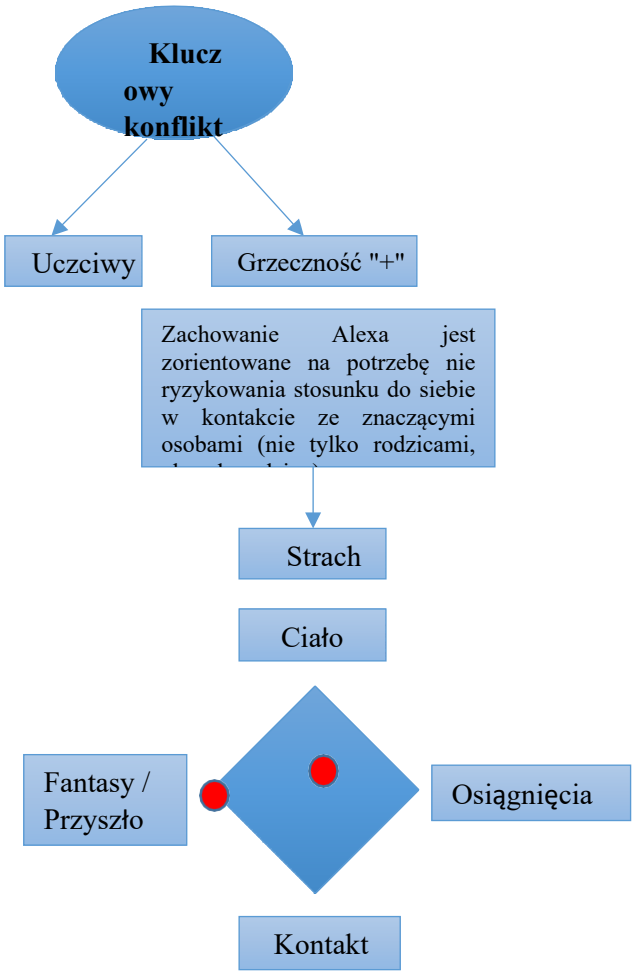
Alex wydawał się zaskoczony, gdy zdawałem się brać jego stronę. Wydawał się również zakłopotany i opierał się zaakceptowaniu mojego odczytania doświadczenia, które przeszedł 5 lat wcześniej. Zdałem sobie sprawę, że do tej pory nikt nie zastanawiał się nad jego wewnętrzną udręką. Kto by to zrozumiał?

1. Sam? - Z pewnością nie! W przeciwnym razie nie byłby to objaw chorobowy. Ludzki umysł nie akceptuje treści, które są sprzeczne z odpowiednią postawą i cierpliwością, której nauczył się w domu.

2. Przyjaciele? - Odrzuciliby go. Co więcej, mogliby uznać, że ich również zawstydza.

3. Rodzice? - Z pewnością nie! Nie znaleźli jeszcze powodu i wyjaśnienia tego, co się dzieje.

To było moje zrozumienie tego, co działo się nieświadomie w głowie Alexa. Zmotywowało go to do podjęcia decyzji o odizolowaniu się od środowiska społecznego i wykorzystaniu symptomu, jeśli zostanie zmuszony do nawiązania kontaktu. Przez lata Alex zastanawiał się nad pytaniami: "Kim jestem?"; "Kim jestem, do czego należę?". "Kogo/co powinienem naśladować - siebie czy innych?". Z punktu widzenia psychoterapii pozytywnej i transkulturowej jest to treść jego kluczowego konfliktu (rys. 1). Kontynuuje naukę, chodzi na kursy językowe i matematyczne, ale zawsze czuje, że "stoi między dwoma brzegami". Ciągle boi się, że znowu zwymiotuje i zawstydzić się przed wszystkimi.



Rys. 1 Kluczowy model konfliktu klienta

Czego się o nim dowiedziałem - Etap **inwentaryzacji**?

4.Od dzieciństwa bracia uprawiają sport, brat Alexa gra w piłkę nożną, a Alex w siatkówkę. Siatkówka nie była decyzją ani pragnieniem Alexa, to była decyzja jego ojca. Alex nie chciał tam iść, ale nie był w stanie powiedzieć: "Nie" lub "Nie chcę!".

5.Matka i ojciec (zwłaszcza ojciec) podjęli decyzję, że Alex powinien rozpocząć naukę w szkole z profilowane klasy sportowe. Oznacza to, że musi brać udział w zawodach. Przed tymi zawodami nie spał całą noc z bolesnymi myślami o porażce. Na boisku był zmartwiony, zdenerwowany i zmrożony strachem.

6. Po kilku porażkach na zawodach rodzice zdecydowali, że nie odniesie sukcesu w sporcie i został przeniesiony do szkoły z profilowanymi klasami biologii i chemii bez jego zgody (słowa ojca brzmiały: "zostańmy nawet lekarzami"). Regularnie uczęszcza do szkoły, przygotowuje się do lekcji i odrabia prace domowe, zawsze myśląc, że nie może przynieść wstydu rodzicom.

7. W okresie dorastania nauczył się, że rodziców należy słuchać, a wola ojca jest prawem. Jest przekonany, że wszyscy na nim polegają (tureccy dziadkowie wpajają mu, że pierworodny syn musi wziąć na siebie nadzieję całej rodziny) i musi spełniać ich oczekiwania nie tylko w zakresie sukcesów edukacyjnych i posłuszeństwa, ale także w każdym innym aspekcie. Typowe dla tego rodzaju rodziny jest znaczenie porządku, uprzejmości i sukcesu. Jeśli chodzi o religię, uwaga jest skierowana na posłuszeństwo.

8. Potem nastąpiły lekcje matematyki i zgłoszenie się Alexa do Liceum matematyczne ponownie wybrane przez rodziców.

9. Z tego rodzinnego doświadczenia doświadczył wielu rozczarowań związanych z ideą, że jego brat jest znacznie bardziej kochany (zgodnie z jego doświadczeniem) i odnosi większe sukcesy według krewnych i kręgu znajomych. Doskonale zdaje sobie sprawę, że jego brat, jak "wolny ptak", podąża za własnymi pragnieniami i intencjami, podczas gdy on zawsze szanuje innych.

10. Tym, co go martwi, nie dzieli się z nikim. Do dziś w nocy nie może spać i dręczą go myśli o porażce. Jako młody człowiek o wysokim poziomie intelektualnym, posiada umiejętność nadmiernej samokontroli i zachowuje się przeważnie grzecznie, co pomaga mu odstawać od chaotycznych i bezkrytycznych kontaktów z innymi (jak to potrafią niektórzy nastolatkowie), wydaje się zadowolony z siebie, zrównoważony psychicznie i odnoszący sukcesy. Dzieje się tak dlatego, że...

Jak pokazał Etap **Zachęty Sytuacyjnej,**

11. Jest człowiekiem rozsądnym, posłusznym, konsekwentnym, dążącym do sukcesu za wszelką cenę.

Potrafi radzić sobie ze sobą i swoimi emocjami poprzez "przełykanie" - w rzeczywistości wyłącza je i minimalizuje.

Etap **werbalizacji**

W jakiś sposób połączenie między tym, co powiedziałem Alexowi na początku, a jego własną historią o sobie pojawiło się spontanicznie w jego głowie. Na początku naszych spotkań powiedziałem mu, że ma zdolność do zwracania uwagi w zauważalny sposób na coś w sobie lub na coś innego.

wokół siebie i powiedziałem mu, że coś, czego nie pokazuje w ciągu dnia, wychodzi w nocy z burzliwą siłą. To te emocje, na które sobie nie pozwala, ponieważ nie wie, jak wykorzystać je jako mocne strony.

Odpowiedział: "Nigdy w życiu nie słyszałem o sobie tak dobrych rzeczy, aż do teraz". W swojej werbalizacji Alex sam przedstawił nasze zadanie terapeutyczne jako swój własny problem. Zdałem sobie sprawę, że Alex nie znał siebie w świetle własnych zdolności, a jedynie jako "świecącego światłem odbitym" od zdolności innych.

W serii 20 spotkań terapeutycznych przeszliśmy przez szereg sytuacji życiowych i tematów. Pierwszym, ważnym dla mnie jako terapeuty i dla niego jako pacjenta, było zrozumienie logiki pojawiania się agresywnie naładowanych myśli, które grzecznie przełykał. Zajmowaliśmy się tym tematem przez 4 spotkania.

W następnej grupie sesji przeszliśmy przez walkę o zmianę, w której Alex przejął inicjatywę, a ja zapewniłem wsparcie psychologiczne. Do tej pory naszym zadaniem było świadome rozwijanie nowych zachowań, co wymaga wytrwałości (uważa ją za silną umiejętność). Drugim zadaniem była otwartość w dzieleniu się umiejętnością, którą właśnie rozwinęliśmy w naszym kontakcie, a później przynosił ją w swojej uprzejmej formie ekspresji krewnym.

Poradziliśmy sobie również z wieloma życiowymi nieporozumieniami:

13. Forma rodzicielskiej czułości - poradzenie sobie z bolesnym doświadczeniem, że nie jest kochany, bo nie spełnia ich oczekiwań, że wciąż nie jest zauważany i dlatego lepiej być "przykucniętym za komputerem", "cichym literatem";

14. Co oznacza przestrzeganie zasad religijnych i jakie jest miejsce wiary? Jakie jest znaczenie wiary?

15. Co tracę, ale też co zyskuję, gdy zachowuję się w określony sposób.

Na przykład: Kiedy jestem tylko posłusznym dzieckiem, poprawnym, uważnym, szanującym innych, skąd będą wiedzieć, o czym myślę i jak inaczej doświadczam rzeczy - to jest prezentacja siły negatywnych emocji.

16. Co daję sobie, kiedy robię coś dla innych? Na przykład: Kiedy spieszę się, by coś zrobić, ale tak naprawdę w tym przypadku nikt niczego ode mnie nie oczekuje. Mimo to myślę, że robię to dla innych, bez szansy uświadomienia sobie, że używam tego sposobu jako obrony mojej normy sprawiedliwości i mojej wizji sukcesu.

Stopniowo pojawiły się pierwsze zmiany w jego zachowaniu:

17. Umiejętność odróżnienia "tego, czego chcą inni" od "tego, czego ja chcę" w tej samej sytuacji dała mu prawo wyboru sposobu radzenia sobie z sytuacją.

18. Zamiast próbować zrealizować swoją fantazję o "zwycięskim zachowaniu", rozwinął zdolność do tworzenia emocjonalnie motywowanych, wolnych zachowań.

19. Zamiast skrajnego perfekcjonizmu, aby tylko zostać zaakceptowanym - rozszerzył swój spontaniczny potencjał.

Zadowoleni z tego, co osiągnęliśmy, odłączyliśmy się z następującym bilansem:

Etap **rozszerzania celów**

Zgłosił, że jeśli wcześniej chciał odnosić sukcesy w swoich działaniach tylko dla aprobaty innych, teraz ważniejsze jest dla niego poczucie satysfakcji. W tym kierunku jest teraz aktywnym młodym człowiekiem, wtórnie wychowanym, ale emocjonalnym z natury i już wie, co zrobić ze swoim codziennym życiem bez objawów i poczucia zależności od aprobaty bliskich. Wielki test jego osiągnięć nastąpił podczas udziału w olimpiadzie biologicznej, kiedy poczuł się zaskoczony, spokojny i bez objawów - a to nigdy wcześniej się nie zdarzyło.

Dlaczego dzielę się z wami tym przypadkiem?

Ten nastolatek znajduje się na psychologicznym (i emocjonalnym) etapie separacji. Na etapie, na którym aktywnie próbuje zsyntetyzować swoje doświadczenia, aby stworzyć stabilne poczucie tożsamości osobistej. Eriksson podkreśla rolę dokładnej samowiedzy i realizmu, ale tutaj ten nastolatek czuł się - a zatem zachowywał się jak 3-4-latek, kiedy "walka toczyła się o autonomię". Każda matka wie, jak plastyczne może być dziecko, jeśli zdecyduje się robić to, czego oczekują od niego inni, ale nie da się sprawić, by robiło tylko to.

Wnioski

Obecność silnej kontroli zewnętrznej oraz zbyt sztywnej i wtórnej edukacji pozbawia dziecko zaangażowania w naukę kontrolowania i wyrażania siebie zgodnie z własną wolą i wolnym wyborem. Pojawia się długotrwała podejrzliwość i wstyd, które prowadzą do nieuchronnej utraty poczucia własnej wartości i poczucia nadmiernej kontroli rodzicielskiej.

Referencje

[1] **БОНЧЕВА, И. [BONCHEVA, I.]** (2013). *Психологична психотерапия* [Psychoterapia psychologiczna]. "Славена", Варна. 228 с.

[2] **ЕРИКСЪН, Е. [ERIKSON, E.]** (1996). *Идентичност: Младост и криза* [Tożsamość: młodość i kryzys]. С.: Наука и изкуство. 340 с.

[3] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Positive Psychotherapy of Everyday Life: A Self-Help Guide for Individuals, Couples and Families with 250 Case Stories,* Bloomington, USA: AuthorHouse UK.

[4] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy,* Bloomington, USA: AuthorHouse UK.

[5] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Positive Family Therapy: Podręcznik pozytywnej psychoterapii dla terapeutów i rodzin*, Bloomington, USA: AuthorHouse UK.

UZDRAWIANIE I DUCHOWOŚĆ: PRZYPADEK PSYCHOTERAPEUTYCZNY

Antonella Matei
Główny trener PPT
Centrum "Psi Positum" (Bukareszt, Rumunia)
E-mail:
psiholog_positum@yahoo.com

Otrzymano 25.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji 25.01.2021. Opublikowano 01.02.2021.

Streszczenie

Ten artykuł jest zaproszeniem do refleksji nad tym, jak możemy radzić sobie z duchowymi, egzystencjalnymi aspektami opisanymi przez Nossrata Peseschkiana w jego metodzie Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej. Aspekt egzystencjalny został przeanalizowany podczas procesu terapii i wykorzystany jako silny zasób. Zgodnie z modelem roli i związanym z podstawowym konfliktem, autor przygląda się relacji pacjenta z Bogiem. Zasobami oferowanymi przez religię w psychoterapii mogą być: nadzieja, akceptacja, sens życia (przydatne w depresji, śmierci), modlitwa (która zmniejsza niepokój), ćwiczenia medytacyjne i rytuały. Stwierdzono, że tam, gdzie pacjent boryka się z problemami egzystencjalnymi, zasoby oferowane przez religię są niepodważalne.

Słowa kluczowe: Psychoterapia pozytywna, duchowość, religia, zdrowie psychiczne.

Wprowadzenie

Jeśli chodzi o religię, rodzice mogą stać się modelem/antymodelem dla swoich dzieci. Tak więc dzieci przejmą lub odrzucą normy religijne rodziców i / lub będą przestrzegać innych norm (pierwotne my). Człowiek, z punktu widzenia psychoterapii pozytywnej, jest z natury dobry i składa się z 4 obszarów: fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. Zachowanie zdrowia jest niezbędne dla harmonijnego rozwoju wszystkich tych obszarów. Musimy poświęcać czas i energię w równym stopniu każdej ze stron.

Tam, gdzie istnieje wiara, wartości religijne mogą stać się zasobami w procesie terapeutycznym.

W zależności od tego, w jaki sposób bóstwo jest zinterioryzowane: jako dobre, kochające, wspierające lub przeciwnie, złe, autorytarne, osądzające; pacjent będzie zorientowany na wykorzystanie, uzyskanie dostępu do zasobów lub umieszczenie postrzegania religii w perspektywie. Jaka jest relacja z Bogiem, oparta na miłości czy strachu?

Zasobami oferowanymi przez religię w psychoterapii mogą być: nadzieja, akceptacja, sens życia, modlitwa, medytacje i rytuały. Tam, gdzie pacjent boryka się z problemami egzystencjalnymi (choroba/śmierć, brak sensu/poczucie winy), zasoby oferowane przez religię są niezaprzeczalne.

"In God we trust" jest wydrukowane na amerykańskich pieniądzach. Wygląda na to, że Amerykanie czuli potrzebę umieszczenia tego na swoich pieniądzach, aby pamiętać o tym, co daje im przewagę.

Metodologia

Według Nossrata Peseschkiana (Peseschkian, 1977) "zaufanie" jest zdolnością, która rozwija się we wczesnym dzieciństwie w symbiotycznej relacji "Ja-Ty". Zaufanie duchowe oraz zaufanie do przyszłości i kultury jest rozwijane przez model relacji rodziców ze światem, "Pierwotne My". Niemowlę uczy się akceptować siebie, będąc najpierw akceptowanym i kochanym w relacji z rodzicami. Kiedy następuje rozróżnienie "ja" i "ty", zaufanie i wiara mogą być rozwijane w szerszej relacji z innymi ludźmi, tworząc "my", reprezentację "ja" w stosunku do innych. "Zdolność do miłości" (Peseschkian, 1977) reprezentuje zdolność do akceptowania siebie i innych. Poprzez rozwój zdolności do kochania, tworzone są połączenia z innymi zdolnościami. Podstawowa "zdolność poznania" oznacza rozróżnienie dotyczące norm społecznych. Te dwie podstawowe zdolności stanowią fundament, na którym rozwija się zdolność wiary. Równowaga między religią a nauką na wiele sposobów wyraża dwie podstawowe zdolności poznania i miłości. Nauka oznacza

zdolność poznania i religia dla zdolności kochania. Wiara rozwija się ze zdolności do kochania i staje się zrozumiała w swojej treści dzięki zdolności do poznania. Nossrat Peseschkian postrzega religię jako nadawanie znaczenia, a wiarę jako poszukiwanie znaczenia (Peseschkian, 1985).

Jako psychoterapeuta pozytywny stykam się z tematami egzystencjalnymi, takimi jak religia, duchowość, filozofia życia. W moim doświadczeniu zawodowym odkryłem, że dla niektórych pacjentów są to ważne zasoby, podczas gdy dla innych mogą stać się przeszkodami lub komplikować ich życie. Zasada równowagi pomaga mi zrozumieć i pracować z tym aspektem.

W ten sposób narodziło się pytanie: z czym i w jaki sposób religia, kultura, filozofia życia może pomóc w leczeniu lub, przeciwnie, może zaakcentować zaburzenia. W jaki sposób religia może pomóc w leczeniu, jak dokładnie wspiera leczenie? Albo, jaki aspekt religii może prowadzić do zaburzeń?

Wiele powiedzeń i przysłów odnoszących się do Boga istnieje w każdym kraju i kulturze. Kilka przykładów: Bóg pomaga tym, którzy sami sobie pomagają; Bóg daje każdemu pieśń; Bóg porusza się w tajemniczy sposób; pomóż sobie pomóc Bogu; Bóg działa przez nas, Bóg widzi ciebie; Bóg niech będzie z tobą, Bóg jest wszędzie; Bóg nam pomaga; Zaufaj Bogu i przywiąż swojego wielbłąda; Złapał Boga za nogę. Co tak naprawdę oznaczają te niezliczone przysłowia, również w terapii?

Bóg nadal dla większości naszych klientów jest częścią naszej kultury, naszej tradycji, naszego codziennego życia. Innymi słowy, wiara jest częścią naszej zbiorowej nieświadomości, która odżywia nasze świadome życie. W każdej kulturze wierzenia religijne zainspirowały system edukacji, sztukę, literaturę, istnienie samej ludzkości. Religia daje nam zasady, które rządzą sposobem, w jaki żyjemy razem i definiują pozycję człowieka oraz perspektywę, jaką ma na życie. Nossrat Peseschkian w swojej książce "In Search of Meaning" (Peseschkian, 2016) rozróżnia terminy "wiara", "religia" i "kościół". Pomaga to w terapii wyjaśnić i zrozumieć konkretne znaczenie dla klientów. Powiedział, że słowo "religia" rodzi wiele nieporozumień. Odnosi się on do ludzkiej zdolności do znajdowania znaczenia, podczas gdy religia może nadać znaczenie, nauka wspiera znalezienie tego znaczenia.

Według N. Peseschkiana Bóg jest różnie postrzegany w kulturach, krajach, rodzinach i jednostkach. "Religia jest jak lekarstwo, które działa odpowiednio do istoty człowieka. Kiedy fałszywie rozumiana religia prowadzi do zaburzeń, fiksacji, zahamowania rozwoju i sztywności w obronie intelektualnej, musi być nonsensem. Feuerbach nazwał ją patologią, a nie teologią; Marks i Engels mówili o religii jako o opium dla mas, a Freud o religii jako o lekarstwie. karykaturował ją jako firmę ubezpieczeniową" (Peseschkian, 2016).

Teoria i duchowe tło. Nossrat Peseschkian opisuje naukę i religię jako dwa skrzydła, które człowiek może wykorzystać do postępu. Nie można latać tylko z jednym skrzydłem. Jeśli ludzie próbują latać tylko ze skrzydłem religii, skończą w dogmatyzmie, przesądach. Jeśli ktoś użyje tylko skrzydła nauki, popadnie w rozpacz materializmu.

Aby być użytecznym, religia i psychoterapia muszą być w równowadze. Peseschkian powiedział: Psychoterapia pomaga nam żyć; duchowość otwiera zdolność rozumienia życia. "Celem ideologii koncepcji świata jako religii jest świadome uznanie ludzkich wartości, celu i sensu życia, podczas gdy nauki ścisłe szukają i znajdują wyjaśnienia dla kwestii prawnych. Jeśli religia i nauka naprawdę mają być użyteczne dla ludzi, powinny być kompletne i tworzyć całość. Religia nie zastępuje psychoterapii, a psychoterapia nie zastępuje religii".

Powracamy zatem do naszego pytania: w jaki sposób religie i duchowość mogą pomóc nam w naszej działalności jako terapeutów, w leczeniu lub wręcz przeciwnie, zmylić nas, utrzymując zakłócenia, brak równowagi.

Jako psychoterapeuci z pewnością wiemy, że koncepcje religijne lub normy religijne stają się wewnętrznymi przekonaniami. Jak wiemy z psychoterapii pozytywnej, poprzez swój związek z religią, rodzice mogą stać się wzorami do naśladowania lub anty-wzorami do naśladowania dla swoich dzieci. W ten sposób dzieci przejmują lub odrzucają normy religijne swoich rodziców, zachowując je lub stosując się do innych poprzez odrzucenie (Primary We).

Istota ludzka z punktu widzenia psychoterapii pozytywnej (zgodnie z zasadą równowagi) jest z natury dobra i składa się z 4 obszarów: cielesnego, psychicznego, społecznego i duchowego. Aby zachować zdrowie i promować harmonijny rozwój wszystkich obszarów, musimy poświęcić równą ilość czasu, uwagi i energii każdej części. Tutaj dobrze jest sprawdzić, czy obszar religii, filozofii życia jest nadmiernie lub niedostatecznie reprezentowany. Jeśli obszar religii, filozofii życia jest nadmiernie reprezentowany lub zbyt rozwinięty, wówczas pojawia się brak równowagi i inne obszary nie są objęte. Jeśli będę modlił się cały dzień i przestanę pracować, nie będę miał z czego się utrzymać, nie będę miał z czego żyć. Jeśli nie zainwestuję czasu i energii w relacje, obszar kontaktu, pewnego dnia mogę obudzić się sam, bez wsparcia ze strony otaczających mnie osób. Jeśli patrzę tylko na Boga i nie dbam o swoje ciało, mogę zachorować. Nadreprezentacja może stać się bardziej elastyczna w doradztwie i terapii.

Wyniki

Zastosowanie terapeutyczne. Zgodnie z modelem roli i związanym z podstawowym konfliktem, mogę przyjrzeć się relacji pacjenta z Bogiem. Na czym opiera się relacja z Bogiem? Strach czy miłość? W jaki sposób pacjent rozwinął relację z Bogiem? Tutaj możemy zbadać, jakie jest wyobrażenie Boga przez pacjenta, czy jest on postrzegany jako przyjaciel czy wróg, czy go kocham, czy nie? Jak się z nim czuję? Próbuję dowiedzieć się, którzy z rodziców mieli taką samą relację z Bogiem. I o co pytali, czekali na pacjenta, aby dać mu akceptację, miłość.

Tam, gdzie istnieje wiara, religia może stać się zasobem w procesie psychoterapeutycznym. Zasobami oferowanymi przez religię w psychoterapii mogą być: nadzieja, akceptacja, sens życia (przydatne w depresji, śmierci), modlitwa (która zmniejsza niepokój), ćwiczenia medytacyjne i rytuały. Oczywiście, gdy pacjent boryka się z problemami egzystencjalnymi, zasoby oferowane przez religię są niepodważalne.

Prezentacja przypadku

Ovidiu (imię zostało zmienione), pojawia się w biurze wyraźnie spięty i udręczony. Problem, z którym się boryka, dotyczy jego związku małżeńskiego. Jest żonaty od 17 lat. Związek rozpoczął się z szacunkiem i uznaniem, bez miłości i uczucia ze strony pacjenta.

Obecnie jego relacje z żoną bardzo się pogorszyły. W tym kontekście zakochuje się w koleżance z pracy. Nawiązuje z nią romantyczną relację, ale pozostają one na poziomie platonicznym, ponieważ uważa, że seks poza małżeństwem jest grzechem. Poczucie winy jest bardzo wysokie i rozwinięte również z powodu jego katolicyzmu. Wykazuje również nacisk na reprezentację drugorzędnych zdolności. Zdolności wtórne i silne przestrzeganie norm Kościoła katolickiego prowadzą do obecności silnie reprezentowanego superego. Jest świetną reprezentacją w obszarze religijnym, jednocześnie z silnym pragnieniem, ze względu na strach przed przestrzeganiem zasad narzuconych przez kościół, posłuszeństwa im, tak jak robił to w relacji z ojcem. Posłuszeństwo jest reprezentowane do maksimum. Tutaj pojawia się podstawowy konflikt, jestem posłuszny ojcu, boję się go, robię tylko to, co mi wolno. To, co jest obecnie transponowane na rzeczywisty konflikt, podporządkowuję się kościołowi i robię tylko to, na co pozwala mi kościół i jego normy. W przeciwnym razie zostanę ukarany i spłonę w piekle na zawsze. Bóg (ojciec w przeszłości) mi nie wybaczy i będę wiecznie karany.

Wyjaśnił mi, że w religii katolickiej rozwody nie są akceptowane i jeśli się rozwiedziesz, pójdziesz do piekła.

Relacja z żoną jest bardzo dysfunkcyjna, często prowadząca do przemocy fizycznej z obu stron, która zakończyła się dopiero interwencją policji. "Piekło na ziemi", z mojego punktu widzenia. Jest zdominowany przez żonę, jest jej posłuszny

Czuje się również winny, ponieważ w przeszłości ojciec żony pomógł mu ukończyć studia wyższe. Dzięki tym studiom ma obecnie dobrą pracę. Modli się do Boga dzień i noc, aby jego żona go opuściła, postrzegając to jako jedyny sposób, aby był wolny i uwolniony od winy przed Bogiem.

Tak wyglądało jego życie, gdy zgłosił się na terapię.

Dominującą emocją jest strach, ucieleśniony w teraźniejszości w strachu przed Bogiem (w przeszłości strach przed ojcem). Psychodynamicznie, w podstawowym konflikcie widzimy burzliwą i gwałtowną relację z ojcem oraz wiele wymagań zorientowanych na drugorzędne zdolności (posłuszeństwo, punktualność, powaga). Relacja z matką również charakteryzowała się wymaganiami zorientowanymi na drugorzędne zdolności, ale bez agresji (posłuszeństwo, powaga).

Całkowicie pozbawiony miłości, wsparcia, akceptacji, udaje się do Kościoła katolickiego, gdzie czuje boską miłość, akceptację, na którą reaguje nieświadomie, oferując ślepe posłuszeństwo wymagane przez jego ojca w przeszłości.

Na terapii dużo pracowaliśmy nad tym rozróżnieniem między ojcem a Bogiem i nad sposobem, w jaki te dwie relacje nakładają się na siebie (poddanie się ojcu / poddanie się Bogu, religia; strach przed ojcem / strach przed Bogiem). Pracowaliśmy też nad rozróżnieniem między Bogiem a instytucjami kościelnymi.

Przy braku pozytywnych reprezentacji, związek z religią z normami religijnymi, które zostały zinternalizowane, związek z Bogiem znacznie się rozwinął. On akceptuje siebie tylko wtedy, gdy przestrzega norm religijnych.

Jego rzeczywisty konflikt brzmiał: "Nie rozwodzę się, bo zostanę ukarany na zawsze i będę się smażył w piekle". W tym momencie, zdając sobie sprawę, że w pobliżu problemu duchowego leży również jego zdolność do podejmowania decyzji, zwlekanie, powiedziałem mu, że może również skonsultować się z katolickim księdzem, aby podjąć drogę unieważnienia małżeństwa.

Pracowaliśmy również nad kluczowym konfliktem, aby być mniej uprzejmym wobec jego żony i bardziej szczerym wobec niej; a on był w stanie zwerbalizować to w procesie terapii. Podczas terapii był w stanie zwerbalizować rzeczywisty konflikt: jeśli nie podporządkuję się Bogu, nie będzie mnie już kochał i zbawiał. A także podstawowy konflikt: jeśli nie będę posłuszny ojcu, ukarze mnie i uderzy.

Pracowałem z transkulturowym modelem innych religii, w których mężowie mogą mieć wiele żon, jak w islamie. Zwerbalizował, że mógłby myśleć inaczej, gdyby wyznawał inną religię. Czasami używałem humoru, z refleksjami takimi jak: "jesteś bardziej katolicki niż papież", a on potrafił się z tego śmiać.

W końcu zebrał siły, by wyprowadzić się z domu, w którym mieszkał z żoną, ale bez oficjalnego rozwodu.

Mieszkał sam i kontynuował związek ze swoją dziewczyną.

Jego ostatecznym rozwiązaniem było unikanie konfrontacji z żoną (unikanie jest jednym z często stosowanych mechanizmów obronnych) i wyjazd na roczną misję za granicę.

Do tego czasu pozostawi decyzję w rękach Boga, a może, kto wie, zanim wróci, jego żona znajdzie kogoś innego.

Wnioski

Jako istoty ludzkie potrzebujemy duchowej orientacji, wartości, filozofii życia dla harmonijnego doświadczenia i zrównoważonego zdrowia psychicznego i musimy być świadomi własnego modelu duchowego jako terapeuci. W psychoterapii pozytywnej ten egzystencjalny aspekt jest analizowany podczas procesu terapii, a także wykorzystywany jako silny zasób.

Przedstawiono przypadek, w którym nie było wystarczająco dużo czasu na znalezienie ostatecznego rozwiązania. Pacjent "musiał" przerwać terapię, ponieważ miał rozpocząć misję poza granicami kraju.

Możemy leczyć tylko w interakcji z naszymi klientami oraz z ich gotowością i odwagą do pracy z ich potencjałem. Czasami możemy skierować pacjentów również do księdza, gdy potrzebne jest tego rodzaju podejście.

Jak powiedział N. Peseschkian: "Religia nie zastępuje psychoterapii, a psychoterapia nie zastępuje religii". Jako psychoterapeuci możemy współpracować z lekarzami, pracownikami socjalnymi, a czasami z księżmi, biorąc pod uwagę, że istota ludzka składa się z 4 obszarów: ciała, psychiki, społeczeństwa i ducha.

Referencje

[1] **OKORO, J.** (2019). Duchowość. Prezentacja na 7th Word congress for Positive and transcultural psychotherapy (Antalya, Turcja). Pozyskano z: https://www.positum.org/files/spirituality.pdf

[2] **PESESCHKIAN, N.** (1977). Positive Psychotherapie: Theorie und Praxis einer neuen Methode. Frankfurt am Main: Fischer.

[3] **PESESCHKIAN, N. (**2016). *W poszukiwaniu sensu: Psychoterapia pozytywna krok po kroku*. Bloomington, USA: AuthorHouse UK

 © WAPP Publishing

ZDROWIE - CHOROBA Z PERSPEKTYWY PSYCHOTERAPII POZYTYWNEJ

Gunther Hübner
Doktor, główny trener PPT, prywatna praktyka Hofheim (Niemcy)
E-mail:
gunther.huebner@positive-konfliktberatung.de

Otrzymano 15.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji 25.01.2021. Opublikowano 01.02.2021.

Streszczenie

Zdrowie i chorobę należy rozumieć jako dwie strony tego samego medalu. Człowiek nie jest ani zdrowy, ani chory, a raczej nieustannie dąży do równowagi, tylko wtedy można mówić o podejściu do zdrowia. W tym kontekście symptomy nabierają charakteru informacyjnego i wskazują na tęsknoty (potrzeby), które nie zostały zaspokojone.

Słowa kluczowe: zdrowie, choroba, równowaga, psychoterapia pozytywna, potrzeby

W ciągu 20 lat życia człowiek cierpi średnio na 20 zagrażających życiu, 20 poważnych i 200 umiarkowanych chorób.

Stefan Heim

Wprowadzenie

Obserwatorzy i słoń

Słoń został wprowadzony do ciemnego pokoju na nocną wystawę. Ludzie przybywali tłumnie. Ponieważ było ciemno, odwiedzający nie mogli zobaczyć słonia, więc próbowali uchwycić jego kształt dotykiem. Ponieważ słoń był duży, każdy odwiedzający mógł uchwycić tylko część zwierzęcia i opisać je zgodnie ze swoimi wrażeniami dotykowymi. Jeden z odwiedzających, który złapał jedną z nóg słonia, wyjaśnił, że słoń był jak mocny filar; drugi, dotykając kłów, opisał słonia jako spiczasty obiekt; trzeci, chwytając ucho zwierzęcia, powiedział, że nie różni się ono od wachlarza; czwarty, głaszcząc grzbiet słonia, twierdził, że słoń był prosty i płaski jak kanapa. (Peseschkian 2016)

Powinniśmy zadać sobie pytanie: czym jest zdrowie? W powyższej historii dowiadujemy się, że każda osoba może odkryć i opisać tylko część zwierzęcia poprzez swoje dotykowe odkrycia, ale w danym momencie widzi tylko część całości. Wyciągnięte z tego wnioski zniekształcają obraz rzeczywistości lub, innymi słowy słowami, doświadczamy rzeczywistości, którą subiektywnie zniekształcamy. Podobnie, historia ta może być rozumiana jako synonimiczny przykład, gdy pytamy o zrozumienie zdrowia i choroby. Każdy z nas doświadcza ekspresji objawów choroby, ale można je zrozumieć tylko jako część całości.

Ponieważ ludzie w ogóle są stale narażeni na ryzyko choroby w swoim życiu, ta walka z chorobą wymaga mobilizacji ogromnej energii i uzasadnia wysokie koszty bez ostatecznego wyjaśnienia kwestii, czym jest zdrowie. Ponieważ zdrowie nie może być wystarczająco zdefiniowane jako brak choroby, konieczna jest holistyczna koncepcja w sensie filozofii zdrowia. Zdrowie nie może być zatem brakiem poszczególnych aspektów choroby. W rezultacie symptom nie może być określony tylko w kontekście choroby, ponieważ niewyjaśniona lub brakująca rola zdrowia (jako przeciwieństwa) nie została jeszcze zadowalająco wyjaśniona.

Metodologia

Wymagania dotyczące zrozumienia stanu zdrowia

Poznajemy zdrowie, gdy tylko go zabraknie. (Andrew Weil). Próba zdefiniowania zdrowia poprzez "nie bycie chorym" wyraża podobną bezradność, jak próba zadeklarowania pokoju jako "nie bycia w stanie wojny". Ta niezadowalająca definicja zdrowia opiera się na wielowymiarowym problemie: jednostka jest proszona o

uświadomić sobie granice własnego indywidualnego, interakcyjnego, instytucjonalnego i ideologicznego odniesienia, ponieważ między zdrowiem i chorobą z jednej strony a środowiskiem społecznym z drugiej (odniesienie transkulturowe) istnieje współzależność, ponieważ każda definicja zdrowia lub choroby nabiera innego znaczenia na danym poziomie. Decyzja o tym, kiedy występuje "zaburzenie", które spełnia warunki choroby i kiedy jednostka ma wystarczającą ilość patologicznych składników, zależy od definicji zdrowia i rozumienia choroby.

Rys. 1. Cztery cechy życia = zdrowie

Kolejną trudnością w określaniu stanu zdrowia są przekonania i światopogląd osób, które podejmują decyzje na jego temat. Podobnie jak zdrowie, chorobę (objawy) należy rozumieć jako przypisanie interpretacji, w której przekonania i światopoglądy są wyrażane i konstruowane jako definicja diagnostyczna.

Medyczne rozumienie chorób somatogennych zostało zasadniczo zmienione przez rozwój "psychosomatyki". Teoretyczna i metodologiczna koncepcja wyjaśniająca psychosomatyki ma proweniencję psychoanalityczną i głęboko psychologiczną, a zatem jest domeną poziomu indywidualno-interakcjonistycznego. Z tych poziomów podejścia psychopatologiczne odegrały główną rolę w teoretycznych i metodologicznych koncepcjach wyjaśniających psychosomatyki.

Wyniki

Dodano nowe podejścia wyjaśniające i lecznicze z różnymi rozumieniami teorii i metod (głównie podejścia systemowe i transkulturowe). Pomimo

Przy całej różnorodności podejść teoretycznych i metodologicznych można znaleźć podobieństwa dla wielu obrazów klinicznych. Choroby, zaburzenia i problemy coraz częściej otrzymują ukryty lub nieświadomy przekaz o treści informacyjnej. Interpretując te choroby lub zaburzenia, stają się one przedmiotem komunikacji, a tym samym "znaczące", "świadome" i uleczalne. Ogólnie rzecz biorąc, w klasyfikacji procesów psychosomatycznych istnieje tendencja do odróżniania ich od procesów somatycznych (chorób) lub uzasadniania ich na podstawie diagnostyki różnicowej (patrz na przykład kodowanie "ICD 10"). Przy takim podziale na choroby somatyczne i psychosomatyczne zakłada się, że nie każda choroba / objaw koreluje z głębszym problemem ludzkim, a zatem nie każdej formie choroby przypisuje się "treść informacyjną".

Zasadniczo nie ma również naukowej zgody na nadawanie wszystkim objawom korelacji psychologicznej z czynnikami psychospołecznymi. Tam, gdzie choroby i objawy doświadczają przypisania, które jest sprzeczne z rozumieniem "medycyny konwencjonalnej", grozi uwłaczające miano "psychologizacji", co oznacza niepotrzebną komplikację. Każda metoda, która chce interpretować objawy psychologicznie i sensownie i postrzega je jako nierozwiązany problem psychologiczny, ale której podejście wyjaśniające znajduje się poza uznaną "nomenklaturą", nie uniknie konieczności dostarczenia dowodów na trafność wysuwanych postulatów.

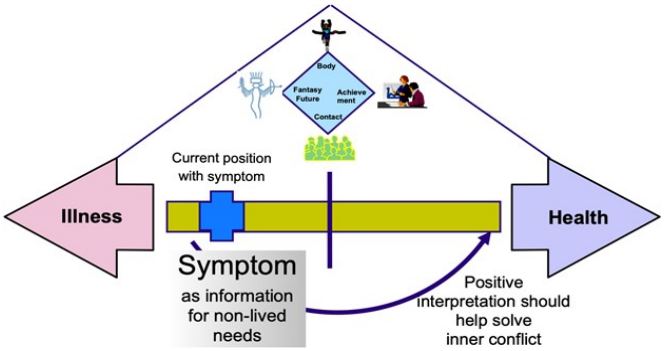
Uzdrowienia lub eliminacja objawów nie są wystarczającym uzasadnieniem naukowym, ponieważ tak zwane "spontaniczne uzdrowienia" lub "efekty placebo" zwracają uwagę na fakt, że istnieją inne aktywne czynniki, które albo wymagają nowego wyjaśnienia, albo są przejawami wykraczającymi poza obecnie "wyjaśnialne" (Jaspers 1913).

Oddzielenie chorób somatycznych i psychicznych bez uwzględnienia interakcji (współzależności) niesie ze sobą ryzyko pozornego związku przyczynowo-skutkowego między przyczyną a skutkiem, przez co istotne aspekty całości (rzeczywistości) są wykluczane lub zaprzeczane. W tradycyjnych patogenetycznych wyjaśnieniach chorób można dostrzec myślenie redukcjonistyczne. Pozostaje się przy dokładnej diagnozie i rozpatrywaniu objawów z etiologicznego punktu widzenia (np. infekcja bakteryjna jako przyczyna objawów fizycznych) bez zwracania uwagi na spójność całości. Powiązania między objawami a pojawieniem się choroby, a także interakcje objawów chorobowych z warunkami społecznymi i komunikacyjnymi są niewystarczająco brane pod uwagę.

Simon (1995) wyjaśnia tę ideę w następujący sposób: "Jeśli choroba jest postrzegana jako zmiana w przestrzeni fizycznej, nie oznacza to, że głębsze jej wyjaśnienie - tj. mechanizm ją generujący - jest zlokalizowane w ciele. Procesy zachodzące w ciele, które wyjaśniają powstawanie objawów, wymagają z kolei wyjaśnienia, które pasuje do logiki stosowanego na co dzień światopoglądu".

Medycyna somatyczna interpretuje również przyczyny choroby w powiązaniu z objawami, a niektóre objawy są przypisywane do określonych przyczyn, np. choroby zakaźne wymagają wirusów lub bakterii. Bezsporne jest również, że osłabienie układu odpornościowego jest postulowane na początku choroby.

Jednak choroba jednostki rzadko wiąże się ze strukturą osobowości jednostki oraz jej rolą społeczną i rzeczywistością (makro- i mezosystemy). Jak dobrze wiadomo, ludzie są nieustannie konfrontowani z bakteriami, niekoniecznie reagując jawną chorobą.



Rys. 2. Choroba - zdrowie w równowadze (autor)

Problem zdrowia / choroby nie jest zatem łatwy do wyjaśnienia w kategoriach zasady przyczyny i skutku. Z jednej strony pojawia się pytanie, kiedy i dlaczego pojawiają się objawy i jakie znaczenie choroby można im przypisać, a z drugiej strony, jakie warunki / czynniki jednostka wnosi ze sobą, aby choroba (np. wypalenie zawodowe) mogła się ujawnić.

Jeśli "medycyna organiczna" nie może określić żadnych organicznych ustaleń z określonym objawem, stan ten jest niezadowalający nie tylko dla lekarza, ale także dla pacjenta. Medycyna organiczna wykazuje wówczas tendencję do przesuwania ich przyczyn do wyimaginowanej przestrzeni gdzieś bez "diagnozy" (Simon 1995), której nie można wyjaśnić, ale mimo to pojawia się w efekcie ze względu na jej skutki. Akceptacja wyimaginowanej przestrzeni odpowiada założeniu, że zaangażowane są "pewne" mechanizmy, które nie zostały jeszcze wyjaśnione (zbadane, znalezione itp.), ale muszą istnieć. W ten sposób nieznośny stan "niewiedzy" staje się zrozumiały dla lekarza / psychologa / naukowca, nawet jeśli przyczyny zjawisk znajdują się poza komunikacją.

Wyobraźnia pacjenta może zatem zajmować dużo miejsca, że tak naprawdę nie jest chory (tylko symuluje) lub został ukarany za społecznie dewiacyjne zachowanie. Innymi słowy, pacjent interpretuje swoje objawy zgodnie ze swoimi indywidualnymi wyjaśnieniami, ponieważ w jakiś sposób i na swój subiektywny sposób próbuje pogodzić obserwowalne objawy i zjawiska ze swoim rozumieniem rzeczywistości (koncepcją).

Simon wyjaśnia (1995): "Przy wyjaśnianiu, z perspektywy zewnętrznego, obiektywnego obserwatora, konstruowany jest mechanizm generujący wyjaśniane zjawisko. Z drugiej strony, rozumiejąc, obserwator wykorzystuje podobieństwo między sobą a obserwowanym systemem (człowiekiem, kotem, bogiem, maszyną).
...); identyfikuje się z nim, wchodzi, że tak powiem, w wewnętrzną perspektywę podmiotu stojącego w pewnym kontekście komunikacyjnym, aby (ponownie) skonstruować swoje odczuwanie, myślenie i działanie w jego znaczeniu ... Nieobserwowalny obszar, w którym należy zlokalizować wyjaśnienie objawów choroby, jest wzorowany na normalnej komunikacji międzyludzkiej. Istnieją pewne społeczne zasady dobrego zachowania, których przestrzeganie jest skorelowane z dobrym samopoczuciem. I odwrotnie, stwierdza się, że utrata dobrego samopoczucia wskazuje na brak dobrego zachowania".

Zrozumienie symptomów, nawet jeśli ich podejścia wyjaśniające nie mieszczą się w możliwym do oznaczenia i zrozumienia ("nieobserwowalnym", Simon 1995) obszarze, ponieważ wymykają się zrozumiałej obserwacji i tradycyjnej kategoryzacji, są jednak traktowane jako "źródło informacji". Subiektywne doświadczenia i intuicje tworzą subiektywną wiedzę, która wraz z indywidualnym profilem osobowości otwiera własne "prowincje zmysłów" (Berger / Luckmann 1969) i "klauzule rzeczywistości" (Müller 1991).

Z tego można wywnioskować, że objawy należy rozumieć jako komunikat i nadawać im subiektywne znaczenie zarówno wewnątrz-, jak i międzyludzkie. Ten subiektywny i zbiorowy proces interpretacji przypisuje znaczenie symptomom, co czyni je dostępnymi dla komunikatywnego zrozumienia. Odniesienie do obiektywnej rzeczywistości odgrywa niewielką rolę.

Objawy stają się komunikatami i mogą wpływać na dalsze kroki; np: Bólowi przypisuje się znaczenie, które nie interpretuje go jako wrogiego i skierowanego przeciwko jednostce, w konsekwencji nie trzeba go zwalczać. W tym kontekście wypaleniu można nadać informację lub komunikat, który ma znaczenie w kontekście zdrowia i całości, na przykład wskazując na niedobór, który przytłacza jednostkę w pewnych sytuacjach. Jeśli nie zostaną podjęte środki zaradcze lub nie zostaną wyciągnięte prawidłowe wnioski, istnieje ryzyko wystąpienia zaburzenia, objawu lub choroby.

Taki proces zwraca uwagę na ogólne zjawisko. Można mówić o konstruowaniu rzeczywistości przez jednostkę komunikującą i wyjaśniającą światu zewnętrznemu swoje subiektywne rozumienie (przypisywanie znaczenia) swojej rzeczywistości za pomocą interpretacji symptomu.

Jeśli interpretacja objawów opiera się na subiektywnym zrozumieniu, jednocześnie rozwija się kwestia kontekstu, w którym rozwija się subiektywne zrozumienie. W tym celu Peseschkian (2016) używa terminów znaczenie i znajdowanie znaczenia, do których przypisuje

domena religii (znaczenie) i nauki (znajdowanie znaczenia). Takie użycie terminów przez Peseschkiana (2016) implikuje interakcję różnych domen, które jednak stanowią tło dla subiektywnego zrozumienia i można je znaleźć w każdej atrybucji.

Jeśli przyjmie się, że znaczenie objawów i zdarzeń jest subiektywną konstrukcją, wówczas przyjmuje się, że jednostka ma swoje ukryte rozkazy, idee, normy i wartości przekazywane światu zewnętrznemu w subiektywny sposób.

Hipotetycznie można zatem wykorzystać dwa źródła informacji:

a) interpretacja symptomu sprawia, że konstrukcja rzeczywistości danej osoby lub obserwatora staje się przejrzysta, a jednocześnie staje się jasne, jakie znaczenie symptom ma dla danej osoby i

b) Interpretacja ujawnia subiektywną i kształtującą sytuację rzeczywistość oczekiwań, która determinuje dalsze działania jednostki i jej doświadczenia uczenia się w nowych sytuacjach.

Zdrowie jako zrozumienie całości

Poniżej przyjęto podstawowe rozumienie zdrowia, na które wpływa pewna idea całości, która powinna umożliwić jednostce zintegrowanie swoich objawów z codziennym życiem. W dalszej części rozdziału model ten, a także użycie terminu "całość", będą musiały zostać wyjaśnione bardziej szczegółowo, ponieważ oznacza to, że zdrowie jest synonimem "bycia zdrowym".

Heil pochodzi z języka średnio-wysoko-niemieckiego i ma następujące znaczenie według słownika pochodzenia Dudensa (Duden's dictionary of origin 1963):

Szczęście"; (szczęśliwy zbieg okoliczności); Zdrowie; Uzdrowienie, zbawienie, pomoc ... Pod wpływem chrześcijaństwa słowo zbawienie nabrało również znaczenia "odkupienie od grzechów i zapewnienie wiecznej błogości" ...

Użycie "całości" i "bycia uzdrowionym" oznacza równowagę, która nie jest statyczna, ale dynamiczna i której równowaga tworzy stan, który można przetłumaczyć jako zdrowie. W rezultacie choroba jest stanem, który wykazuje "utratę" lub "brak" całości (zgodnie ze znaczeniem: beznadziejny = "bez szczęścia, dobrobytu lub zdrowia, a zatem nieszczęśliwy; ohydny, niegodziwy; tamże).

Znaczenie zbawienia odnajdujemy zarówno w medycynie, jak i w religii (świętej). Wspólne dla obu jest zrozumienie świadomości jedności jako przezwyciężenia rozszczepienia lub fragmentarycznej perspektywy. Oznacza to również naukę integracji tego, co istnieje poza subiektywną rzeczywistością lub zostało stłumione poza tą subiektywną rzeczywistością.

Choroba i zdrowie nie są po prostu warunkami fizycznymi, które prędzej czy później zostaną w pełni przeanalizowane i zrozumiane metodami naukowymi. Są one zakorzenione w najgłębszych i najbardziej tajemniczych warstwach ... Pomysł, że trzeba zaakceptować i uwzględnić ciemną stronę Istnienie, nawet choroba i śmierć, jeśli chce się osiągnąć pełnię i doskonałość, jest imponującym ciągiem myśli, który znajduje odzwierciedlenie w wielu systemach praktycznej magii i filozofii ezoterycznej. (Weil, 1997)

Zdrowie może zatem również integrować chorobę, jeśli choroba jest rozumiana jako zjawisko, które pokazuje, że brakuje niezbędnych aspektów całości, a zatem zdrowie nie zostało jeszcze osiągnięte.

Jeśli wyjdzie się od tej koncepcji zdrowia jako całości, wyeliminowanie objawu nie oznacza wyleczenia, ponieważ wyleczone zostały tylko objawy, czyli choroba została wyleczona.

Uzdrawianie jest zatem w dużej mierze konceptualizowane jako eliminowanie przyczyn choroby, ale nie jako tworzenie warunków zdrowotnych. (Simon, 1995)

Aby wyjaśnić treść i formę, należy posłużyć się wyjaśnieniem Detlefsena i Dahlke (1990) w celu rozróżnienia między objawami, chorobą i zdrowiem. Detlefsen i Dahlke używają obrazu, w którym porównują ciało / organizm jednostki ze sceną (formą), na której rozgrywa się tragedia. Chociaż tragedia jest odgrywana na scenie, scena nie może być tragiczna, tragiczny może być tylko utwór (treść). Ale utwór (treść) pojawia się na scenie (forma), w ramach scen, przy użyciu kostiumów, muzyki, aktorów itp. Są to tylko formalne aspekty, które coś wyrażają, ale nie sama treść.

Capra (1983) próbuje sformułować zdrowie w przybliżeniu w następujący sposób: "Zdrowie jest subiektywnym doświadczeniem, którego jakość może być intuicyjnie znana, ale nigdy nie może być wyczerpująco opisana lub określona ilościowo". Być może jednak możemy rozpocząć naszą definicję od stwierdzenia, że zdrowie jest stanem dobrego samopoczucia, który pojawia się, gdy organizm funkcjonuje w określony sposób. Opis tego rodzaju funkcjonowania będzie zależał od tego, jak opiszemy organizm i jego interakcję ze środowiskiem... Termin "zdrowie" i związany z nim termin "choroba" nie odnoszą się zatem do precyzyjnie zdefiniowanych jednostek, ale stanowią integralną część ograniczonych i przybliżonych modeli, które odzwierciedlają związek między kilkoma aspektami złożonego i płynnego zjawiska życia.

Po uznaniu względności i subiektywnego charakteru terminu zdrowie, staje się również jasne, że na doświadczenie zdrowia i choroby silny wpływ ma kontekst kulturowy, w którym się ono pojawia ... Ponadto kontekst kulturowy wpływa również na specyficzny sposób, w jaki ludzie zachowują się, gdy zachorują.

W rozumieniu Capry zdrowie jest wyrazem wielorakiej interakcji jednostki z jej rzeczywistością społeczną (makro- i mezosystemami) i wynikającymi z niej mechanizmami generującymi, a także jej subiektywnym spojrzeniem.

W tym sensie zdrowie jest rozumiane w modelu równowagi Peseschkiana jako całość, w której złożone i heterogeniczne treści i oczekiwania mają być zintegrowane w zależnościach wielowymiarowej rzeczywistości

w celu zapewnienia indywidualnych, satysfakcjonujących odpowiedzi na różnorodne wymagania, warunki i sytuacje.

Model równowagi Peseschkiana jest metaforą całości i zdrowia. W ten sposób złożone zależności, takie jak zdrowie, stają się dostępne wizualnie i intuicyjnie, co nie jest wystarczająco satysfakcjonujące w przypadku samej komunikacji. Jednocześnie model ten pozostaje niejednoznaczny i może jednak podsumowywać różne i złożone obszary z punktu widzenia podobieństw.

Aby być zdrowym, ludzie potrzebują elastyczności i chęci do aktywnego działania. Potrzebuje wiedzy na temat możliwości kształtowania i podejmowania decyzji. Im bardziej dynamicznie dana osoba nauczyła się wykorzystywać i rozwijać swoją energię w ramach czterech obszarów modelu równowagi, tym większa jest jej elastyczność i alternatywy reagowania na problemy i nowe wyzwania. W wyniku tego dynamicznego aktu równoważenia, Peseschkian postrzega zdrowie jako subiektywne poczucie dobrego samopoczucia, które daje pomagającemu możliwość doświadczania swoich fizycznych (ciało), psychologicznych (wydajność, kontakt) i intelektualnych (wyobraźnia / przyszłość) zdolności, które współpracują pozytywnie ze środowiskiem naturalnym (zwierzęta, rośliny itp.) i społecznym (kontakt). Umożliwiłoby to tej osobie zaakceptowanie faz kryzysu jako naturalnych interwałów życiowych - jako doliny między dwiema górami. Peseschkian (2016) zakłada, że zdolność jednostek do pomagania sobie jest bardziej prawdopodobna, gdy ludzie wiedzą, jak wykorzystać swoją energię i potrzeby.

W tym kontekście model równowagi może pomóc ludziom zorientować się i uzyskać kompas zdrowia, aby zorganizować samopomoc.

Wnioski

Zdrowie można rozumieć jako subiektywną konstrukcję, która jest kształtowana przez proces socjalizacji. Ponadto nawyki kulturowe udoskonalają rozwój osobowości. Prowadzi to do oczywistego postrzegania samego siebie. Ale w rzeczywistości to tylko nawyki oparte na względnych powtórzeniach w kulturowo-społeczno-indywidualnej przestrzeni życiowej stają się rodzajem surowego prawa określającego, jak rozumiem, co powinienem robić, a czego nie, aby być sobą. Proces ten odbywa się w dużej mierze nieświadomie, w sensie nawyku.

Rozumienie zdrowia i choroby jest również kształtowane przez indywidualne konstrukcje rzeczywistości. Rozwój ten staje się problematyczny, gdy jednostka rozumie nawyki jako jedyny sposób na bycie sobą, nawet wbrew swoim emocjom i potrzebom, tylko dlatego, że wierzy, że tak musi być. W rezultacie jednostka ogranicza swój kreatywny proces myślenia o nowych możliwościach, które do tej pory istniały poza jej własną rzeczywistością, ale do tej pory były uważane za niedozwolone przez moją koncepcję siebie.

Jeśli jednak pragnień i potrzeb nie da się pogodzić z możliwościami twórczymi, z jednej strony pojawiają się symptomy,

wyrażanie niezaspokojonych potrzeb, a z drugiej strony informacja o braku kreatywności, niedostatecznym wykorzystywaniu nowych możliwości. Efektem jest nieświadome samoograniczanie możliwości pozostawania w nawykach, które nie godzą w potrzeby jednostki.

Zrozumienie modelu równowagi w psychoterapii pozytywnej jest zatem również zaproszeniem do myślenia "poza pudełkiem" dotychczasowej rzeczywistości i prośbą o pogodzenie swoich potrzeb z samym sobą, z czego pośrednio wynikałoby zdrowie i zadowolenie z życia.

Referencje

[1] **ANTONOVSKY, A.** (1979). *Zdrowie, stres i radzenie sobie: [Nowe perspektywy dobrostanu psychicznego i fizycznego]*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

[2] **ANTONOVSKY, A.** (1984). *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. In: Matarazzo, J.D. e.a.: Behavioral Health: A handbook of health and enhancement and disease prevention.* New York. pp. 114-129.

[3] **ANTONOVSKY, A.** (1993). *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung* [Badania nad zdrowiem a badania nad chorobą]. In: Franke, A./ Broda, M. (Hg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen. S. 3-14.

[4] **BECKER, P.** (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle* [Zdrowie psychiczne i kontrola zachowania]. Wahlstedt: Hogrefe.

[5] **BERGER, PETER L., & LUCKMANN, T.** (1963). "*Socjologia religii i socjologia wiedzy". W Socjologia i religia*: A Book of Readings, pod redakcją Normana Birnbauma i Gertrude Lenzer, 410-418. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

[6] **CAPRA, F.** (1983). *The Tao of Physics*. Boston: Shambhala Publications.

[7] **DAMASIO, A. R.** (2000). *The feeling of what happens - Ciało i emocje w tworzeniu świadomości.* New York: Mariner Books.

[8] **DENEKE, F.-W.** (2001). *Psychische Struktur und Gehirn - Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten* [Struktura psychiczna i mózg - The Verlag. 286 s.

[9] **DETHLEFSEN, T., DAHLKE , R.** (1990). *The Healing Power of Illness: The Meaning of Symptoms and how to Interpret Them*.Element Books Ltd. (1990). 288 p.

[10] **DÖNER K., PLOG U., BOCK, T, BRIEGER, P., HEINZ, A., WENDT F**. (2017). *Irren ist menschlich: Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie* [Błądzić jest rzeczą ludzką: podręcznik psychiatrii i psychoterapii]. Psychiatrie Verlag, Köln 1978, 1984, 2002, 2017.

[11] **JASPERS, K.** (1913). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen.* [Ogólna psychopatologia. Przewodnik dla studentów, lekarzy i psychologów]. Berlin: J. Springer. 338 s.

[12] **JORK, K., / PESESCHKIAN, N.** (2006). *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden - gesund bleiben* [Salutogeneza i pozytywna psychoterapia. Bądź zdrowy - bądź zdrowy]. Bern: Hogrefe AG; 2., aktualisierte und ergänzte Edition. 297 s.

[13] **KRAUSE, R.** (1992). *Psychodynamik der Emotionsstörungen - eine psychoanalytische Perspektive* [Psychodynamika zaburzeń emocjonalnych
- A Psychoanalytic Perspective]. Stuttgart: Kohlhammer. 276 s.

[14] **PESESCHKIAN, N., REMMERS, A.** (2020). *Psychoterapia pozytywna: Wprowadzenie*. W: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (red.) Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2.

[15] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *W poszukiwaniu sensu: Positive Psychotherapy Step by Step,* Bloomington, USA: AuthorHouse UK.

[16] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy,* Bloomington, USA: AuthorHouse *UK.*

[17] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Oriental Stories as Techniques in Positive Psychotherapy*, Bloomington, USA: AuthorHouse UK.

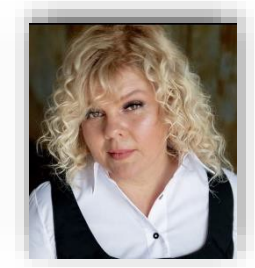
[18] **SIMON, H. A.** (1995). Racjonalność w zachowaniach politycznych. *Political Psychology 16 (1). pp. 45-61.* DOI: 10.2307/3791449.

[19] **THE OXFORD-DUDEN GERMAN DICTIONARY**: niemiecko-angielski, angielsko-niemiecki (1963) pod redakcją Dudenredaktion i Sekcji Niemieckiej Działu Słowników Oxford University Press; główni redaktorzy,
W. Scholze-Stubenrecht, J.B. Sykes; Oxford: Clarendon Press; New York: Oxford University Press.

[20] **WATZLAWICK, P.** (2005). *Wie wirklich ist die Wirklichkeit?: Wahn, Täuschung, Verstehen* [Jak prawdziwa jest rzeczywistość?: Złudzenie, oszustwo, zrozumienie]. Piper Taschenbuch; 19. Edition. 256 s.

[21] **WEIL A.** (1991). *Zdrowe życie (Zapytaj dr Weil*): Ivy Books; 1st ed. 85 str.

SAMOBÓJCZE STANY OSOBOWOŚCI: BADANIA I PERSPEKTYWA NAUKOWA



Oksana Kovanda
Doktor, prywatna praktyka (Odessa, Ukraina) Podstawowy konsultant PPT
E-mail:
neiro.psicho.game@gmail.com

Otrzymano 16.11.2020.
Zaakceptowano do publikacji 25.01.2021. Opublikowano 01.02.2021.

Streszczenie

Niniejszy artykuł został napisany na podstawie materiału dysertacji na stopień naukowy kandydata nauk psychologicznych (doktora), na podstawie odręcznie napisanego materiału. Tematem rozprawy doktorskiej jest "Społeczna i psychologiczna korekta stanów samobójczych u osób w wieku dojrzałym". Teoretyczno-metodologiczna analiza podejść do problemu zaburzeń samobójczych u osób dorosłych została przeprowadzona w nowoczesnym środowisku naukowym. Uzasadniono, że stan samobójczy oznacza tymczasową, sytuacyjną lub wewnętrznie uwarunkowaną dezintegrację osobowości, która pojawia się, gdy człowiek widzi, że niemożliwe jest przezwyciężenie przeszkód w osiąganiu celów życiowych za pomocą metod ukształtowanych na podstawie wcześniejszych doświadczeń życiowych. Wskazuje się, że stan samobójczy może przejawiać się oznakami spadku i braku elastyczności integracji społecznej, co prowadzi do naruszeń w sferze interpersonalnej, społecznej i zawodowej osobowości. Przeprowadzona analiza pozwoliła zidentyfikować charakterystyczne cechy warunków samobójczych na obecnym etapie rozwoju stosunków społecznych i gospodarczych oraz zidentyfikować charakterystyczne cechy takich warunków, które wskazują na zamiary samobójcze. Istotne jest to, że w celu określenia rzeczywistego ryzyka samobójstwa u osób dorosłych konieczne jest uwzględnienie nie tylko czynników, które przyczyniają się do samobójstwa, ale także predyktorów, które powstrzymują stany samobójcze i działają jako czynniki ochronne przed samobójstwem.

Na podstawie badań przeprowadzonych w materiale rozprawy zaznaczono związek rzeczywistych zdolności osoby i sposobów przetwarzania konfliktu, które mogą prowadzić do powstawania i przejawiania reakcji behawioralnych, w wyniku których mogą wystąpić nieodwracalne konsekwencje w postaci samobójstwa. W rezultacie artykuł analizuje temat rzeczywistych zdolności osoby, które pomagają radzić sobie z opresyjną sytuacją, pozornie nierozwiązywalną. Szczególną uwagę w artykule zwrócono na fakt, że dzięki rzeczywistym zdolnościom możliwe jest ukształtowanie nowych poglądów na konflikt prowadzący do myśli samobójczych i ukształtowanie nowej wizji "niedopuszczalnej" sytuacji konfliktowej. Podkreślono i opisano charakterystyczne cechy metody PPT skoncentrowanej na konflikcie; stosując pozytywną interpretację objawu wynikającego z wysoce stresującej sytuacji, możliwa staje się zmiana ludzkiej kondycji z "trudnej" na "rozwiązywalną" i dezaktywacja intensywności myśli samobójczych, co w konsekwencji zmniejsza ryzyko i prawdopodobieństwo realizacji myśli samobójczych. Rozpacz i chęć zakończenia życia ustępują, co daje nadzieję na zmianę sytuacji życiowej dzięki nowo rozwiniętym umiejętnościom.

Zasada nadziei jest niezwykle ważna i stanowi jedną z podstawowych koncepcji PPT. W artykule prześledzono, że dzięki zastosowaniu zachęty sytuacyjnej i rozszerzeniu celów możliwe staje się zidentyfikowanie indywidualności i wyjątkowości danej osoby, wyjaśnienie perspektyw życiowych na przyszłość, które nieuchronnie doprowadzą do odkrycia twórczych potencjałów tkwiących w tej osobie, które zostały wyparte lub stłumione przez sytuacje ostrego (makro) lub przewlekłego (mikro) stresu i traumy, co spowodowało "myślenie tunelowe", które stworzyło poczucie "beznadziejności" i brak wyjścia z obecnej sytuacji.

Na podstawie badania stwierdzono, że zastosowanie metody PPT w pracy z osobami o skłonnościach samobójczych daje duże perspektywy zmian w zakresie zdolności poznawczych osobowości, jej percepcji i reakcji na sytuacje stresowe, a także nabywania nowych znaczeń życia i innych wyobrażeń o jego jakości.

Słowa kluczowe: osobowość, stany samobójcze, zachowania samobójcze, suicydokineza, psychoterapia pozytywna

Wprowadzenie

Znaczenie tematu badań. Obecność stanów samobójczych i częstotliwość dokonanych samobójstw są jednymi z najbardziej obiektywnych wskaźników złego stanu zdrowia psychicznego, dobrostanu społecznego i jakości życia. Jednocześnie badania nad problemem uwarunkowań samobójczych muszą mieć charakter interdyscyplinarny i stają się możliwe tylko wtedy, gdy uznaje się, że takie uwarunkowania są wynikiem szeregu czynników społeczno-kulturowych i psychologicznych, które charakteryzują przestrzeń zwaną "społeczeństwo - mikrosocjum - osoba". Oznacza to, że pomimo ich "indywidualności", uwarunkowania samobójcze nie mogą być lekceważone jako uwarunkowane czynnikami społecznymi.

Należy zauważyć, że tylko jedna czwarta osób, które popełniły samobójstwo, cierpiała na chorobę psychiczną, co oznacza, że odsetek niepatologicznych samobójstw rośnie.

W związku z tym ważne jest zoptymalizowanie systemu wsparcia społeczno-psychologicznego dla osobowości, mającego na celu przezwyciężenie czynników stymulujących jej aktywność samobójczą.

Zauważono, że zestaw badań empirycznych czynników społeczno-psychologicznych stanów samobójczych koncentruje się głównie na badaniu specyfiki systemu bliskich relacji między osobą samobójczą a jej sferą wartości i znaczenia.

Warstwa społeczno-psychologiczna badań uwarunkowań suicydalnych dotyczy w większym stopniu mikrosocjum, czyli najbliższego otoczenia osoby samobójczej, najczęściej rodziny. Jednocześnie psychologiczna analiza osobowości jest niemożliwa bez analizy systemu jej znaczących relacji i badań strukturalnych w sferze motywacji i potrzeb, ponieważ motywy zachowań samobójczych i prób samobójczych w dużej mierze zależą od stanu procesów społeczno-politycznych i ekonomicznych zachodzących w społeczeństwie.

Metodologia

Jak wykazała analiza, problem wczesnej diagnostyki stanów samobójczych u dorosłych jest niezwykle aktualny.

Szczególnie groźny jest okres najbliższego roku, w wyniku którego osoby skłonne do samobójstwa powinny znaleźć się w grupie najwyższego ryzyka. Wymaga to skutecznego profesjonalnego nadzoru i ukierunkowanej korekty społecznej i psychologicznej nawrotów samobójczych, opartej na indywidualnej prognozie kryzysu. Tymczasem wyniki specjalnych badań psychodiagnostycznych tego rodzaju są praktycznie nieobecne (Kudryavtsev, 2010).

W związku z tym szczególnie ważne jest zidentyfikowanie i ocena cech, czynników osobowych i objawów prognostycznych stanów samobójczych u dorosłych zgodnie

z

psychodiagnostyka - badania mające na celu opracowanie markerów psychologicznych
- predyktorów ryzyka samobójstwa i skutecznych środków społeczno-psychologicznych korygujących takie uwarunkowania. Zastosowano główne psychodiagnostyczne metody identyfikacji społecznych i psychologicznych markerów stanów samobójczych:

- Wywiad motywacyjny, który ujawnił główne bodźce i zwerbalizowane znaczenia zachowań samobójczych w wieku dorosłym, poziom świadomości komponentów motywacyjnych oraz postawę wobec tendencji samobójczej (Kudryavtsev, 2012);
- metody określania poziomu konfliktu motywacyjnego i osobistego;
- skala depresji (Beck, Ward & Mendelson, 1961);
- skala lęku (Beck & Steer, 1993);
- skala beznadziejności (Beck, 1974; 1975);
- skala myśli samobójczych (Beck, 1988);
- test oceny ryzyka samobójstwa (Patterson, 1983);
- metody diagnostyki strategii radzenia sobie i ochrony (Libina, 1998);
- skala subiektywnej oceny zadowolenia z życia (Libina, 1998);
- kwestionariusz struktury temperamentu (Rusalov, 1990);
- test M. Luchera (1985; 2010);
- technika mediów masowych (Sobchik, 2000).

Celem badania była identyfikacja i ocena czynników społeczno-psychologicznych i prawidłowości stanów samobójczych osób dorosłych na podstawie danych z badania psychodiagnostycznego w celu określenia społeczno-psychologicznych czynników ryzyka samobójstwa i środków korekty społeczno-psychologicznej.

Aby osiągnąć ten cel, na określonym etapie badań wyznaczono następujące cele:

- Praktyczna walidacja i wybór najbardziej skutecznych metod psychodiagnostycznych, które ujawniają mechanizmy stanów samobójczych osób dorosłych i wiodące kierunki ich korekty społeczno-psychologicznej.
- Odkrywanie wartości prognostycznej wyników testów, identyfikacja kryteriów zwiększonego ryzyka samobójstwa i mechanizmów jego realizacji u dorosłych ze stanami samobójczymi.

Metody diagnostyki psychologicznej miały na celu uzyskanie danych na temat cech sfery emocjonalnej, motywacyjnej i komunikacyjnej osobowości, których obecność mogła mieć znaczenie dla kształtowania się stanów suicydalnych u badanych.

Procedura badawcza polegała na pomiarze na jednej i tej samej próbie trzech rzędów zmiennych - strategii radzenia sobie i strategii ochronnych, cech temperamentu i cech temperamentu.

subiektywne oceny zadowolenia z życia, siebie i relacji z innymi.

W celu przeprowadzenia eksperymentalnej części badań opracowano zestaw metod, które były adekwatne do celu pracy - zbadania społeczno-psychologicznej specyfiki stanów samobójczych osób dorosłych oraz odkrycia różnic indywidualnych w strategiach interakcji respondentów ze złożonymi sytuacjami życiowymi. W ten sposób, na etapie tworzenia badania, określono społeczno-psychologiczną specyfikę uwarunkowań samobójczych u osób dorosłych. Dobrowolny udział w badaniu i gwarantowana anonimowość wyników zapewniły najbardziej optymalną formę eksperymentu psychodiagnostycznego i wykluczyły takie czynniki, jak presja społeczna i pożądanie społeczne. Tym samym organizacja warunków eksperymentu spełniała kryteria niezbędne dla ważności badania naukowego.

Badania empiryczne zostały przeprowadzone w Naukowo-Praktycznym Centrum Medyczno-Społecznych i Psychotechnologii, Centrum Leczenia Odwykowego i Rehabilitacji Weteranów Wojny, Centrum Zdrowia Psychicznego, Ukraińskim Północno-Wschodnim Instytucie Medycyny Stosowanej i Klinicznej.

Próba składała się z 132 respondentów (72 (54,5%) mężczyzn i 60 (45,5%) kobiet) w wieku od 35 do 56 lat z tendencjami samobójczymi (z zaburzeniami niepsychotycznymi), które pojawiły się jako reakcja na sytuację stresową (psychiczną, społeczną lub somatogenną). Uczestnicy mieli różny poziom wykształcenia, status rodzinny i finansowy, długość doświadczenia zawodowego.

Biorąc pod uwagę charakter kinezy samobójczej i jej etapowy charakter, wyniki zostały przeanalizowane w ramach dwóch typów (modeli) aktywności samobójczej: przed samobójstwem (myśli samobójcze) i po samobójstwie (niepełne próby samobójcze).

Przy wykorzystaniu skali myśli samobójczych (Beck, 2003) najbardziej pouczające było omówienie tematu czynników zniechęcających (rodzina, przekonania religijne, możliwość kalectwa w przypadku nieudanej próby, nieodwracalność działania itp.), których deskryptory ujawniają poziom kontroli nad tendencjami samobójczymi. Omawiając je, znaczące stwierdzenia większości badanych samobójców oceniono jako wskazujące na zmniejszoną kontrolę nad zachowaniami samobójczymi. Wyznacznikiem ryzyka samobójstwa był brak odniesienia do osobistych wartości, które mogłyby powstrzymać przed samobójstwem. Odniesiono się jedynie do faktycznie zablokowanych (frustrujących) znaczeń odpowiedzialnych za próbę samobójczą lub tych, które ukształtowały poważne zamiary samobójcze. Niektóre czynniki odstraszające zostały ocenione jako cechy formalnie właściwe innym ludziom, ale nieistotne dla respondentów. Wszystko to oznacza, że semantyczne bariery dla przeprowadzenia samobójstwa nie były obecne w umysłach badanych (Kudryavtseva, 2016).

Należy przyznać, że zastosowanie skali A. Becka (Beck, 2003) wyraźnie wskazuje na zaprzeczanie myślom samobójczym. Jej wyniki pozwalają ustalić brak lub semantyczną niewystarczalność osobistych czynników powstrzymujących przed samobójstwem, tj. zobiektywizować ukryte zagrożenie nawrotem aktywności samobójczej (I. Kudryavtsev 2016). Wykazano, że stosowanie ogólnie przyjętych skal ryzyka samobójstwa A. Becka i W. Pattersona ma szereg konstruktywnych ograniczeń (Kudryavtsev, 2012).

Wskaźniki subiektywnej oceny ryzyka, takie jak stan beznadziejności, nie mogą w pełni i niezawodnie różnicować wysokiego poziomu ryzyka samobójczego.

Należy zauważyć, że metodologia diagnostyki strategii radzenia sobie i ochrony (Libina, 1998) opiera się na różnicowej i psychologicznej klasyfikacji strategii radzenia sobie ze złożonymi sytuacjami życiowymi.

Do analizy ilościowych wskaźników zachowań ochronnych i kopiujących wykorzystano wartości skal mierzących nasilenie każdej z 18 strategii zachowań ochronnych i 18 strategii zachowań kopiujących. Ekspresję strategii oceniano na pięciopunktowej skali, gdzie 1 punkt odpowiadał minimalnej, a 5 punktów - maksymalnej wartości skali.

M. W badaniu wykorzystano test Luchera jako metodę służącą do określenia stanu emocjonalno-motywacyjnego dojrzałych osób ze stanami suicydalnymi, poziomu ich aktywności, determinacji, dominujących potrzeb i postaw, a także do określenia stanu stresu. Jak wiadomo, test Luchera należy do dość rzetelnych narzędzi metodologicznych, które można wykorzystać do określenia stanów emocjonalnych i motywacyjnych, poziomu ich aktywności, determinacji i postaw osobistych.

Biorąc pod uwagę charakter suicydokinezy dorosłych i jej etapy, dane analizowano w ramach dwóch modeli aktywności samobójczej: przed samobójstwem (myśli samobójcze) i po samobójstwie (niepełne próby samobójcze).

Wyniki wywiadu motywacyjnego w celu identyfikacji głównych motywów zachowań samobójczych oraz określenia poziomu świadomości ich składowych przez respondentów w obu grupach posłużyły do miarodajnej analizy czynnika psychotraumatycznego.

Wykorzystanie egzystencjalnej analizy treści traumy psychologicznej do rozważań naukowych umożliwiło również ujawnienie poziomu naruszeń nieświadomych mechanizmów percepcji i świadomych mechanizmów jej przetwarzania. To z kolei ujawniło system interakcji ochronnych mechanizmów antystresowych, których znajomość dodatkowo określiła treść programu korekty społeczno-psychologicznej i środków wtórnych.

psychologiczna profilaktyka samobójstw osób dojrzałych z zaburzeniami samobójczymi.

Stwierdzono również, że wraz ze wzrostem nasilenia zaburzeń depresyjnych istnieje tendencja do wzrostu liczby samobójstw z wysokim poziomem lęku osobistego (z ciężką depresją 54,3% z wysokim poziomem lęku) (Tsygankov, 2012), co może wskazywać na jego znaczenie w diagnozie zwiększonego ryzyka samobójstwa.

Jak już wspomniano, najważniejszym tematem wywiadu diagnostycznego było ustalenie możliwości uświadomienia sobie przez respondenta innej, bardziej konstruktywnej (nieautoagresywnej) reakcji na zdarzenie psychotraumatyczne. Stopień i jakość takiej refleksji jest uważana za kryterium ryzyka samobójczego (Kudryavtsev, 2012). Analiza w tym kierunku wykazała, że 66,7% osób w grupach przedsamobójczych nie widzi innej możliwości przedłużenia życia w momencie przeprowadzania wywiadu. Łączą oni decyzję o popełnieniu samobójstwa z chorobą - 28,6%; strachem przed utratą kontroli - 71,4%. W celu zrozumienia źródeł i mechanizmów aktywności samobójczej badanych dojrzałych osób dorosłych istotną wagę przywiązywano do badania poziomu i źródeł napięcia psycho-emocjonalnego oraz analizy cech charakterystycznych dla tej grupy. dojrzałych respondentów z tendencjami samobójczymi.

Wyższy poziom lęku z przewagą komponentów somatycznych stwierdzono w grupie kobiet z niezlokalizowanymi doznaniami somatycznymi.

Do poznawczo-behawioralnych markerów zwiększonego ryzyka samobójczego w grupie pre-samobójców zalicza się także unikanie zaspokajania potrzeb (w ciężkich przypadkach niedorozwój systemu kształtowania potrzeb); strategię radzenia sobie polegającą na unikaniu, która jest szczególnie typowa dla strategii zachowania w konflikcie; niedorozwój i/lub wyczerpanie zasobów, elastycznego systemu realizacji potrzeb. Autoagresja opiera się na sztywnym systemie blokowania i zamrażania w sytuacjach frustrujących. Wiodąca frustrująca potrzeba - wewnętrzne pragnienie wygodnych relacji - nie jest aktywnie manifestowana; treść konfliktów wewnątrzosobowych - niezdolność do wpływania na zmiany w relacjach, które nie są satysfakcjonujące.

Zespół objawów psychogenno-psychotycznych (głębokiego nieprzystosowania) obejmował zaburzenia emocjonalne, fiksacje psychosomatyczne, zjawiska wyczerpania aktywności psychicznej, obecność konfliktu wewnątrzosobowego, nieprzystosowawcze i nieadekwatne reakcje na sytuację psychotraumatyczną, poważne zaburzenia osobowego systemu relacji, nieadekwatność systemów poznawczych i behawioralnych.

Analiza danych wskazuje na związek między aktywnością samobójczą a stanami głębokiej depresji. Ciężkie epizody depresyjne były nie tylko najczęstszymi przyczynami prób samobójczych, ale także miały największy wpływ na ich przebieg.

przewaga w grupie samobójców, determinująca dominację myśli samobójczych w umysłach dorosłych.

Informacyjne i znaczące wyniki uzyskano przy użyciu wskaźników predykcyjnych skali beznadziejności (Beck, 1961; 1988) i skali ryzyka samobójstwa (Patterson, 1983).

Uzyskane wyniki nie wykazały istotnych różnic między grupami osób przed i po samobójstwie w zakresie wskaźników subiektywnej oceny ryzyka jako stanu beznadziejności. Wskazuje to, że wskaźniki skali beznadziejności nie mogą wiarygodnie różnicować dojrzałych osób z realnym ryzykiem samobójstwa.

W związku z tym stosowanie skal ryzyka samobójstwa ma szereg konstruktywnych ograniczeń. Zastosowanie tych skal zapewnia cenną orientację w stanie samobójczym, pozwala określić jego obecność i nasilenie, ale nie ujawnia istoty znaczenia semantycznego. Zastosowanie skal jest możliwe tylko wtedy, gdy respondent zgadza się na nieformalną współpracę z psychologiem i nadaje się głównie do wstępnej oceny orientacji specjalisty, zarówno w budowaniu programu korekty społeczno-psychologicznej, jak i w monitorowaniu uzyskanego efektu psychologicznie korygującego.

Należy uznać, że zastosowanie skali myśli samobójczych A. Becka (Beck, 1961; 1988) najdobitniej pokazuje zaprzeczanie myślom samobójczym. Jej wyniki pozwalają ustalić brak lub semantyczną niewystarczalność osobistych czynników powstrzymujących od samobójstwa, czyli pośrednio zobiektywizować ukryte zagrożenie nawrotem aktywności samobójczej.

Należy zauważyć, że najbardziej informatywnym markerem stanów samobójczych w wieku dorosłym są wyniki dyskusji na temat czynników ograniczających w metodzie A. Becka. Zaletą tej metody jest możliwość bezpośredniej pracy z semantyczną wartością czynników wewnątrzosobowych, które zmniejszają ryzyko samobójstwa.

Tak więc wyniki analizy danych psychodiagnostycznych dotyczących osób z próbami samobójczymi umożliwiają identyfikację i klasyfikację psychologicznych markerów ryzyka nawracających samobójstw, ocenę najbardziej niebezpiecznych kombinacji tych osobistych kompleksów objawów oraz ujawnienie powiązanych istotnych mechanizmów genezy samobójstwa. Uzyskane dane pozwalają nam zidentyfikować ogólne zasady i konkretne metody (narzędzia metodologiczne) korekty społeczno-psychologicznej zarówno we wczesnym okresie po samobójstwie stanu samobójczego, jak i na jego odległych etapach – podczas monitorowania wskaźników prognostycznych.

Badanie zachowań samobójczych za granicą w ciągu ostatnich kilku lat wykazało, że ryzyko zachowań samobójczych zależy od wielu czynników, w tym płci, wieku i różnic rasowych, ale istnieją wspólne czynniki związane z nowoczesnym rozwojem społeczeństwa.

N. Peseschkian (2016) w swojej książce "Psychosomatyka i psychoterapia pozytywna" w rozdziale "Próby samobójcze" pisze, że największą liczbę samobójstw na świecie zarejestrowano w 1988 r. na Węgrzech, na drugim miejscu znalazła się Finlandia, a na trzecim Francja. W Stanach Zjednoczonych około 30 000 osób popełnia samobójstwo każdego roku. Wysoka liczba samobójstw występuje w Japonii. Najniższe wskaźniki samobójstw występują w Grecji i Arabii Saudyjskiej.

Samobójstwa nie występują wśród rdzennych mieszkańców Australii i Tierra del Fuego. W Indiach samobójstwo występuje w formie samopoświęcenia w świętych miejscach (samospalenie wdów sati). Samobójstwa są często spotykane u Eskimosów, gdy osiągają podeszły wiek lub cierpią na choroby przewlekłe. (Peseschkian, 2016).

Wyniki

Jeśli rozpatrujemy zachowania samobójcze przez pryzmat Psychoterapii Pozytywnej, to model równowagi jest tu dobrze osadzony i widzimy, jakie zmiany w rozkładzie energii w sferach życia i w obszarze deficytowym samego modelu występują we wspomnianych wyżej znaczeniach. Utracone lub zniekształcone znaczenia prowadzą do stopniowej deformacji osobowości w kolejnych obszarach aktywności, kontaktów i w efekcie w ciele zachodzą takie zmiany, czasem odwracalne, że powstaje "plan samobójczy" jak to wszystko zakończyć. Wykorzystując model równowagi w procesie terapeutycznym, widzę możliwość zwrócenia uwagi osoby na obszary jej życia z innej perspektywy, rozważenia możliwości dostępnych w jej życiu, znalezienia pozytywnej interpretacji sytuacji i zdarzeń, które mogą pokazać zasoby do poprawy jakości życia, a tym samym uzyskania nowych wizji i znaczeń w tym, co wydaje się niemożliwe do rozwiązania w chwili tu i teraz. Za szczególnie ważny moment uważam również wykorzystanie aktualnych umiejętności w pracy z pacjentem. Najczęściej osoba, nie tylko samobójcza, nie zdaje sobie sprawy z dostępnego potencjału i zasobów, a bardzo ważne jest podkreślenie, że stosując swoją wyłączność i indywidualność, można zmienić życie, dodając radości i kolorów, aby uzyskać nowe znaczenia i pełniejszą treść życia.

Psychoterapia pozytywna jest metodą psychoterapii skoncentrowaną na konflikcie, zorientowaną na zdolności, z humanistycznym podejściem do jednostki. W związku z tym praca z zachowaniami samobójczymi jest ukierunkowana na znalezienie konfliktu, który powoduje myśli samobójcze, ponieważ życie staje się nie do zniesienia, a klient "chce z niego wyjść". Zaburzenie jednostki jest określane jako konflikt z własnym życiem, który jest jego reakcją na wyzwanie środowiska zewnętrznego.

W psychoterapii pozytywnej w centrum uwagi znajdują się rzeczywiste zdolności osoby, której konflikt spowodował zaburzenie, a także te, które pomagają sobie z nim radzić. Objaw, który dana osoba przejawia pod wpływem silnego stresu, który doprowadził do myśli samobójczych, jest jej jedyną możliwą i dostępną reakcją na konflikt z otoczeniem.

jego doświadczeń. Analizując rzeczywiste zdolności, które prowadzą do tej reakcji i specyfikę ich powstawania w trakcie życia, można zmienić te zdolności w procesie terapeutycznym poprzez kształtowanie nowych postaw i umiejętności. W rezultacie reakcje na wydarzenia zmieniają się, a objaw ustępuje.

Najważniejsze w analizie PPT jest:

1 Określenie zakresu i treści konfliktu (ważna jest obecność i częstotliwość mikrourazów).

2 Pozytywna interpretacja objawu. 3 Identyfikacja podstawowego konfliktu.

4 Werbalizacja.

5 Zmiana nawykowego skryptu, który powraca w reakcji na stres.

6 Budowanie umiejętności samopomocy w przypadku wystąpienia stresu.

Pozytywna interpretacja objawu w psychoterapii pozytywnej opisuje podejście do choroby, które różni się nieco od tradycyjnej interpretacji w medycynie i próbuje odkryć w różnych objawach i chorobach pewne znaczenie i funkcję, którą niosą. Oznacza to, że w centrum uwagi znajduje się osoba, osobowość i jednostka, a nie mechanizm, który działa nieprawidłowo i musi być leczony zgodnie z określonym schematem. (Пилявская, 2016) Głównym celem pozytywnej psychoterapii jest zmiana perspektywy pacjenta na jego chorobę i zapewnienie nowych możliwości znalezienia rezerw w walce z dolegliwością. A ponieważ psychoterapia pozytywna opiera się na fakcie, że wiele chorób psychiatrycznych i psychosomatycznych opiera się na konflikcie, zmiana perspektywy objawów lub zespołów pozwala terapeucie (i pacjentowi) podejść do konfliktu w bardziej zróżnicowany sposób.

Aby uzyskać bardziej holistyczne zrozumienie chorób i dolegliwości, należy odpowiedzieć na te pytania:

- Dlaczego i w jakim celu pojawiło się to lub inne zaburzenie funkcjonowania?
- Co kryje się za tym objawem?
- Co ten objaw chce nam powiedzieć?

Podstawą metody PPT jest skupienie się na zasobach, zdolnościach i potrzebach stojących za cierpieniem danej osoby.

Analizując chęć pozbawienia się życia przez pryzmat pozytywnej interpretacji, można dostrzec pragnienie danej osoby do zmiany swojego życia i spojrzenia na nie. Hipotetycznie możliwe są również:

1. Poszukiwanie możliwości poradzenia sobie z sytuacją, która doprowadziła do myśli samobójczych.
2. Znalezienie okazji do bycia zauważonym i zwrócenia na siebie uwagi.
3. Znalezienie okazji do zdystansowania się od trudnej sytuacji.
4. Znalezienie okazji do przezwyciężenia strachu.
5. Znalezienie okazji do pozbycia się przygnębiającego bólu fizycznego lub psychicznego.
6. Sposób na pozbycie się samotności.

Częste obszary konfliktów:

1. Warunki zdrowotne (choroby fizyczne i psychiczne). 2. konflikty w działalności zawodowej.
3. Konflikty rodzinne.
4. Konflikty związane z zachowaniami aspołecznymi (alkohol, narkotyki). 5. konflikty materialne i codzienne (brak środków finansowych, kredyty).
6. Kryzys egzystencjalny (niezrozumienie sensu życia) własne życie i jego dalsze perspektywy).

Sfery te można podzielić zgodnie z modelem równowagi N. Peseschkiana. Model równowagi pokazuje brak równowagi w 4 sferach życia i staje się oczywiste, które sfery są deficytowe, a którym poświęca się szczególną uwagę, i chociaż lokalizacja konfliktu staje się widoczna, treść konfliktu nie została jeszcze ustalona.

Model równowagi jest uniwersalnym narzędziem, które można wykorzystać do przepracowania sytuacji konfliktowej. Chociaż każdy jest indywidualny i wyjątkowy, istnieje wspólny model zachowania, do którego większość ludzi ucieka się, gdy ma do czynienia z konfliktem.

Jeśli pojawiają się problemy, ludzie często się złoszczą, kłócą, czują się niezrozumiani, nie widzą sensu życia, wszystkie te trudności można wyrazić w 4 formach przetwarzania konfliktu, które odpowiadają 4 wymiarom zdolności poznawczych ludzi. Model ten może wyraźnie pokazać, w jaki sposób postrzegamy otaczający nas świat i w jaki sposób go opanowujemy. Kiedy w którymkolwiek z wierzchołków modelu równowagi pojawia się dysharmonia, cała energia z pozostałych pozycji jest wycofywana, aby przywrócić w nim harmonię.

Charakterystyczną cechą psychoterapii pozytywnej jest analiza różnicowa, która traktuje rzeczywiste zdolności jako skuteczny potencjał rozwoju osobistego i rozwiązywania konfliktów (Гончаров). Peseschkian odnosił się do rzeczywistych zdolności jako tych norm zachowania, które są stale stosowane w naszych codziennych relacjach międzyludzkich, a zatem zawsze zachowują rzeczywiste znaczenie. Chociaż rzeczywiste zdolności zaczynają się kształtować już w okresie prenatalnym, nie są one wrodzone ani dziedziczne. Rzeczywiste zdolności kształtują się i przejawiają w zachowaniu danej osoby w zależności od wpływu trzech czynników rozwojowych: cech ciała, środowiska i ducha czasu. (Пилявская 2016)

Koncepcja terapii pozytywnej opiera się na poglądzie, że każdy człowiek ma dwie podstawowe zdolności: zdolność poznawania i zdolność kochania. W zależności od wewnętrznego funkcjonowania jednostki i jej środowiska, zdolności te są zróżnicowane i tworzą odrębną strukturę charakteru. Oznacza to, że wszystkie rzeczywiste zdolności wyrastają z tych podstawowych zdolności i ich rozwoju, które można podzielić na dwie kategorie: pierwotne i wtórne. Pierwotne rzeczywiste zdolności wyrastają ze zdolności do kochania, powstają na bazie relacji emocjonalnych. Jest to zdolność do kochania, do cierpliwości, do poświęcania czasu czemuś, do nawiązywania kontaktów, do okazywania i akceptowania czułości i seksualności.

być w stanie ufać, mieć nadzieję, być w stanie wierzyć i być w stanie wątpić, zdobywać pewność siebie. Rzeczywiste zdolności wtórne rozwijają się ze zdolności poznawczych, które odnoszą się do zdolności działania w świecie, takich jak punktualność, czystość, schludność, posłuszeństwo, uprzejmość, uczciwość/otwartość, lojalność, sprawiedliwość, pracowitość, oszczędność, obowiązkowość, dokładność, sumienność. Rzeczywiste umiejętności stanowią istotę, treść edukacji. Są one nauczane zgodnie z potrzebami społeczeństwa. W zależności od rodziny, środowiska, w którym dana osoba dorastała, niektóre rzeczywiste umiejętności są podkreślane, podczas gdy inne są mniej rozwijane. (Гончаров)

Brak równowagi między oczekiwanym a faktycznie istniejącym może stać się przedmiotem konfliktu, traumy, sprzeczności, powodując irytację, niepokój, agresję, zaburzenia snu. Przyczyną wielu konfliktów interpersonalnych, a w konsekwencji pojawienia się możliwych myśli samobójczych, jest różnica w stopniu rozwoju rzeczywistych zdolności różnych osób. Możliwe jest również przewidywanie możliwych konfliktów poprzez zrozumienie stopnia rozwoju rzeczywistych zdolności.

Wyróżnia się cztery kierunki zachowania w sytuacji konfliktu, cztery modele do naśladowania, które są opisane w formie podstawowego konfliktu:

"Ja" - Jeśli od wczesnego dzieciństwa potrzeby dziecka nie były brane pod uwagę, ignorowane, frustrowane, wówczas kształtuje się postawa "nie jestem wystarczająco dobry", nie kształtuje się własna wartość i znaczenie dla bliskiego otoczenia, w konsekwencji zerwane zostaje podstawowe zaufanie.

"Ty" - Model zachowania rodziców i bliskich osób, ich wzajemne relacje, wyobrażenia o małżeństwie, określają stereotypy zachowania dziecka, które dorastało w tej rodzinie. Stąd różne koncepcje życia.

"My" - Model zachowania kształtuje się zgodnie z obrazem opinii rodziców na temat otaczających ich ludzi.

"Pro-We" - Zachowanie jest zdeterminowane przez ukształtowany światopogląd, religię, tradycje.

Zasada samopomocy odpowiada 5-stopniowemu modelowi stosowanemu jako strategia harmonizacji, adaptacji i rozwoju osobowości, - najpierw w procesie samej psychoterapii, a następnie w dalszym procesie samopomocy osoby dla siebie i swojego otoczenia. Chcę zauważyć, że powtarzające się działania samobójcze nadal stanowią problem, dlatego ważnym krokiem w psychoterapii jest rozwój umiejętności samopomocy.

1. Obserwacja.
2. Inwentaryzacja.
3. Uspokojenie sytuacji.
4. Werbalizacja.
5. Rozszerzenie celu.

Ostatnim etapem psychoterapii jest ekspansja celu, kiedy interakcja między psychoterapeutą a pacjentem jest ukierunkowana na uświadomienie sobie, że energia życiowa musi być inwestowana nie tylko w konflikty, ale także w inne obszary życia. "Druga osoba" często przynosi konflikty, trudności, problemy i kryzysy. Jednocześnie daje szansę na dalszy rozwój osobisty i adekwatne rozwiązanie tych konfliktów.

Zalety psychoterapii pozytywnej są następujące:

1. Terapia skoncentrowana na konflikcie (w przeciwieństwie do terapii skoncentrowanej na objawach).
2.Krótkoterminowe (10 sesji doradztwa i 50 sesji terapii).
3.Uniwersalne zastosowanie do problemów. 4. transkulturowość.
5. traktuje jednostkę jako holistyczny system. 6.Wykorzystanie metafor, przypowieści jako narzędzia.
7.Daje klientowi aktywną rolę.
8. koncentruje się na przyszłości.
9.Zajmuje się problemami terapeutów.
9.Radzi sobie z problemami terapeutów podczas ich sesji superwizyjnych.

Wyniki analizy w mojej pracy doktorskiej (które zostały odzwierciedlone w artykule) wykazały, że stopień refleksji, głębokość zrozumienia związku między psychologicznie traumatycznym wydarzeniem a późniejszymi aktami psychicznymi i behawioralnymi jest najważniejszym kryterium ryzyka samobójczego na poziomie społecznym i psychologicznym.

Materiał zawarty w rozprawie zwraca uwagę na fakt, że jednym z marginalnych wariantów niestabilności neuropsychiatrycznej jest skłonność do autoagresji (Zotov, 2002). Złożoność tego problemu polega na tym, że zachowania samobójcze są niezwykle trudne do zdiagnozowania, ponieważ głównymi narzędziami diagnostycznymi są wywiady i metody samoopisowe (Popov, 2009). Jednocześnie wiele osób starannie ukrywa swoje myśli i doświadczenia samobójcze, starając się uciec od życia przy minimalnym wcześniejszym rozgłosie.

W związku z tym chciałbym zauważyć, że główną zasadą pomocy dojrzałym osobom, które mają skłonności samobójcze, powinien być indywidualny wybór kierunku i metody korekty społeczno-psychologicznej z rozsądną kombinacją lub stopniową przewagą różnych metod, a także uwzględnienie każdego konkretnego stanu samobójczego. Jednocześnie znajomość specyfiki dynamiki zachowań samobójczych i indywidualnych psychologicznie ważnych elementów kinezy samobójczej pozwala nam prowadzić lepiej zróżnicowaną i skuteczną pracę indywidualną, która jest ważna w zapobieganiu stanom samobójczym.

Wnioski

Analiza uwarunkowań i przyczyn stanów samobójczych u osób dorosłych dała możliwość wyodrębnienia społeczno-psychologicznych czynników tych stanów z uwzględnieniem poziomu ryzyka samobójczego w określonym wieku ontogenezy. Ustalono, że najważniejszymi czynnikami interindywidualnymi są: psychoza i zaburzenia psychiczne z pogranicza; deklaracje samobójcze, powtarzające się działania samobójcze, wczesny okres po samobójstwie; ekstremalne, zwłaszcza marginalne warunki (w szczególności uwięzienie), samotność; utrata prestiżu społecznego; obniżenie statusu społecznego, poziomu dobrobytu materialnego; sytuacje konfliktowe i psychotraumatyczne; utrata bliskich, osoby odniesienia; zachowania obciążone lub zależne. Czynniki wewnątrzosobnicze obejmują: związane z wiekiem zmiany w organizmie ze zwiększonym samobójczym wpływem czynników somatycznych; przewagę epileptoidalnych i cykloidalnych typów charakteru; zmniejszoną tolerancję na stres emocjonalny, depresję, gorsze systemy kontaktu komunikacyjnego; nieadekwatną samoocenę osobistych możliwości; brak lub utratę postaw określających wartości życia; ograniczone perspektywy życiowe.

Referencje

[1] **BECK, A., KOVACS, M., WEISSMAN A.** (1975). Beznadziejność i zachowania samobójcze. An overview. *JAMA*. Vol. 234. pp. 1136-1139.

[2] **BECK, A., WEISMAN, A., LESTER, D., TREXLER, L**. (1974). Pomiar pesymizmu: skala beznadziejności. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 42. pp. 861-865.

[3] **BECK, A.T., FREEMAN, A., DAVIS, D. D**. (2003). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości: Disorders*. The Guilford Press. 412 p.

[4] **BECK, A.T., STEER, R.A.** (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company. str. 12 - 80.

[5] **BECK, A.T., STEER, R.A., RANIERI, W.** (1988). Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 44. pp. 499-505.

[6] **BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M.** et al. (1961). Inwentarz do pomiaru depresji. *Arch. Gen. Psychiatry*. Vol. 4. pp. 561-571.

[7] **LÜSCHER, M.** (1985). Der Lüscher-Test. Persönlichkeitsbeurteilung durch Farbwahl. Rowohlt: Reinbek. 171 p.

[8] **PATTERSON, W.M., H.H. DOHN, J. PATTERSON** et al. (1983). Ocena pacjentów z tendencjami samobójczymi: skala osoby smutnej. *Psychosomatics*. Vol. 24, № 4. pp. 343-349.

[9] **PESESCHKIAN, N** (2016). *Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy,* Bloomington, USA: AuthorHouse *UK.*

[10] **ГОНЧАРОВ, М.А. [GONCHAROV, M.A.]** Дифференциальный анализ в терапии суицидального поведения [Analiza różnicowa w terapii zachowań samobójczych]. Центр позитивной психотерапии СРР. Retrieved from: http://www.cpprussia.ru/ru/center/science/science2

[11] **ЗОТОВ, М.В., ПЕТРУКОВИЧ, В. М. [ZOTOV, M. V., PETRUKOVICH, V. M.]** (2002). Внимание к мотивационно значимым стимулам как основа методического подхода к исследованию мотивации и его реализация на примере оценки суицидальных тенденций [Uwaga na motywację-...].Znaczące bodźce jako podstawa metodycznego podejścia do badania motywacji i jej realizacji na przykładzie oceny trendów samobójczych]. *Современная психология:*

состояние и перспективы" (тезисы докладов на юбилейной научной конференции Института психологии РАН, М. Т.1, С. 264-266.

[12] **КОВАНДА, О. В. [KOVANDA, O. V.]** (2020). *Соціально-психологічна корекція суїцидонебезпечних станів особистості зрілого віку*: *дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук* [Korekta społeczno-psychologiczna stanów zagrożenia samobójstwem osobowości dorosłych: rozprawa na stopień doktora nauk psychologicznych]. Сєвєродонецьк: Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля. 238 с.

[13] **КОЛМОГОРОВА, В. В., ЛУГОВЫХ Н. А., ЗАБОЗЛАЕВА И. В., ПИЛЯВСКАЯ, О. И. [KOLMOGOROVA, V. V., LUGOVYKH N. A., ZABOZLAYEVA I. V., PILYAVSKAYA, O. I.]** (2016). Позитивная Психотерапия: учебное пособие для слушателей системы дополнительного профессионального образования врачей и смежных специальностей [Psychoterapia pozytywna: podręcznik dla studentów systemu dodatkowego kształcenia zawodowego lekarzy i specjalności pokrewnych]. ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии. С. 12 - 17.

[14] **КУДРЯВЦЕВ, И.А. [KUDRYAVTSEV, I.A.]** (2016). Психодиагностика суицидального риска как критерий недобровольной госпитализации психически больных в системе профилактики их общественно опасного поведения [Psychologiczna diagnostyka ryzyka samobójstwa jako kryterium dobrowolnej hospitalizacji osób chorych w systemie profilaktycznego leczenia opartego na zachowaniach społecznych]. *Суицидология: научный и практический журнал*. Nr 4 (25). С.10- 22.

[15] **КУДРЯВЦЕВ, И.А., ДЕКАЛО, Е. Э. [KUDRYAVTSEV, I. A., DECALO, E. E.]** (2012). Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики [Czynniki psychologiczne i mechanizmy genezy samobójstw jako kryteria ryzyka samobójstwa i ukierunkowanego leczenia zapobiegawczego]. *Суицидология: научный и практический журнал*. Nr 2. С.3-11.

[16] **КУДРЯВЦЕВ, И.А., ИВАННИКОВА, Н. М. [KUDRYAVTSEV, I. A., IVANNIKOVA, N. M.]** (2010). Психодиагностика постсуицида [Ocena psychologiczna po samobójstwie]. *Российский психиатрический журнал*. М. Nr 6. С.11-15

[17] **ЛИБИНА, Е. В., ЛИБИН, А. В. [LIBINA, E. V., LIBIN, A. V.]** (1998). Стиль реагирования в сложных ситуациях [Styl reagowania na skomplikowane sytuacje]. В кн: Либин А. В. (Ред). Стиль человека: психологический анализ [Human Style: Psychological Analysis]. М.: Смысл.

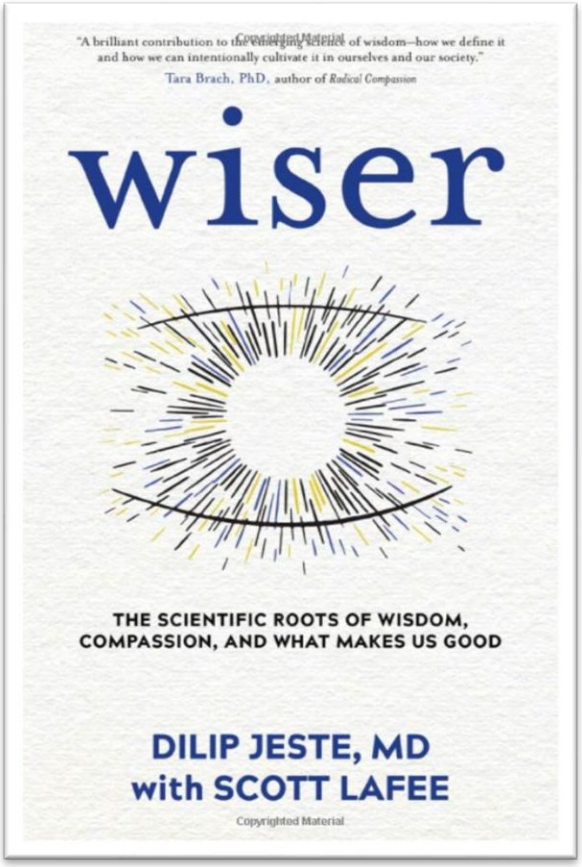
[18] **РУСАЛОВ, В. М. [RUSALOV, V. M.]** (1990). *Опросник структуры темперамента* [Badanie struktury temperamentu]. М., IPRAN. 55 с.

[19] **СОБЧИК, Л. Н. [SOBCHIK, L. N.]** (2000). *Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики* [Wprowadzenie do psychologii indywidualności. Teoria i praktyka psychodiagnostyki]. М. IPP-ISP. 512 с.

[20] **ЦЫГАНКОВ, Б.Д., ВАУЛИН, С.В. [TSYGANKOV, B.D., VAULIN, C.B.]** (2012). *Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение): монография* [Samobójstwa i próby samobójcze (klinika, diagnostyka, leczenie): monografia]. Смоленск: СГМА. 232 с.

RECENZJA KSIĄŻKI

Erick Messias
MD, MPH, PhD, Professor of Psychiatry
Associate Dean for Faculty Affairs
University of Arkansas for Medical Sciences
Little Rock, AR, USA
ELMessias@uams.edu



MĄDRZEJSZY: NAUKOWE KORZENIE MĄDROŚCI, WSPÓŁCZUCIA I TEGO, CO CZYNI NAS DOBRYMI

Dilip Jeste, MD
& Scott Lafee

Sounds True, 2020
336 stron
ISBN-10 : 1683644638
ISBN-13 : 978-1683644637

Ponad dziesięć lat temu dr Dilip Jeste - uznawany za ojca założyciela psychiatrii pozytywnej - opublikował artykuł naukowy porównujący konceptualizację mądrości w starożytnym indyjskim tekście Bhagavad Gita ze współczesnymi koncepcjami mądrości (Jeste i Vahia, 2008). W tym wstępnym wejściu znaleziono kilka podobieństw, w tym wiedzę o życiu, regulację emocjonalną, wgląd i współczucie, a także różnice w nacisku na kontrolę pragnień i wyrzeczenie się materialistycznych przyjemności. Po tym badaniu porównawczym nastąpił przegląd neurobiologii mądrości, w którym kora przedczołowa zajmuje ważne miejsce jako regulująca obszary limbiczne i prążkowia (Meeks i Jeste, 2009). W następnym roku dr Jeste koordynował konsensus ekspertów w sprawie charakterystyki mądrości, w którym wymieniono takie stwierdzenia, jak "cecha osobista", "rzadka", "oparta na doświadczeniu", "wyuczona", "forma zaawansowanego rozwoju emocjonalnego / poznawczego" i co ważne, jako mierzalna (Jeste i in., 2010). Kilka lat później prace były kontynuowane, proponując indywidualną mądrość jako mechanizm wyjaśniający paradoks zwiększonego dobrostanu pomimo gorszego zdrowia fizycznego w starszym wieku (Jeste i Oswald, 2014). Pomiar mądrości został zbadany przez dr Jeste w dwóch kolejnych pracach, po pierwsze poprzez opracowanie krótszej wersji 39-punktowej Trójwymiarowej Skali Mądrości (3D-WS) do 12-punktowej wersji 3D-WS-12 (Thomas i in., 2017); a po drugie wraz z opracowaniem Skali Mądrości San Diego (SD-WISE) (Thomas i in., 2019). Cały ten wybitny dorobek jest teraz dostępny dla ogółu odbiorców i praktyków zdrowia psychicznego w książce "*Mądrzejszy: naukowe korzenie mądrości, współczucia i tego, co czyni nas dobrymi*" (Jeste i LaFee, 2020). Książka składa się z trzech części: "Czym jest mądrość?", "Składniki mądrości" oraz "Wzmacnianie mądrości praktycznej i społecznej".

W pierwszej części książki autorzy uznają niemieckiego psychologa Paula Bartesa i jego współpracowników za jednych z pierwszych, którzy opracowali teorię rozwoju człowieka w odniesieniu do mądrości, tworząc Berlin Wisdom Project - model, który według autorów kładł duży nacisk na wiedzę i poznanie. Po tej pracy nastąpiły prace w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, które doprowadziły do

lepszego wglądu w mądrość i rozwój.

jego wiele komponentów. Ostatecznie ten zbiór prac wskazał na te wiele komponentów, takich jak: postawy i zachowania prospołeczne - takie jak empatia i współczucie; regulacja emocjonalna; zdecydowanie przy jednoczesnym uznaniu niepewności życia; wgląd i autorefleksja; oraz podejmowanie decyzji społecznych w oparciu o pragmatyczną wiedzę o życiu; z duchowością dodaną po dalszych rozważaniach. Po rozdziale poświęconym definicji mądrości i jej składnikom następuje rozdział poświęcony neuronauce mądrości, następnie związkowi między mądrością a wiekiem, a na końcu rozdział poświęcony jej pomiarowi. Ostatni rozdział Części 1 jest ważny, ponieważ zawiera elementy Skali Mądrości San Diego - która może być również dostępna na stronie sdwise.ucsd.edu.

Część 2 poświęca rozdział każdemu z proponowanych komponentów mądrości: współczuciu, regulacji emocjonalnej, decyzyjności w obliczu niepewności, autorefleksji i duchowości. Wszystkie te rozdziały mają podobną strukturę: tło, w tym kontekst historyczny, społeczny i naukowy; definicje; miary; i biologia; a następnie konkretne interwencje mające na celu manipulowanie i wzmacnianie każdego komponentu. Rozdziały te są bogate w informacje, a jednocześnie zawierają historie i anegdoty, które znacznie ułatwiają i uprzyjemniają czytanie.

Trzecia część książki poświęcona jest praktykom mającym na celu zwiększenie praktycznej i społecznej mądrości i zawiera dwa rozdziały: "Szybsze stawanie się mądrzejszym", "Wzmacniacze mądrości: narkotyki, gadżety i sztuczna mądrość?" oraz "Przyszłość mądrości: przejście od mądrości indywidualnej do społecznej". Te ostatnie rozdziały jasno określają ambicje tego projektu, który w ostatecznym rozrachunku wskazuje na uczynienie społeczeństwa mądrzejszym. Tutaj autorzy wykorzystują starzenie się społeczeństw, aby spekulować, czy te dodatkowe lata życia przyczyniły się do powstania mądrzejszych społeczeństw. Jury wciąż nie odpowiedziało na to pytanie.

Jednym z potencjalnych ograniczeń książki jest skupienie się autorów na odniesieniach do języka angielskiego i społeczeństw zachodnich. Pozostaje jeszcze wiele do zrobienia, aby zastosować te koncepcje mądrości w jak najszerszym zakresie dzisiejszej ludzkości, w tym w dużych kontyngentach żyjących w Chinach, Japonii i wielu krajach afrykańskich, a także w Ameryce Łacińskiej.

Ta krótka książka opiera się na ogromnym dorobku i funkcjonuje jako przepustka do gęstego świata funkcjonalnej neuronauki i badań nad szczęściem. Ogólnie rzecz biorąc, czytanie jest płynne, książka jest dobrze zbadana i zawiera obszerną listę odniesień do dalszych badań. Prawdopodobnie nie ma nic innego do powiedzenia, jak tylko potwierdzić, że kończymy książkę mądrzejsi - i nie ma lepszego powodu, aby polecić ją bez zastrzeżeń.

ODNIESIENIA

[1] **JESTE, D. V., ARDELT, M., BLAZER, D., KRAEMER, H. C., VAILLANT, G. & MEEKS, T. W**. (2010). Konsensus ekspertów w sprawie cech mądrości: badanie metodą Delphi. *Gerontologist,* 50**,** 668-80.

[2] **JESTE, D. V. & LAFEE, S.** (2020). *Mądrzejszy: naukowe korzenie mądrości, współczucia i tego, co czyni nas dobrymi.* Boulder, CO: Sounds True,.

[3] **JESTE, D. V. & OSWALD, A. J.** (2014). Mądrość indywidualna i społeczna: Wyjaśnienie paradoksu ludzkiego starzenia się i wysokiego dobrobytu. *Psychiatry*.

[4] **JESTE, D. V. & VAHIA, I. V.** (2008). Porównanie konceptualizacji mądrości w starożytnej literaturze indyjskiej ze współczesnymi poglądami: skupienie się na Bhagavad Gita. *Psychiatry,* 71**,** 197-209.

[5] **MEEKS, T. W. & JESTE, D. V.** (2009). Neurobiologia mądrości: przegląd literatury. *Arch Gen Psychiatry,* 66**,** 355-65.

[6] **THOMAS, M. L., BANGEN, K. J., ARDELT, M. & JESTE, D. V**. (2017). Development of a 12-Item Abbreviated Three-Dimensional Wisdom Scale (3D-WS-12): Wybór pozycji i właściwości psychometryczne. Assessment*,* 24**,** 71-82.

[7] **THOMAS, M. L., BANGEN, K. J., PALMER, B. W., SIRKIN MARTIN, A., AVANZINO, J. A., DEPP, C. A., GLORIOSO, D., DALY, R. E. & JESTE, D. V**. (2019). *Nowa skala do oceny mądrości oparta na wspólnych domenach i modelu neurobiologicznym*: Skala Mądrości San Diego (SD-WISE). *J Psychiatr Res,* 108**,** 40-47.

NEKROLOG

PANI MANIJE PESESCHKIAN

(15 lipca 1940 - 3 marca 2020)

przez Niemieckie Stowarzyszenie na rzecz Pozytywnych i Psychoterapia Transkulturowa (DGPP) i Fundacja Peseschkian

Drodzy przyjaciele i koledzy,

Ze smutkiem w sercu, głęboką solidarnością i wdzięcznością żegnamy naszą Honorową Przewodniczącą, Manije Peseschkian, która odeszła z tego świata 3 marca 2020 r. po krótkiej, ale poważnej chorobie. Chociaż jej zdrowie było osłabione przez kilka miesięcy, kontynuowała pracę dla wszystkich, nawet na kilka tygodni przed śmiercią, jako "matka pozytywnej psychoterapii".

Manije Peseschkian urodziła się 15 lipca 1940 r. jako drugie z trojga dzieci rodziny Eghrari w Teheranie. Uczęszczała do gimnazjum, ukończyła zorientowaną na nauki ścisłe szkołę średnią jako najlepsza w swoim roczniku, a następnie rozpoczęła studia biologiczne. Do tego sama powiedziała: "W tej fazie mojego życia liczyło się tylko zdobywanie wiedzy - aż do 1961 roku, kiedy pojawił się Nossrat". W grudniu 1961 r. para wzięła ślub, a następnie w 1962 r. przeprowadziła się do Frankfurtu, a ostatecznie do Wiesbaden. Ich synowie, Hamid i Nawid, urodzili się odpowiednio w 1962 i 1964 roku. Manije Peseschkian ukończyła staż jako asystentka EEG i przez wiele lat pracowała w gabinecie Nossrata. Osiągnęła swój rzeczywisty cel zawodowy "pedagogiki i terapii rodzinnej" na krótko przed 40. urodzinami, a następnie przez wiele lat pracowała jako terapeuta rodzinny.

Ich trzecim dzieckiem była Pozytywna Psychoterapia (PPT). Wkład Manije Peseschkian w rozwój Pozytywnej Psychoterapii możemy określić jedynie w przybliżeniu. Wyraz pracy zespołowej tej pary można znaleźć w tworzeniu wielu ośrodków w kraju i za granicą, a także w zarządzaniu publikacją ponad 30 książek na całym świecie w aż 26 językach! W obliczu opowieści i powiedzeń, podczas osobistych spotkań wciąż na nowo dowiadywaliśmy się, jak para Peseschkian współtworzyła rozwój PPT. Manije Peseschkian był

wkrótce postrzegana jako "matka pozytywnej psychoterapii". Jednak w wywiadzie z listopada 2019 r. określiła siebie jako "położną pozytywnej psychoterapii", a także ujawniła to dziecko podczas licznych wykładów i seminariów. Było to dla niej ważne przez całe życie; jej siła i zaangażowanie należały do niej.

Wraz z mężem założyła "Prof. Peseschkian Foundation", w której pracowała do końca jako przewodnicząca zarządu. Po śmierci Nossrata Peseschkiana w 2010 roku, wniosła znaczący wkład w ciągłość i jedność Pozytywnej Psychoterapii - zarówno w Niemczech, jak i na całym świecie. Prowadząc archiwum fundacji, zapewniła strategiczne pozycjonowanie, a organizując zaawansowane szkolenia (nie tylko) dla doradców i terapeutów w Niemczech i Etiopii, zapewniła rozpowszechnianie i pogłębianie PPT, a wreszcie dzięki kursom dla nauczycieli w Hesji zapewniła wykorzystanie PPT w innych dziedzinach społecznych.

Zawsze miała szczególnie bliskie relacje z DGPP. Poprzez swoją stałą obecność, porady, wkład w różne wydarzenia i, co nie mniej ważne, hosting, wielokrotnie wzmacniała, zachęcała i, ku naszej radości, przyjęła honorową prezydencję w 2018 roku. Wszyscy pamiętamy ciepło jej serca, a po bezpośrednim kontakcie z nią od razu czułeś się przez nią zauważony i ważny.

Manije Peseschkian była kochającą matką i babcią, zaangażowaną członkinią społeczności bahaickiej w Wiesbaden. Spotykała się ze wszystkimi z ciepłem, otwartością, niezwykłą życzliwością i humorem, czy to w spotkaniach z profesjonalistami, czy wolontariuszami - zasadniczo we wszystkich kontaktach z innymi. Manije Peseschkian miała rzadką i wyjątkową umiejętność sprawiania, by każdy czuł się mile widziany i komfortowo. Jej wiara ukształtowała jej postrzeganie ludzi i świata od dzieciństwa i dała jej siłę i podstawowe zaufanie. W 2003 roku opowiedziała o swoich wyjątkowych spotkaniach z Aniołem Śmierci i dodała, że "dzięki takim doświadczeniom stałam się bardziej tolerancyjna, cierpliwa i pokorna. Lata, które mi pozostały, są bonusem. Cenię życie, nieskończoność i tajemnicę Boga i mam nadzieję, że będę w stanie należycie zaakceptować nieunikniony koniec życia".

Może tak być. Kilka dni przed śmiercią napisała dla nas następującą wiadomość:

"Droga rodzino i przyjaciele,

Rok 2020 był moim 80. rokiem na Ziemi. Bardzo podobała mi się ta podróż, ponieważ udało mi się odwiedzić wszystkie 5 kontynentów i zobaczyć ponad 70 krajów i regionów. Każdy z was osobiście był ważną częścią towarzyszenia mi w mojej podróży przez życie, za co jestem nieskończenie wdzięczny. Teraz nadszedł czas, aby rozpocząć najdłuższą podróż mojego życia. Kilka miesięcy temu zarezerwowałem bilet na moją ostatnią przygodę w Królestwie Abha".

Manije Peseschkian przeżyła dwóch synów i czworo dorosłych wnuków. Nasze myśli są z jej rodziną. Oby znaleźli wystarczająco dużo siły, spokoju i odwagi w tym czasie.

Pogrzeb odbył się 13 marca 2020 roku na cmentarzu w Wiesbaden-Sonnenberg. Została pochowana obok swojego męża.

Zarząd, rada doradcza, rada powiernicza i siedziba główna DGPP oraz Fundacja Peseschkian

Relacja z pogrzebu pani Manije Peseschkian autorstwa Larisy Schicker z Kijowa (Ukraina)

"Drodzy przyjaciele, pozwólcie, że zwierzę się wam z mojej najgłębszej duszy i podzielę się wrażeniami z ceremonii pożegnania naszego ukochanego Manije Peseschkiana. Dziś jestem przepełniony słodkim smutkiem, wiarą, miłością do życia, odpowiedzialnością za życie i chwilą, w której się znajduję.

przejście do innego świata.

Manije była dla mnie idealnym wzorem do naśladowania. Udało jej się dokończyć wszystkie rzeczy, które zamierzała zrobić na tej ziemi i zorganizować wszystko, łącznie z nominacją następcy jej życiowego projektu. Moja narracja może zainteresować wszystkich przyjaciół, którzy chcieli pojechać do Wiesbaden, ale nie zdążyli. Rodzina Peseschkian zorganizowała ceremonię pożegnalną zgodnie z tradycjami wiary bahaickiej. Wszyscy przyjaciele, którzy przyszli złożyć ostatni hołd Manije Peseschkian, otrzymali pamiątkowe broszury, które zawierały pożegnalne przesłanie Manije do jej ukochanej rodziny i przyjaciół oraz kilka bahaickich modlitw.

Wszyscy obecni byli poruszeni wnikliwymi mowami pożegnalnymi synów Manije - dr Hamida Peseschkiana i dr Nawida Peseschkiana - a także modlitwami i muzyką. Nie była to żałoba - zamiast tego była to okazja do pielęgnowania pamięci o naszej drogiej Manije i wyrażenia wzniosłej miłości, jaką wszyscy ją darzyli.

Po duchowej ceremonii udaliśmy się do miejsca pochówku, gdzie zobaczyliśmy zamkniętą trumnę pokrytą świeżymi kwiatami jako symbol życia wiecznego. Trumna została złożona do grobu, gdy intonowano następujący cytat bahaicki: Bóg jest dla mnie wystarczający, On jest Wszechwystarczający! Niech ufający Mu zaufa, niech ufający Mu zaufa! Wszyscy obecni, jeden po drugim, podchodzili do kosza wypełnionego płatkami róż i wrzucali garść płatków do grobu. Pożegnaliśmy naszego ukochanego Manije płatkami róż miłości. Zdjęcie miejsca pochówku, które zostało zrobione przez dr Hamida Peseschkiana, pokazuje kwiaty pokrywające oba groby Manije i jej męża, dr Nossrata Peseschkian. Tak jak ich ciała spoczywają obok siebie, tak ich dusze są teraz razem w Królestwie Abha.

Uroczystość upamiętniająca życie Manije Peseschkian odbywała się od 15:00 do 20:00 w pięknej sali restauracji "Dorint". Wszyscy obecni cieszyli się pysznym jedzeniem, serdeczną atmosferą i boską muzyką. Każdy członek rodziny podzielił się osobistymi historiami, wspomnieniami i zdjęciami. Byliśmy zanurzeni w oceanie miłości i wdzięczności, jaką mieli dla swojej wspaniałej Matki, kochającej Babci, wiernej Żony, Naukowca, Przewodniczącej Rady Dyrektorów Światowego Stowarzyszenia Psychoterapii Pozytywnej, Przewodniczącej Fundacji Nossrat Peseschkian; naszej ukochanej Manije Peseschkian. To wydarzenie zjednoczyło wszystkich, umocniło nas w wierze i miłości, abyśmy starali się nadal służyć ludziom tak, jak robił to nasz anioł Manije przez całe swoje życie.

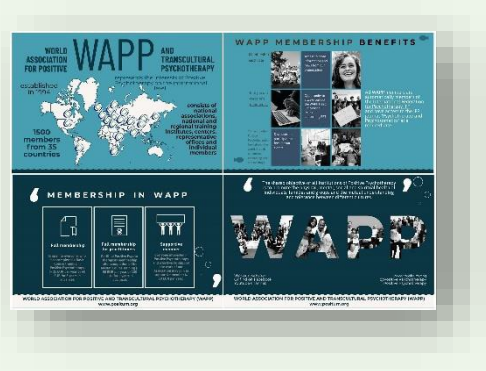
Zawsze będziemy pielęgnować jej pamięć w naszych sercach. Moje koleżanki - Natalia Ruda i Yanina Danish - i ja, w imieniu wszystkich, którzy ją znali i kochali z pozytywnych psychoterapeutów regionu wschodniego, zostawiliśmy wpis w Księdze Pamiątkowej i złożyliśmy szczere kondolencje członkom rodziny.

Jesteśmy wdzięczni dr Hamidowi i Catherine Peseschkian, ich dzieciom Leyli i Faridowi, dr Nawidowi i Shidzie Peseschkian, ich dzieciom Tarze i Samirze, wszystkim krewnym, bliskim przyjaciołom i współpracownikom rodziny Peseschkian za ich uwagę, troskę oraz atmosferę miłości i przyjaźni przez cały dzień. Z miłością i szacunkiem dla godnego życia Manije Peseschkian. W miłującej pamięci. Dziedzictwo Manije będzie kontynuowane".

WAPP NEWS

Przegląd roczny WAPP 2020

Drodzy członkowie WAPP,
Drodzy przyjaciele i sympatycy Pozytywnej Psychoterapii na całym świecie,



Rok 2020 był niezwykłym rokiem ze zmianami, których nie można było sobie wyobrazić 12 miesięcy temu. Pandemia była głównym tematem tego roku, ale niesamowite było obserwowanie, jak wszyscy potraktowaliście ten kryzys jako okazję do wzniesienia się na nowy poziom. Nasza światowa społeczność PPT stała się silniejsza i bardziej zjednoczona niż kiedykolwiek wcześniej.
miało miejsce rok temu. To naprawdę stał się globalny ruch. Dziś chcemy podzielić się z wami kilkoma najważniejszymi wydarzeniami z 2020 roku, ale to tylko niewielka część wszystkich działań, które miały miejsce na całym świecie.

Z powodu pandemii prawie wszystkie moduły obecności szkoleń psychoterapeutycznych musiały zostać odwołane i zmienione na seminaria online. A także sesje psychoterapii i poradnictwa z pacjentami i klientami często musiały być zmieniane na format online. Teraz, po dziewięciu miesiącach tej praktyki, zdobyliśmy z nią duże doświadczenie i cieszymy się, że działa dobrze. Zwłaszcza kontynuowanie terapii z pacjentami w tych niepewnych czasach pandemii było konieczne i stanowiło dobrą opcję, aby pozostać w kontakcie i nie przerywać leczenia.

Spotkania online za pośrednictwem Zoom lub innych dostawców zaoferowały nam nawet nowe możliwości spotkań i wymiany. Nasze Międzynarodowe Seminarium Szkoleniowe (ITS) zostało po raz pierwszy przeprowadzone w formie konferencji online w sierpniu i zostało dobrze przyjęte przez około 120 uczestników z 15 krajów.

Odbyły się również inne plenarne spotkania i konferencje online, takie jak spotkanie Zoom otwarte dla wszystkich członków WAPP, spotkania wyłącznie z trenerami, spotkania z grupami roboczymi oraz konferencje online organizowane przez różnych organizatorów, trenerów, organizacje krajowe i grupy interesu. Przed pandemią zarząd WAPP spotykał się tylko dwa razy w roku, teraz spotkania odbywają się co miesiąc. Dzięki temu decyzje podejmowane są znacznie szybciej.

W sierpniu wybrano nowy Zarząd WAPP na lata 2020-2022. Wybory odbyły się również online. Członkowie WAPP otrzymali indywidualny link i kod do oddania głosu. Członkami nowego zarządu są: Hamid Peseschkian (przewodniczący), Ewa Dobiala, Maksim Goncharov, Gabriela Hum, Ivan Kirillov, Olga Lytvynenko,

Richard Werringloer i Tinia Tober (jako przedstawiciel Fundacji Peseschkian).

ISSN 2710-1460WAPP

W tym roku zaangażowaliśmy dwóch nowych współpracowników do pomocy w pracy naszego stowarzyszenia: Dr Kateryną Lytvynenko z Ukrainy jako asystentkę WAPP oraz Dr Dorotheę Martin z USA/Albanii do redagowania tekstów w języku angielskim. Jesteśmy bardzo wdzięczni za ich cenną pomoc.

W ciągu ostatnich 12 miesięcy od naszego ostatniego Światowego Kongresu w Kemer (Turcja), nasze stowarzyszenie szybko przeszło do kolejnego etapu. Powstało wiele nowych impulsów, nasi członkowie zainspirowali nas młodymi i współczesnymi pomysłami, takimi jak **zaprojektowanie oficjalnych materiałów informacyjnych, zainicjowanie kanału YouTube,** a także - co jest jednym z najważniejszych kroków - ożywiliśmy Electronic Journal for Positive Psychotherapy. Od teraz będzie on znany jako **"The Global Psychotherapist",** a jego pierwszy numer właśnie czytasz.

Obecnie nasze stowarzyszenie liczy 1600 członków w 36 krajach. Wśród nich jest 144 podstawowych i mistrzowskich trenerów psychoterapii pozytywnej, z których 8 otrzymało w tym roku licencję trenerską.

Dużym projektem w tym roku była ponowna certyfikacja trenerów, która rozpoczęła się na Ukrainie. 39 trenerów musiało przejść egzamin online. Co więcej, od tego roku kandydaci na trenerów muszą przejść podobny egzamin. Obecnie 16 kandydatów na trenerów podstawowych i 13 kandydatów na trenerów głównych przeszło rozmowę kwalifikacyjną. Egzaminatorzy są bardzo zadowoleni z wyników tych rozmów. Prawie wszyscy kandydaci zdali egzamin.

Znak towarowy "Positive Psychotherapy (PPT po Peseschkian, od 1977)" został zarejestrowany w Stanach Zjednoczonych w czerwcu 2020 roku. Było to dla nas ważne osiągnięcie, aby zabezpieczyć nasze roszczenia i chronić naszą nazwę w USA.

United States of America
United States Patent and Trademark Office
Reg. No. 6,083,225
Registered Jun. 23, 2020
Int. Cl.: 16, 41, 44
Service Mark
Trademark
Principal Register

Ten rok przyniósł nam również smutne wieści:
Odejście Pani Manije Peseschkian w dniu 3 marca 2020 roku. "Matka" Pozytywnej Psychoterapii opuściła ten śmiertelny świat, aby ponownie połączyć się ze swoim mężem i założycielem PPT. Od sierpnia ubiegłego roku nie czuła się dobrze, ale bardzo ważne było dla niej uczestnictwo w Światowym Kongresie w Kemer. Kilka tygodni później zdiagnozowano u niej raka, a ostatnie tygodnie życia spędziła z rodziną i bliskimi przyjaciółmi w domu. Zachowamy ją w miłej pamięci i będziemy kontynuować jej życiową pracę.
Myślimy również o naszych kolegach, którzy cierpieli na Covid-19 lub nadal cierpią i życzymy im szybkiego powrotu do zdrowia.

Zarząd chciałby podziękować wszystkim za wsparcie w 2020 roku. To bardzo zachęcające widzieć, że na całym świecie są aktywni Pozytywni Psychoterapeuci, którzy przyczyniają się do zdrowia psychicznego swoich współobywateli. To sprawia, że jesteśmy dumni z bycia częścią światowej profesjonalnej rodziny Pozytywnych Psychoterapeutów.

Życzymy wszystkiego najlepszego w 2021 roku.

Zarząd i siedziba główna WAPP

Światowe Stowarzyszenie Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej (WAPP)
Siedziba główna WAPP - Luisenstrasse 28 - 65185 Wiesbaden - Niemcy
Tel. +49-6 11-450 34 40 - E-mail: wapp@positum.org - Strona internetowa: www.positum.org

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

INFORMACJE I WYTYCZNE DLA AUTORÓW

Pełne i aktualne "Informacje i wytyczne dla autorów" znajdują się na stronie internetowej JGP: https://www.positum.org/ppt-journal/.

The Global Psychotherapist (JGP) to interdyscyplinarne czasopismo cyfrowe poświęcone Psychoterapii Pozytywnej (PPT według Peseschkiana, od 1977 r.)™. Ten recenzowany półrocznik publikuje artykuły na temat doświadczeń i zastosowania humanistyczno-psychodynamicznej metody psychoterapii pozytywnej i transkulturowej. Tematyka obejmuje artykuły badawcze dotyczące zagadnień teoretycznych i klinicznych, systematyczne przeglądy, innowacje, artykuły dotyczące zarządzania przypadkami, różne aspekty szkolenia i edukacji psychoterapeutycznej, zastosowania PPT w poradnictwie, edukacji i zarządzaniu, listy do redakcji, recenzje książek itp. Istnieje specjalna sekcja poświęcona młodym profesjonalistom, która ma na celu zachęcenie młodych kolegów do publikowania. Czasopismo przyjmuje manuskrypty z różnych kultur i krajów.

Językami artykułów są: angielski i rosyjski. Każdy artykuł musi mieć streszczenie w języku angielskim, a w przypadku artykułów rosyjskich - w języku angielskim i rosyjskim. W przypadku artykułów w języku angielskim, autorzy mogą zwrócić się o pomoc do naszej redaktor anglojęzycznej, dr Dorothei Martin (USA/Albania). Usługa ta jest bezpłatna dla autorów. Ale dotyczy to tylko edycji, a nie tłumaczenia - e-mail za pośrednictwem journal@positum.org.

Proces recenzji: Wszystkie nadesłane manuskrypty - z wyjątkiem krótkich recenzji książek - zostaną zanonimizowane i wysłane do co najmniej 2 niezależnych recenzentów w celu uzyskania "podwójnie ślepych" recenzji. Ich recenzje (również anonimowe) zostaną następnie przesłane z powrotem do autora. Nadesłane artykuły są sprawdzane w systemie "Antiplagiat" i są akceptowane w przypadku zadowalającego wyniku (określanego dla każdego artykułu indywidualnie na podstawie stosunku oryginalnych fragmentów tekstu, zapożyczonych fragmentów i obecności sformalizowanych linków).

Zgłoszenia można przesyłać wyłącznie w załączniku do wiadomości e-mail w formacie Word na adres journal@positum.org.
Każdy artykuł powinien mieć od 3 do 10 stron, w tym słowa kluczowe, streszczenia i odniesienia (Times New Roman, rozmiar czcionki 12, odstępy między wierszami 1,5).

Struktura: Tytuł, abstrakt ze słowami kluczowymi, wprowadzenie, metodologia, wyniki, wnioski, referencje.

Autor może opublikować tylko jeden artykuł w danym numerze.

W wyjątkowych okolicznościach redakcja może rozważyć dłuższe artykuły (lub wariacje na temat tych wytycznych), jednak autorzy będą potrzebować specjalnej zgody redakcji przed ich przesłaniem. (Zwykle dopuszczamy 10% +/- margines błędu w liczbie słów).

Piśmiennictwo: Autor musi wymienić piśmiennictwo alfabetycznie na końcu artykułu lub na osobnym arkuszu (arkuszach), stosując podstawowy styl Harvard-APA. Lista odniesień powinna odnosić się tylko do tych odniesień, które pojawiają się w tekście, np. (Fairbairn, 1941) lub (Grostein, 1981; Ryle & Cowmeadow, 1992): przeglądy literatury i szersze bibliografie nie są akceptowane. Szczegóły wspólnego stylu Harvard-APA mogą zostać przesłane na żądanie lub są dostępne na różnych stronach internetowych.

Zasadniczo używany jest następujący format, z dokładną kapitalizacją, kursywą i interpunkcją.

Oto trzy podstawowe przykłady:

[1] W przypadku artykułów w czasopismach (tytuły czasopism nie powinny być skracane):

FAIRBAIRN, W.R.D. (1941). Zmieniona psychopatologia psychoz i neuropsychoz. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 22, s. 250-279.

[2] Dla książek:

PESESCHKIAN, N. (2016). *Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy, Bloomington*, USA: AuthorHouse UK.

[3] Dla zasobów nieanglojęzycznych:

ШПИГЕЛЬБЕРГ, Г. М. [SPIEGELBERG, H. M.] (2002). *Феноменологическое движение. Историческое введение* [Ruch fenomenologiczny. Wprowadzenie historyczne]. М.: "Логос". 608 с.

[4] W przypadku rozdziałów w książkach wieloautorskich:

PESESCHKIAN H., REMMERS A. (2020) *Psychoterapia pozytywna: Wprowadzenie*. W: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (red.), Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology, (s. 3-9). Springer, Cham.

Częstotliwość i prawa autorskie

Czasopismo ukazuje się dwa razy w roku. Czasopismo wspiera politykę otwartego dostępu opartą na zasadzie swobodnej dystrybucji informacji naukowej i globalnej wymiany wiedzy dla wspólnego postępu społecznego. Autorzy publikujący na dowolnej licencji dozwolonej przez czasopismo zachowują wszelkie prawa. Polityka redakcyjna czasopisma zezwala na deponowanie wszystkich wersji opublikowanych artykułów w instytucjonalnym lub innym repozytorium wybranym przez autora bez embarga. Redakcja czasopisma zastrzega sobie prawo do korekty artykułów zgłoszonych do publikacji.

Dalsze informacje i dane kontaktowe są dostępne na stronie internetowej JGP: https://www.positum.org/ppt-journal/.