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

Psihoterapeutul Global (JGP) este un jurnal digital interdisciplinar dedicat Psihoterapiei Pozitive și Transculturale (PPT după Peseschkian, din 1977)™. Această revistă semestrială evaluată de colegi publică articole privind experiențele și aplicarea metodei umanist-psihodinamice a Psihoterapiei Pozitive și Transculturale. Subiectele variază de la cercetare articole privind aspecte teoretice și clinice, recenzii sistematice, inovații, articole privind gestionarea cazurilor, diferite aspecte ale formării și educației psihoterapeutice, aplicații ale PPT în consiliere, educație și management, scrisori către editori, recenzii de carte etc. Există o secțiune specială dedicată tinerilor profesioniști care urmărește să încurajeze tinerii colegi să publice. Revista salută manuscrisele din diferite culturi și țări.

Coredactor șef al revistei: *Olga Lytvynenko, Ucraina: dr.olgalytvynenko@gmail.com*
Coredactor șef al revistei: *Erick Messias, SUA: ELMessias@uams.edu*
Biroul editorial: *journal@positum.org*
Editor în limba engleză: *Dorothea Martin journal@positum.org*
Redactor rus: *Kateryna Lytvynenko journal@positum.org*

CONSILIUL EDITORIAL
JGP:
Olga Lytvynenko, Ucraina
Erick Messias, SUA
Liudmyla Serdiuk, Ucraina
Ali Eryilmaz, Turcia
Roman Ciesielski, Polonia

Site-ul JGP: https://www.positum.org/182-0-PPT-Journal.html

COMITETUL ȘTIINȚIFIC INTERNAȚIONAL (ISC):
Andre R. Marseille, SUA; **Yevhen Karpenko**, Ucraina; **Zlatoslav Arabadzhiev**, Bulgaria; **Denys Lavrynenko**, Ucraina.

CONSILIUL CONSULTATIV INTERNAȚIONAL (IAB):
Arno Remmers, Germania; **Ivan Kirillov**, Turcia; **Maksim Chekmarev**, Rusia; **Todor S. Simeonov**; Bulgaria; **Oleksandra Nizdran-Fedorovych**, Ucraina; **Polina Efremova**, Rusia; **Ewa Dobiała**, Polonia; **Aleksandra Zarek**, Polonia; **Liudmyla Moskalenko**, Ucraina; **Shridhar Sharma**, India.

Toate afilierile profesionale ale membrilor Comitetului editorial și ale Comitetului consultativ internațional sunt acum postate pe paginile relevante ale site-ului JGP.

Publicată de: Asociația Mondială pentru Psihoterapie Pozitivă și Transculturală (WAPP) Luisenstrasse 28, 65185 Wiesbaden, Germania
E-mail: wapp@positum.org
Site web: www.positum.org

Revista utilizează Licența Internațională Creative Commons Atribuire 4.0 (CC-BY 4.0).
ISSN: 2710-1460 (online)

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

EDITORIAL:

Scrisoare de bun venit din partea președintelui WAPP 5

Scrisoare de bun venit din partea Comitetului editorial 8

Psihoterapia pozitivă pe timp de criză globală

Nossrat Peseschkian 9

CERCETARE ȘI INOVARE:

Adaptarea limbii ucrainene pentru inventarul Wiesbaden pentru psihoterapie pozitivă și terapie de familie (WIPPF)

Liudmyla Serdiuk, Svitlana Otenko 11

STUDII PREMILITARE:

Modelul echilibrului în cultura rusă și chineză: Studiu preliminar și analiză comparativă

Tatyana Ilina 15

Studiu preliminar al fenomenului "anxietate de separare" prin prisma metodei psihoterapiei pozitive și transculturale

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

Dinamica familiei în psihoterapia adolescenților cu anorexie

Veronika Ivanova 34

FORMARE PSIHOTERAPEUTICĂ:

A fi sau a nu fi - Hamlet și tehnica psihoterapeutică: Despre alianța terapeutică, creștere și terapie eficientă

Arno Remmers 39

Instrumente de psihoterapie transculturală pozitivă ca model pentru constelațiile sistemice

Svitlana Kyrychenko 45

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

CAZURI PSIHOTERAPEUTICE:

Adolescentul între două maluri. Prezentarea unui caz de practică psihoterapeutică

Stefanka Tomcheva **49**

Vindecare și spiritualitate: Caz psihoterapeutic

Antonella Matei **53**

ARTICOLE SPECIALE:

Sănătate - boală din perspectiva psihoterapiei pozitive

Gunther Huebner **57**

Stările personalității suicidare, cercetare și perspectivă științifică

Oksana Kovanda **62**

RECENZIE DE CARTE:

Wiser: Rădăcinile științifice ale înțelepciunii, compasiunii și a ceea ce ne face buni de Dilip Jeste, MD și Scott Lafee (2020)

Recenzat de Erick Messias... ..... **70**

OBITUAR:

Doamna Manije Peseschkian

de Asociația germană pentru psihoterapie pozitivă și transculturală (DGPP) și Fundația Peseschkian **72**

WAPP NEWS75

INFORMAȚII ȘI ORIENTĂRI PENTRU AUTORI77

BUN VENIT DIN PARTEA PREȘEDINTELUI WAPP

DR. HAMID PESESCHKIAN

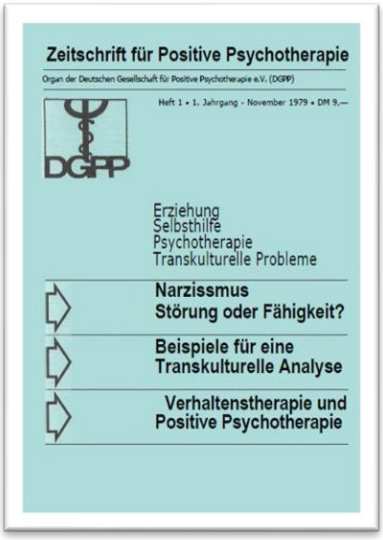
"Cred că trebuie construită o terapie diferită pentru fiecare pacient, deoarece fiecare are o poveste unică."
Irvin D. Yalom

Dragă cititorule,

În mâinile dumneavoastră (virtuale) țineți primul număr al *"Psihoterapeutului global"*, revista internațională de psihoterapie pozitivă și transculturală. Ca orice lucru, are un trecut, un prezent și - sperăm - un viitor luminos.

Trecutul:

La cinci ani după ce Nossrat Peseschkian (1933-2010) a fondat Psihoterapia Pozitivă (PPT) și a publicat prima dintre cele 29 de cărți ale sale în 1974, el a decis să formeze Asociația Germană de Psihoterapie Pozitivă în 1977 și să publice o revistă periodică. Primul număr al revistei germane de psihoterapie pozitivă (Zeitschrift für Positive Psychotherapie) a fost publicat în noiembrie 1979 și menționa patru teme ca scop principal al revistei: educația, autoajutorarea, psihoterapia și problemele transculturale. După cum a explicat mai departe Nossrat Peseschkian în editorialul său: *"Aceste patru aspecte ale psihoterapiei pozitive sunt elemente importante ale unei psihoterapii care are o funcție preventivă și înțelege ființele umane în mediul lor social și economic"* (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

Primul număr al German Journal of PPT din noiembrie 1979

Includerea unui punct de vedere transcultural în activitatea de zi cu zi a psihoterapiei nu a fost doar o preocupare centrală a lui Nossrat Peseschkian încă de la început, mai degrabă chestiunile transculturale au avut pentru el o dimensiune politico-socială: *"Abordarea transculturală trece ca un fir roșu prin întreaga Psihoterapie Pozitivă. O luăm în considerare mai ales pentru că punctul de vedere transcultural oferă și materiale utile pentru înțelegerea conflictelor individuale. În plus, acest punct de vedere posedă o semnificație socială extraordinară: Problemele lucrătorilor invitați [imigranți], ale ajutorului pentru dezvoltare, problemele care apar în relația cu persoane din alte sisteme culturale, problemele căsătoriilor transculturale, prejudecățile și depășirea lor, modelele alternative care provin dintr-un alt cadru cultural. În acest sens, putem aborda și problemele politice care își au originea într-o situație transculturală."* (1).

Odată cu extinderea PPT, în special în Europa de Est, în anii 1990 au urmat reviste în alte limbi și țări.

Prezentul:

Astăzi, psihoterapia pozitivă a devenit o mișcare internațională: Asociația Mondială pentru Psihoterapie Pozitivă și Transculturală (WAPP) are peste 1.600 de membri în 35 de țări și pe cinci continente; Centrele de formare în psihoterapie pozitivă sunt active în peste 20 de țări; peste 150 de formatori țin sute de cursuri de formare PPT în fiecare an; au fost publicate câteva cărți de top; au fost scrise și susținute zeci de teze despre PPT; a fost înființată prima Asociație Națională și primul Centru PPT de pe continentul african; în 2019 a avut loc cel de-al 7-lea Congres Mondialth ; iar Psihoterapia Pozitivă (PPT după Peseschkian, din 1977) a fost înregistrată ca marcă comercială.

Lumea noastră s-a schimbat mult din 1979, dar mesajul psihoterapiei pozitive devine din ce în ce mai important în fiecare zi. Nu numai pentru că PPT, ca metodă de psihoterapie psihodinamică umanistă, integrează abordări din cele patru modalități principale de psihoterapie: o concepție umanistă despre ființa umană, o înțelegere psihodinamică a tulburărilor, o

abordarea sistemică față de cultură, muncă și mediu și o abordare practică, orientată spre obiective, cu unele tehnici cognitiv-comportamentale (2). Dar această psihoterapie pe termen scurt, centrată pe conflict și orientată spre resurse, poate fi aplicată în diferite domenii ale activității umane, aducând astfel perspective psihoterapeutice în viața de zi cu zi.

Având în vedere această extindere și această bază solidă a PPT în ultimul deceniu, a fost un pas logic ca Consiliul de administrație al WAPP să decidă să relanseze revista sa internațională. Cu profesorul Olga Lytvynenko și profesorul Erick Messias în calitate de editori principali, asistați de un consiliu editorial și consultativ internațional cu experiență, revista este pe mâini bune și foarte capabile.

Viitorul:

Lucrările și revistele științifice sunt adesea plictisitoare, dar nu trebuie să fie așa (3, 4). Publicațiile Psihoterapiei Pozitive au demonstrat, în ultimii 50 de ani, că este posibil să se publice lucrări interesante, revigorante și stimulante, care sunt, în același timp, foarte profunde și provocatoare.

Consiliul WAPP speră ca acest Jurnal să ofere o platformă internațională și - în cuvintele lui Nossrat Peseschkian - "*Scopul nostru este de a oferi atât: articole și informații științifice de înaltă calitate, cât și o oportunitate pentru dialog și prietenie internațională*" (5). Ca metodă integrativă și transculturală, acest PPT-Journal oferă oportunități unice de a face schimb de experiențe profesionale din întreaga lume. Tinerii profesioniști vor găsi aici posibilitatea de a combina activitatea științifică cu cea practică și de a deveni viitori experți în ambele domenii. Psihoterapeuții pozitivi din întreaga lume și-au dezvoltat o identitate de *psihoterapeuți globali* și doresc să își împărtășească experiențele cu colegii care gândesc la fel.

Acum, dragă cititorule, Jurnalul este - în multe feluri - în mâinile tale. Articolele și contribuțiile dumneavoastră îl vor menține viu și atractiv. Sper că *The Global Psychotherapist* va contribui la o înțelegere mai profundă a unei societăți globale și poate găsi un răspuns la întrebare: *"Ce au în comun toți oamenii?"* (5).

***Dr. Hamid Peseschkian**, MD, DM, DMSc, IDFAPA*
Președintele
WAPP Director medical și academic,
Academia de Psihoterapie Wiesbaden

Referințe:

[1] Zeitschrift für Positive Psychotherapie. Heft 1, 1. Jahrgang, noiembrie 1979.
[2] **PESESCHKIAN H., REMMERS A.** (2020) *Psihoterapia pozitivă: O introducere*. În: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds) Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology. Springer, Cham.
[3] **SAND-JENSEN K.** (2007) *Cum să scrii consistent literatură științifică plictisitoare*. Oikos 116. pp.723-727
[4] **CHAPMAN, P.** (2014). Lucrările științifice nu ar trebui să fie plictisitoare. *Marine Pollution Bulletin*. 87. 10.1016/j.marpolbul.2014.08.020.
[5] **PESESCHKIAN, N.** (2011). Mesajul fostului președinte´s. Editorial publicat postum pentru primul număr al International Journal of Positive Psychotherapy and Research,

BUN VENIT DIN PARTEA COMITETULUI EDITORIAL AL

JURNALUL PPT "PSIHOTERAPEUTUL GLOBAL"

Dragă cititorule,

Cu mare mândrie și încântare putem să vă prezentăm prima ediție a *"The Global Psychotherapist"* - International Journal of Positive Psychotherapy. După cum veți descoperi, *The Global Psychotherapist* a fost alcătuit de un grup remarcabil de editori care sunt responsabili pentru selectarea și aranjarea articolelor care alcătuiesc conținutul său. Toate articolele au fost evaluate în orb de către cercetători cu expertiză în psihoterapia pozitivă din domeniul medical și al consilierii. Vă mulțumim tuturor pentru munca în profunzime, concentrarea și dedicarea timpului pentru a aduce această revistă la publicarea completă.

Psihoterapeutul global își propune să informeze, să stimuleze dezbaterea și să ajute profesia de psihoterapie să se dezvolte dincolo de frontiere și continente. Scopul revistei este de a informa cu privire la beneficiile transculturale ale psihoterapiei pozitive (PPT) și la abordarea sa unică a vindecării, de a spori baza probatorie a eficacității PPT și de a împărtăși aplicarea sa extrem de practică în diverse domenii și domenii, inclusiv medicale, educaționale și sociale.

Psihoterapia pozitivă a fost fondată inițial în 1968 de către iubitul nostru Nossrat Peseschkian (18 iunie 1933 - 27 aprilie 2010), autor a peste 26 de cărți psihoterapeutice diferite, sub denumirea de "analiză diferențială", o odă la modul în care oamenii își dezvoltă și își rafinează capacitățile înnăscute. În 1977, aceasta a devenit în mod oficial Psihoterapia pozitivă. Psihoterapia pozitivă este o formă intrinsec transculturală de psihoterapie, care este în parte psihodinamică și în parte umanistă. Ea este concepută pentru a ajuta clienții să se reorienteze și să se susțină pe ei înșiși, folosindu-și resursele interioare pentru a depăși provocările, pentru a înțelege și a recunoaște domeniile de creștere și pentru a se concentra asupra lucrului în direcția rezilienței și a dezvoltării unui sentiment mai mare de sine.

Scopul nostru pe termen lung pentru revista "Psihoterapeutul global" este de a ajuta la expunerea PPT la o lume care se modernizează rapid și este transculturală și care are nevoie reală de un model de psihoterapie care este sensibil la aceste dinamici și este ușor de învățat, practicat și aplicat.

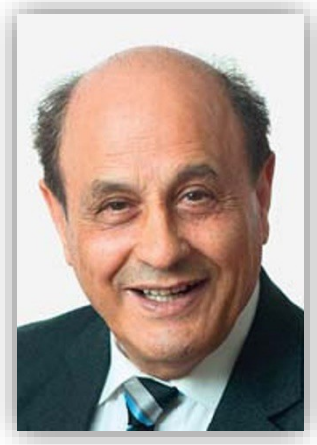
Sperăm că veți găsi în aceste pagini o prezentare generală foarte accesibilă a ceea ce oferă psihoterapia pozitivă astăzi. În acest sens, sperăm, de asemenea, că vă va ajuta să descoperiți modalități noi și interesante de a înțelege psihoterapia și modul în care aceasta poate fi utilă în practica și activitatea dumneavoastră.

Prin urmare, această revistă este o lectură esențială pentru practicienii, formatorii și studenții în domeniul psihologiei, medicinei și educației care recunosc valoarea abordărilor transculturale ale vindecării și doresc să dezvolte o mai bună înțelegere a evoluțiilor din psihoterapia la nivel mondial.

În cele din urmă, avem încredere că vă va face plăcere să citiți aceste lucrări și că veți fi suficient de intrigați pentru a veni la următorul nostru Congres Mondial din 2022, pentru a vă alătura Asociației Mondiale de Psihoterapie Pozitivă și pentru a deveni un psihoterapeut pozitiv certificat.

Comitetul editorial

"Psihoterapeutul global",
Jurnalul de psihoterapie pozitivă și transculturală



PSIHOTERAPIA POZITIVĂ ÎN TIMP DE CRIZĂ GLOBALĂ

de PROF. DR. NOSSRAT PESESCHKIAN, M.D., WIESBADEN, GERMANIA

Publicat pentru prima dată în *Jurnalul Internațional de Psihoterapie și Cercetare Pozitivă.* Numărul 1 (2011)

Introducere

Dificultățile transculturale - în viața privată, în muncă și în politică - devin din ce în ce mai importante astăzi. Având în vedere modul în care societatea se dezvoltă în prezent, soluționarea problemelor transculturale va constitui una dintre sarcinile majore ale viitorului. În timp ce oamenii din cercuri culturale diferite erau separați de distanțe mari și intrau în contact doar în circumstanțe neobișnuite, inovațiile tehnice au crescut dramatic oportunitățile de contact din zilele noastre. Prin simpla deschidere a ziarului de dimineață, ieșim din spațiul nostru vital și intrăm în contact cu problemele oamenilor din alte cercuri și grupuri culturale. În general, interpretăm aceste evenimente în moduri cu care am crescut. Suntem gata să îi criticăm, să îi blestemăm sau să râdem de ei din cauza presupusei lor înapoieri, naivități, brutalitate sau lipsă de preocupare de neînțeles. În procesul transcultural avem de-a face cu concepte, norme, valori, modele comportamentale, interese și puncte de vedere care sunt valabile într-o anumită cultură.

Metode

Caracteristici pentru o epocă a globalizării cu consecințele sale pozitive și constructive:

1. Ce au în comun toți oamenii și prin ce se deosebesc ei? (Principiul speranței).

Lumea noastră s-a schimbat. Pentru prima dată în istoria omenirii apare o societate globală, interconectată, a cărei trăsătură caracteristică este diversitatea sa culturală. Procesul de globalizare - nu numai la nivel politic, ci mai întâi de toate la nivel mental - nu are loc fără provocări. Ne confruntăm cu sarcina de a da o nouă direcție domeniilor noastre de specializare pentru a le permite să facă față în mod adecvat cerințelor lumii moderne. Acest lucru necesită, totuși, o schimbare în deliberare - de la o considerație monoculturală și monocausală la una multiculturală și multicausală.

Aceste schimbări și provocări afectează fiecare individ și, mai presus de toate, sănătatea individuală.

2. Problemele existente ale lumii **(Etapa de observare - distanțare).**

Este un fapt că, în prezent, comunicarea noastră este afectată de o criză mondială care atinge amploarea unei epidemii. În comunicarea lor conjugală, partenerii se confruntă cu durerea neînțelegerii și a desconsiderării reciproce, familiile suferă din cauza unei comunicări aproape inexistente sau doar superficiale între părinți și copii.

De asemenea, comunicarea dintre guverne și popoarele lor arată o stare de neîncredere reciprocă, de invectivă, înșelăciune și animozitate. În plus, a existat o criză de comunicare fără precedent între superputeri - o situație care ar fi putut duce cu ușurință la anihilarea întregii vieți de pe această planetă.

3. Semnificații diferite ale aceluiași comportament în culturi diferite **(aspecte interculturale)**.

Această relativizare a conceptului de boală este deosebit de importantă pentru dinamica din cadrul familiei. Ea conferă bolii o funcție definită și dă tonul relațiilor dintre membrii familiei. Acesta este cazul

indiferent dacă boala este psihică, psihosomatică, psihotică sau somatică.

Investigăm modul în care aceeași tulburare sau boală este percepută și evaluată în alte culturi, modul în care oamenii dintr-o anumită cultură sau familie se confruntă cu boala, ce semnificație specială au conflictele pentru individ și ce conținuturi abordează acestea.

4. Eradicarea prejudecăților rasiale și naționale în unele țări ale lumii. Reducerea prejudecăților religioase în lume, interacțiunea și dialogul între diferitele religii sunt semne favorabile ale acestei evoluții **(capacitatea de a cunoaște - capacitatea de a iubi)**.

5. Rolul activ al atâtor instituții apolitice, umanitare (de exemplu, ONG-uri) care se angajează pentru realizarea păcii mondiale, protecția minorităților și abolirea sărăciei. Asociațiile internaționale și naționale precum "Medici fără frontiere" (Ärzte ohne Grenzen), Crucea Roșie etc. se îmbunătățesc. Implicarea unui număr tot mai mare de oameni în căutarea păcii este vitală, iar disponibilitatea lor de a se ajuta reciproc în perioade de criză și catastrofe naturale este importantă, precum și în chestiuni de interes reciproc **(psihoterapie pozitivă în sens larg).**

6. Răspândirea mișcărilor de tineret pentru interesul de a cerceta culturile străine și efortul lor de a le înțelege și de a avea încredere în ele, precum și implicarea lor în activități active în țările în curs de dezvoltare. Căsătoriile interrasiale și interculturale între oameni din Africa, Asia, Europa, Australia și America indică mijloacele prin care pot fi rezolvate problemele practice ale umanității **(viitorul familiei și al culturii)**.

7. Este nevoie de o recunoaștere sinceră a faptului că ideile materialiste nu au reușit să satisfacă nevoile omenirii, iar acum se face un nou efort pentru viața de familie, spiritualitate și alte calități ale vieții umane **(modelul principiului echilibrului**).

8. Numărul crescut de oameni bogați, care cred că disparitatea dintre bogați și săraci menține lumea într-o stare de instabilitate și încearcă să își folosească averea pentru a aduce schimbări în societate, de exemplu prin înființarea de fundații pentru educație, sănătate, abolirea sărăciei etc. **(mai întâi maturitate și apoi bogăție)**.

9. Creșterea activității și a parteneriatului femeilor în toate domeniile de activitate umană (economic, social, politic etc.). Prin această evoluție, obiectivul emancipării femeilor și al realizării egalității depline între sexe este o nouă motivație în politică, economie și știință **(egalitatea între femei și bărbați).**

10. Lumea noastră se apropie de o globalizare globală (pace mondială, model economic global, standarde pentru o politică monetară mondială, probleme de mediu, standarde educaționale etc.). Acest lucru se întâmplă prin implicarea și activitatea cetățenilor lumii.

11. Această viziune transculturală este evidentă în întreaga psihoterapie pozitivă. Îi acordăm o importanță atât de mare deoarece ne ajută să înțelegem conflictele individuale. De asemenea, ea poate fi importantă în abordarea unor probleme sociale precum tratamentul imigranților ilegali și al refugiaților, ajutorul extern pentru țările din lumea a treia, problemele în relațiile cu membrii altor sisteme culturale, căsătoriile interrasiale și transculturale, prejudecățile și stilurile de viață alternative adoptate de alte societăți. Aceasta poate fi aplicată, de asemenea, problemelor politice generate de situațiile transculturale.

12. Uniunea Europeană este un exemplu de colaborare între 27 de țări. Mass-media precum televiziunea, radioul, buletinele informative, internetul etc. construiesc o rețea globală de informații **(etapa de extindere a obiectivelor)**.

Instrumentarium de psihoterapie pozitivă:

1. Trei principii ale psihoterapiei pozitive.
2. Nouă teze.
3. 20 Tehnici.
4. Chestionarul de psihoterapie pozitivă.

Concluzie

În același mod în care există cercuri culturale, există și cercuri educaționale în cadrul cărora o persoană își dezvoltă propriul sistem cultural, care apoi se ciocnește cu alte sisteme. Principiul care stă la baza problemei transculturale devine astfel principiul pentru relațiile umane și pentru prelucrarea conflictelor interioare. Acesta devine astfel un obiect al psihoterapiei pozitive.

Deoarece psihoterapia pozitivă se ocupă de capacitățile umane elementare, ea este în măsură să se adreseze persoanelor de toate limbile și stările sociale și să facă față în mod eficient problemelor transculturale. Din punct de vedere terapeutic, Psihoterapia Pozitivă

Psihoterapia oferă o terapie scurtă eficientă în cinci etape care activează capacitățile terapeutice înnăscute ale pacientului. Cu alte cuvinte, pacientul nu este doar suferindul bolii sale, ci este el însuși angajat ca terapeut.

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

ADAPTAREA ÎN LIMBA UCRAINEANĂ A INVENTARULUI WIESBADEN PENTRU PSIHOTERAPIE POZITIVĂ ȘI TERAPIE DE FAMILIE (WIPPF)

Liudmyla Serdiuk
D.Sc. (Psihologie), Profesor
Șef al Laboratorului de Psihologie a Personalității, Institutul de Psihologie Kostiuk, NAES din Ucraina (Kiev, Ucraina)
Formator de bază PPT
Email:
Lzserdyuk15@gmail.com

Svitlana Otenko
Lector al Departamentului de Psihologie al Open International Universitatea de Dezvoltare Umană "Ucraina" (Kiev, Ucraina) Master Trainer de PPT
Email:
svet1608@gmail.com

Primit 24.11.2020.
Acceptat pentru publicare
25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Articolul prezintă adaptarea și verificarea caracteristicilor psihometrice ale Inventarului Wiesbaden pentru psihoterapia pozitivă și terapia de familie. Sunt prezentate caracteristicile psihometrice și alte rezultate de aprobare pentru versiunea oferită în limba ucraineană a Inventarului examinat. Sunt descrise datele privind diagnosticul Inventarului și sunt evaluate capacitățile sale de prognostic pentru a determina factorii de autodeterminare, bunăstarea psihologică și rezistența psihologică a unei persoane.

Cuvinte-cheie: aprobarea inventarului, sănătate mintală pozitivă, psihoterapie pozitivă, capacități reale, bunăstare psihologică.

Introducere

Mișcarea pentru sănătate mintală pozitivă, care cuprinde psihologia pozitivă, psihoterapia pozitivă și psihiatria pozitivă, este o nouă direcție promițătoare în întreaga lume. Caracteristica fundamentală a acestei direcții este o schimbare a accentului abordării unei persoane de la orientarea spre simptome și deficite la dezvoltarea și susținerea resurselor sale interne (Messias et al., 2020). În acest sens pozitiv, sănătatea mintală este baza bunăstării și a funcționării eficiente a unei persoane, în care aceasta își poate realiza propriul potențial, poate depăși în mod eficient dificultăți și să lucreze productiv și fructuos. Pe bază empirică, este necesar să se dezvolte și să se îmbunătățească instrumentele de diagnostic pentru măsurarea constructelor de sănătate mintală umană pozitivă pentru a dezvolta această direcție. Prin urmare, studiul posibilităților de utilizare a puținelor instrumente de diagnostic eficiente existente este o sarcină semnificativă a psihologiei, psihoterapiei și psihiatriei moderne.

Inventarul Wiesbaden pentru psihoterapia pozitivă și terapia de familie este un instrument original care examinează autoevaluarea caracteristicilor caracterologice și personale (abilități primare și secundare), conținutul reacțiilor conflictuale manifestate în patru domenii ale modelului de echilibru,

sursele și psihodinamica conflictelor care stau la baza conceptelor de bază ale personalității.

Inventarul a fost elaborat de N. Peseschkian în colaborare cu H. Deidenbach (Peseschkian, & Deidenbach, 1988). Versiunea engleză modernă a inventarului (WIPPF 2.0), revizuită și completată de A. Remmers, este destinată utilizării în diferite culturi și traducerii în alte limbi (Remmers, 1996)

Inventarul constă în 88 de afirmații, oferind patru niveluri de evaluare a acestora: complet de acord, parțial de acord, parțial dezacord sau complet dezacord. Pentru prelucrarea datelor, aceste evaluări verbale sunt traduse în punctele corespunzătoare: complet de acord - 4 puncte, parțial de acord - 3 puncte, parțial dezacord - 2 puncte, complet dezacord - 1 punct.

Autorii au identificat 27 de scale de inventar, evaluând semnificația subiectivă pentru un individ a caracteristicilor sale personale în următoarele trei domenii 1) abilitățile reale (secundare față de propriul comportament; primare în raport cu sine); 2) reacțiile conflictuale manifestate în patru domenii ale modelului de echilibru; 3) parametrii percepuți subiectiv ai modelului de relații.

Inventarul este destinat utilizării în principal în psihoterapie, astfel încât clienții, prin reflecție și autoevaluare, să înceapă să-și înțeleagă resursele interne, conținutul conflictelor în care sunt implicați, reacțiile lor la conflict și originile psihodinamice ale acestor reacții.

Pentru aplicarea WIPPF în scopuri de cercetare, standardizarea datelor de cercetare este importantă; în special, trebuie determinate valorile normative pentru scalele Inventarului.

Metode și organizarea cercetării

Adaptarea WIPPF a fost parte a unui studiu cuprinzător la Laboratorul de Psihologie a Personalității, Institutul de Psihologie Kostiuk, Academia Națională de Științe ale Educației, Kiev, Ucraina.

Versiunea modernă (WIPPF 2.0) a Inventarului Wiesbaden pentru psihoterapie pozitivă și terapie de familie (Peseschkian, & Deidenbach, 1988; Remmers, 1996) a fost utilizată pentru traducerea în ucraineană și adaptarea ulterioară. Traducerea în ucraineană a fost realizată de traducători profesioniști și adaptată la normele socio-culturale ale limbii ucrainene.

În plus, o versiune adaptată a Scalei de duritate a lui S. Maddi (Leontev și Rasskazova, 2006); Scale adaptate de bunăstare psihologică a lui Ryff (Ryff, 1995; Shevelenkova și Fesenko, 2005); Scala generală de orientare a cauzalității a lui E. Deci și R. Ryan adaptată de O. Dergachova, L. Dorfman și
D. Leontiev (Deci, & Ryan, 2002; Dergacheva, Dorfman, 2008) au fost utilizate în cercetarea empirică pentru a determina validitatea competitivă a WIPPF, precum și diagnosticarea și capacitățile de prognostic. Pentru prelucrarea datelor și analiza statistică au fost utilizate metode de statistică descriptivă, analiză a corelațiilor, regresie, compararea mediilor.

Prelucrarea datelor empirice a fost efectuată utilizând pachetul software statistic SPSS 21.0 pentru Windows.

Participanții la cercetare. Eșantionul pentru adaptarea versiunii în limba ucraineană a fost format din 384 de persoane, inclusiv 96 de bărbați și 288 de femei, cu vârste cuprinse între 19 și 62 de ani. Vârsta medie a fost de 37,7 ± 11,1. După activitățile lor principale, aceștia erau: studenți care urmează cursuri de formare avansată în metodele psihoterapiei pozitive, specialiști activi (profesori, ingineri, manageri de diferite niveluri, avocați, economiști, psihologi, medici, asistenți sociali, specialiști în reabilitare etc.). Toți respondenții pot fi descriși ca fiind bine din punct de vedere psihologic, sănătoși din punct de vedere somatic, fără tulburări de personalitate vizibile.

Rezultate

Cercetarea efectuată cu ajutorul inventarului în limba ucraineană a arătat o consistență internă destul de ridicată. Am calculat consistența internă a scalelor prin alfa lui Cronbach (consistența a trei declarații de inventar care determină o valoare a scalei). Scorurile consistenței interne evaluate cu ajutorul alfa lui Cronbach au fost destul de acceptabile și au variat de la 0,73 la 0,86 pentru diferite scale WIPPF.

Studiul de retestare a fost efectuat la 1,5 luni după prima testare. Am intervievat din nou 157 de persoane cu vârste cuprinse între 19 și 53 de ani (vârsta medie 34,8 ± 8,4 ani), 44 de bărbați și 113 femei. Nu au existat diferențe semnificative din punct de vedere statistic în ceea ce privește vârsta și sexul (testul Mann-Whitney, $p < 0,05$) între eșantioanele de testare și retestare.

Au fost calculate corelații între testul WIPPF și scalele de retest pentru fiecare scală (metoda Pearson, $p < 0,05$, $p < 0,001$). Fiabilitatea retestării inventarului după perioada de 1.5 luni a fost destul de ridicată (r mediu = 0,78, $p < 0,001$). Cu alte cuvinte, testul a arătat o fiabilitate destul de ridicată a retestelor.

Clasificarea eșantionului în funcție de vârstă a fost realizată pe baza etapelor de dezvoltare psihosocială propuse de Eric Erickson (de la 19 la 35 de ani - tinerețe; de la 35 la 60 de ani - maturitate). Au existat diferențe mici, dar semnificative din punct de vedere statistic între diferitele grupe de vârstă (testul Mann-Whitney, $p < 0,05$) pentru scalele de încredere (valoarea medie pentru tineri a fost de 8,6 ± 1,4; valoarea medie pentru adulți a fost de 9,3 ± 1,7) și speranță (valoarea medie pentru tineri a fost de 8,8 ± 1,7; valoarea medie pentru adulți a fost de 9,6 ± 1,5).

Nu au existat diferențe semnificative din punct de vedere statistic pentru scalele WIPPF între bărbați și femei. În mod evident, scalele inventarului nu sunt specifice sexului. Dar, deoarece numărul bărbaților din eșantion este mult mai mic, această problemă poate fi investigată mai în

profunzime în viitor.

În ceea ce privește activitățile respondenților, nu au existat diferențe semnificative din punct de vedere statistic.

Valorile normative pentru scalele inventarului, obținute inițial pe baza punctelor medii și a deviațiilor standard pentru eșantionul general (studiul de testare), au arătat o supraestimare puternică a Sincerității, Încrederii, Speranței și o subestimare a Economiei.

Pentru a determina valorile normative WIPPF care sunt caracteristice unei personalități mature din punct de vedere psihologic, am folosit ca principal criteriu de selecție a respondenților indicatorii de duritate psihologică (respondenții au prezentat valori peste medie sau ridicate pentru acești indicatori). Acest lucru este justificat de faptul că hărnicia este o dispoziție care ajută la depășirea stresului intern în situații dificile de viață prin abordarea cu îndârjire a tensiunilor. Deoarece duritatea psihologică este strâns legată de indicatorii de bunăstare psihologică și autodeterminare (Serdiuk, Danyliuk și Chykhantsova, 2019), acești indicatori au fost două criterii suplimentare de selecție.

Valorile normative au fost determinate cu ajutorul regulii 3σ, în conformitate cu legea distribuției normale gaussiene: 99,6% din datele populației generale se încadrează în 3 σ, 94% se încadrează în 2 σ și 68% se încadrează în 1σ. Prin urmare, valorile normative statistice vor fi definite ca o medie ± abatere standard (μ ± σ).

Astfel, valorile standard pentru scalele inventarului sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1.

Valori normative pentru scalele WIPPF (n=315)

	Scări WIPPF	Medie	Deviație standard	Norme
Capacități secundare	Ordinea	7.8	1.7	6.1 - 9.5
	Curățenie	7.9	1.7	6.2 - 9.6
	Punctualitatea	8.1	1.9	6.2 - 10.0
	Politețea	7.5	1.6	5.9 - 9.1
	Sinceritate	8.2	1.3	6.9 - 9.5
	Activitate	8.5	1.5	7.0 - 10.0
	Seriozitate	9.1	1.2	7.9 - 10.3
	Economisire	6.2	1.8	4.4 - 8
	Obediența	7.5	1.5	6.0 - 9.0
	Justiție	9.1	1.4	7.7 - 10.5
	Fidelitate	9.0	1.3	7.7 - 10.3
Capacități primare	Răbdare	9.2	1.3	7.9 - 10.5
	Timp	8.5	1.5	7.0 - 10.0
	Contacte	9.0	1.5	7.5 - 10.5
	Încredere	9.6	0.9	8.7 - 10.5
	Speranța	9.7	1.2	8.5 - 10.9
	Sexualitate	9.5	1.3	8.2 - 10.8
	Acceptare	9.2	1.0	7.2 - 10.2
	Credință	8.6	1.7	6.9 - 10.3
Reacția la	Corp	7.5	1.9	5.6 - 9.4
	Realizări	8.1	1.9	6.2 - 10,0
	Contacte	7.3	1.8	5.5 - 9.1
	Viitorul	8.2	1.8	6.4 - 10.0
Dimensiunea	I - mamă	8,0	2.6	5.4 - 10.6
	I - tată	8.0	2.9	5.1 - 10.9
	I - alții	6.6	2.9	3.7 - 9.5
	Tu	8.1	2.6	5.5 - 10.7
	Noi	8.3	2.4	5.9 - 10.7

Verificarea validității competitive a inventarului a prezentat o anumită dificultate, deoarece nu existau instrumente de diagnostic adecvate pentru aceasta. În acest scop, au fost investigate corelațiile cu constructele de personalitate pentru a distinge între persoanele cu niveluri diferite de autodeterminare, bunăstare psihologică și tenacitate. Tabelul 2 prezintă corelațiile dintre abilitățile reale și alte constructe de personalitate care caracterizează o personalitate care se autorealizează.

Tabelul 2.

Corelații între scalele WIPPF și indicatorii de bunăstare psihologică

	Relații pozitive	Autonomie	Stăpânirea mediului	Creșterea personală	Scopul în viață	Acceptarea de sine	Bunăstarea psihologică	Autodeterminare	Angajament	Control	Provocare
Ordine - liness	-.25	-.16	-.08	.18	-.09	-.15	-.14	-.05	-.28	-.25	**-.39***
Curat-nesimțire	-.26	-.21	-.27	.04	-.09	-.26	-.29	-.38	-.24	-.26	**-.45****
Punctua -litate	**-.51****	-.25	-.18	-.07	-.19	**-.38***	-.32	-.09	**-.45***	**-.39***	**-.48****
Polite-nesimțire	-.07	-.15	.08	.45**	.19	.16	.18	.28	.16	.01	.04
Deoarece-ritate	.26	**.53****	**.26**	**.57****	**.55****	.39*	**.48****	**.39***	**.34***	.21	.19
Activitate	.04	-.24	-.07	**.46****	.18	.13	.05	-.03	.16	.09	.06
Serious-ness	.07	.24	.07	.26	.27	.29	.26	**.45****	.26	.13	.28
Economisire	**-.41***	-.32	-.28	-.17	-.19	**-.33***	**-.38***	-.25	-.17	-.26	-.26
Obedi-ence	-.06	-.08	.05	.29	-.06	-.06	.04	-.19	-.18	-.07	-.19
Justiție	.13	.09	.13	**.44****	**.33***	.27	.27	**.48***	**.39***	.19	.15
Fidelitate	.07	.05	.09	.29	.25	.19	.18	**.59****	.28	.12	-.06
Răbdare	-.07	.07	.18	.16	-.15	.08	.07	.25	-.18	-.07	-.06
Timp	.14	**.38***	.27	.29	.19	.05	.27	.14	.18	.07	.07
Contacte	**.41***	.25	.26	**.66****	**.58****	**.39***	**.58****	**.35***	**.59****	**.48****	**.44***
Încredere	**.55****	**.38***	**.42****	**.46****	**.49****	**.55****	**.58****	**.65****	**.53****	**.43***	**.36***
Speranța	**.56****	**.43****	**.53****	**.58****	**.69****	**.63****	**.72****	**.57****	**.79****	**.74****	**.55****
Sexua-litate	**.47****	.19	.11	.32	**.39***	**.47****	**.38***	**.33***	**.56****	**.44****	**.41***
Accept-ance	.31	.17	**.48***	.24	**.33***	**.36***	**.34***	.29	**.44****	**.49****	**.44****

*Notă: * - corelația este semnificativă la nivelul de 0,05; ** - corelația este semnificativă la nivelul de 0,01*

Datele prezentate în tabelul 2 arată: în primul rând, coerența relațiilor semnificative; în al doilea rând,

modalități posibile de asistență psihologică pentru a realiza priorități de viață pozitive.

Rezultatele sugerează că contactele, încrederea, speranța, sexualitatea contribuie la o relație pozitivă, în timp ce punctualitatea supraestimată și economisirea, dimpotrivă, au o contribuție negativă. Autonomia și autodeterminarea sunt promovate de sinceritate, timp, seriozitate, acceptare, dreptate, încredere, speranță etc. Creșterea personală este asociată cu politețea, sinceritatea, dreptatea, contactele, încrederea, speranța și credința.

În general, ar trebui să remarcăm importanța deosebită a abilităților primare în realizarea priorităților de viață pozitive, care sunt corelate cu aproape toți indicatorii diagnosticați.

Corelațiile descrise, în opinia noastră, sunt foarte logice și dezvăluie resursele psihologice ale unui individ, a căror dezvoltare va contribui la satisfacția vieții în toate domeniile modelului de echilibru.

Concluzie

1. Studiul empiric efectuat asupra caracteristicilor psihometrice ale WIPPF a arătat o consistență internă destul de bună a afirmațiilor scării, fiabilitatea și validitatea inventarului fiind suficiente în raport cu constructe precum bunăstarea psihologică, rezistența psihologică și autodeterminarea.
2. Corelațiile evidențiate la testarea validității competitive arată resursele psihologice ale unei persoane care contribuie la realizarea unor priorități de viață pozitive și la sănătatea psihologică.
3. Versiunea în limba ucraineană a inventarului se încadrează bine în cercul conceptual al științelor sănătății mentale pozitive și poate fi utilizată ca metodă de cercetare în psihologia personalității.
4. Sarcinile de cercetare în viitorul apropiat ar trebui să includă identificarea unei validități predictive a versiunii examinate în limba ucraineană cu privire la indicatorii de sănătate psihologică, calitatea vieții și satisfacția vieții.

Referințe

[1] **ANTONOVSKY, A.** (1993). Structura și proprietățile Scalei Sense of Coherence. *Științe sociale și medicină, 36,* 725-733

[2] **DECI E.L., RYAN R.M.** (2002). Cercetarea autodeterminării: reflecții și direcții viitoare. *Handbook of self-determination research.* Rochester, NY, 431-441.

[3] **DERGACHEVA, O, DORFMAN,, L, & LEONTEV, D.** (2008). Русскоязычная адаптация опросника каузальных ориентаций [Adaptarea în limba rusă a Scalei generale de orientare a cauzalității]. *Vestnik Mosk. Un-ta. Ser. 14. Psyhkologia, 3,* 91-106.

[4] **LEONTEV, D., & RASSKAZOVA, E.** (2006). *Тест жизнестойкости [Test de rezistență psihologică]*. Moscova: Smysl.

[5] **MADDI, S., & KHOSHABA, D.** (1994). Hardiness și sănătatea mintală. *Journal of Personality Assessment, 63(2),* 265-274.

[6] **MESSIAS, E., PESESCHKIAN, H, CAGANDE, C**. (editori) (2020). *Psihiatrie, psihoterapie și psihologie pozitivă - aplicații clinice.* 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. Adaptarea transculturală a chestionarului psihoterapeutic WIPPF pentru utilizarea internațională. Aspecte teoretice și practice. WIPPF 2.0 int. - Транскултурална обработка на психотерапевтичния въпросник WIPPF за международно приложение / теоретически и практически аспект. *Journal Positum, Varna, febr. 1996,* 13-28.

[9] **RYFF, C.** (1995). Structura bunăstării psihologice revizuită. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 719-727.

[10] **SERDIUK L., DANYLIUK, I., & CHYKHANTSOVA O.** (2019). Factorii psihologici ai hărniciei absolvenților de liceu. *Asistență socială. InterdisciplinaryApproach , 1,* 93-103. DOI: https://doi.org/10.21277/sw.v1i9.454

[11] **SHEVELENKOVA, T. & FESENKO, T.** (2005) Психологическое благополучие личности [Bunăstarea psihologică a unui individ]. *Psihkologicheskaya diagnostika*, *3*, 95-121.

Recunoaștere

Autorii doresc să-i mulțumească Dr. Hamid Peseschkian, MD, DM, DMSc, director al Academiei de Psihoterapie Wiesbaden, Wiesbaden, Germania, pentru sprijinul său.

MODELUL ECHILIBRULUI ÎN CULTURA RUSĂ ȘI CHINEZĂ: STUDIU PRELIMINAR ȘI ANALIZĂ COMPARATIVĂ

Tatyana Ilina
Psiholog, cabinet privat (Blagoveshchensk, Rusia)
Psihoterapeut pozitiv certificat
Email:
tatianailina612@gmail.com

Primită la 15.11.2020.
Acceptat pentru publicare
25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Acest articol se concentrează asupra aspectelor transculturale ale modelului de echilibru peseschkian. Scopul a fost de a efectua un studiu preliminar al modelelor de echilibru ale respondenților ruși și chinezi, de a efectua caracteristici cantitative ale modelului de echilibru al celor două grupuri și de a compara caracteristicile cantitative ale modelului de echilibru ale grupului de probă rus și chinez. Obiectul cercetării: așezările din Rusia și China în conformitate cu modelul de echilibru al lui N. Peseschkian. Obiective: formarea a două grupuri de control pentru studiu; crearea unui chestionar în limbile rusă și chineză pentru efectuarea cercetării; studierea modelului populației din China (Grupul 1) cu ajutorul unui chestionar; studierea modelului populației din Rusia (Grupul 2) cu ajutorul unui chestionar; efectuarea unei analize comparative a indicatorilor cantitativi ai Grupului 1 și Grupului 2 în patru domenii ale modelului de echilibru N. Peseschkian. Au fost măsurați parametrii cantitativi ai celor patru sfere ale modelului de echilibru ale Grupului 1 și Grupului 2 și au fost comparați parametrii cantitativi. S-a constatat că sfera semnificațiilor și sfera contactelor diferă cantitativ puțin în Grupul 1 și Grupul 2, iar în sferele de activitate și sfera corpului există diferențe cantitative semnificative Grupul 1 și Grupul 2. Rezultatele detaliate ale studiului au fost prezentate în tabele și diagrame.

Keywords: Psihoterapie pozitivă, Modelul echilibrului, Rusia, China, transculturalitate.

Introducere

Găsirea echilibrului în viață este recunoscută de mulți autori ca fiind esențială pentru bunăstarea psihologică și calitatea vieții pentru diferite grupuri și persoane. Trăind în Blagoveshchensk, Rusia, care se află chiar la granița cu orașul chinez Heihe, și inspirat de ideea lui Peseschkian (2016) privind un model de echilibru, autorul a devenit interesat de explorarea preliminară a conținutului modelului de echilibru al rușilor și al chinezilor și de compararea diferențelor cantitative dintre acestea pentru a oferi o bază preliminară pentru un studiu mai aprofundat al specificului modelului de echilibru și al domeniilor separate ale BM ale acestor două culturi, care, fără îndoială, are o importanță în dezvoltarea cercetării transculturale.

Metodologie

Metoda analizei comparative a fost aleasă ca fiind cea mai versatilă și convenabilă pentru cercetarea preliminară a subiectului articolului, pentru a obține o înțelegere mai profundă a caracteristicilor comune și a diferențelor în domeniile Modelului de echilibru al celor două grupuri și pentru a compara preliminar indicatorii lor cantitativi. Obiectul acestui studiu sunt cele 4 sfere ale vieții din Modelul de echilibru al lui Nossrat Peseschkian (Peseschkian, 2016) aplicat rezidenților din Rusia și China. A fost creat un chestionar (apendicele 1, 2) în limbile rusă și chineză pentru această cercetare, în care participanții răspund la întrebări cu privire la modul în care experimentează fiecare dintre domeniile Modelului de echilibru (corp, realizări, contacte, sens/ viitor) în viața lor de zi cu zi și pentru a estima cât de mare este procentul din

energia vitală și timpul cade pe fiecare sferă a modelului de echilibru. În acest scop, participanții au fost împărțiți în două grupuri.

Grupul 1 - rezidenți din China, 20 de persoane din Beijing, Shenyang, Jinan, Zhengzhou, care lucrează în: comerț/servicii, limbi străine, educație, IT, producția de echipamente, născuți între 1980 și 1996, 10 bărbați, 10 femei.

Grupul 2 - rezidenți din Rusia, 20 de persoane din Moscova, Sankt Petersburg, Barnaul, Blagoveshchensk, Korsakov, care lucrează în: IT, comerț/servicii, geologie, media, energie, construcții, limbi străine, născuți între 1980 și 1996, 10 bărbați,
10 femei.

Grupurile 1 și 2 sunt identice în ceea ce privește vârsta și sexul. Apoi a fost explorat modelul de echilibru al participanților din China și Rusia utilizând chestionarul. Apoi s-a efectuat o analiză comparativă a indicatorilor cantitativi ai grupului 1 și ai grupului 2 în cele 4 domenii ale modelului echilibrului.

Rezultate

Valorile medii ale modelelor de echilibru din grupurile 1 și 2 (Tab.1).

Tabelul 1.

Valori medii ale modelului de echilibru. Grupul 1

Corp %	Realizări, %	Contacte, %	Semnificați e/

Pentru comoditate, datele studiului au fost combinate într-o diagramă:

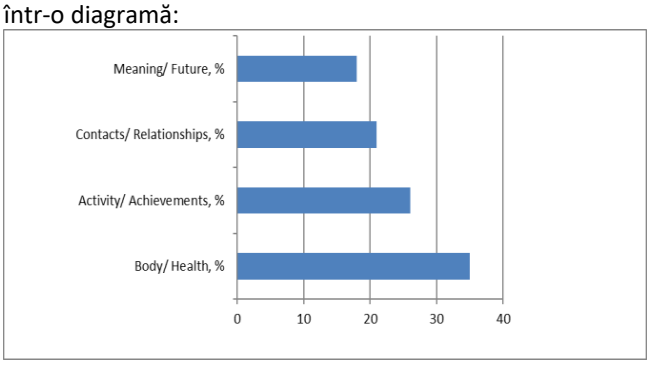


Fig. 1. Valori medii ale modelului de echilibru. Grupul 1

Așa cum este ilustrat în grafic, sfera care primește cel mai mult timp și atenție în China este sfera Corpului (35%), urmată de sfera Activității (26%), apoi de Contacte (21%) și Semnificații (18%). Comparând rezultatele Modelului de echilibru în funcție de sex pentru Grupul 1, s-a constatat (Tab. 2):

Tabelul 2.

Rezultatele modelului de echilibru. Grupul 1

	Corp, %	Realizarea, %	Persoane de contact,	Semnifica ție/

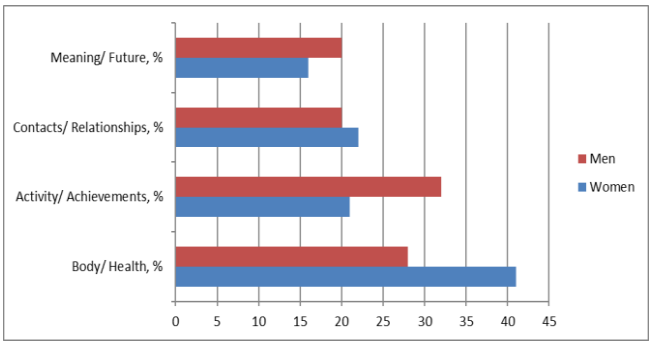


Fig. 2. Valorile medii ale modelului de echilibru în funcție de sex. Grupul 1

Femeile acordă cu 13% mai multă atenție și timp decât bărbații domeniului Corp, iar bărbații acordă cu 11% mai mult decât femeile domeniului Activitate. În domeniul Contacte, diferențele sunt minime, femeile acordă 2% mai multă atenție decât bărbații domeniului Contacte. În sfera Semnificațiilor, diferențele sunt, de asemenea, minime, bărbații acordând cu 4% mai multă atenție decât femeile sferei Semnificațiilor.

Tabelul 3.

Valori medii ale modelului de echilibru. Grupul 2

Corp %	Realizări, %	Contacte, %	Semnificați e/ Viitor, %
17	46	22	15

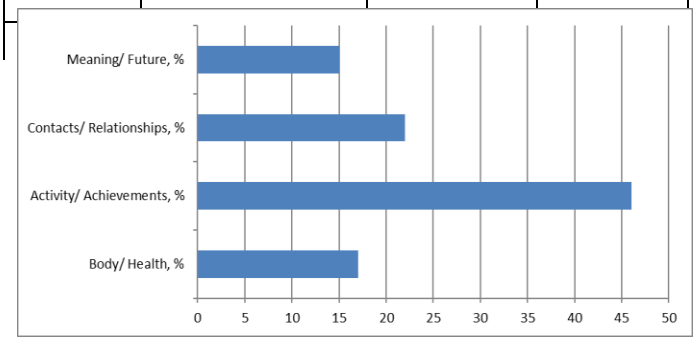


Fig. 3. Valori medii ale modelului de echilibru. Grupul 2

După cum este ilustrat în grafic, sfera care primește cel mai mult timp și atenție în Rusia este sfera activității (46%), urmată de sfera contactelor (22%), apoi sfera corpului (17%) și a semnificațiilor (15%). Compararea rezultatelor Modelului de echilibru în funcție de sex (Tab. 4).

Tabelul 4.

Rezultatele modelului de echilibru. Grupul 2

	Corp, %	Realizarea, %	Persoane de contact, %	Semnifica ție/ Viitor, %
Femei	15	53	20	12

			%	Viitor, %
Femei	41	21	22	16
Bărbați	28	32	20	20

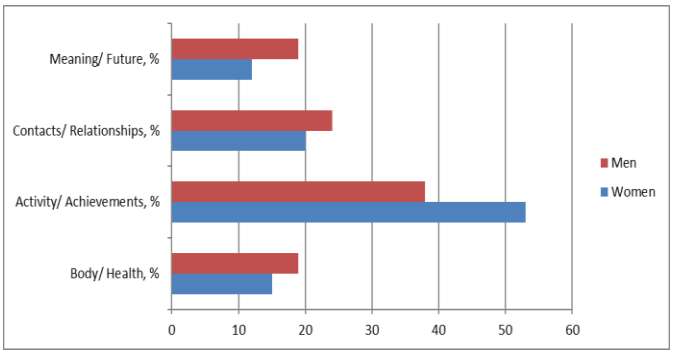


Fig. 4. Valori medii ale modelului de echilibru în funcție de sex Grupul 2.

Bărbații acordă cu 4% mai multă atenție și timp Corpului decât femeile, iar femeile acordă cu 15% mai multă atenție domeniului Activitate decât bărbații. În domeniul contactelor, diferențele sunt minime, bărbații acordând cu 4% mai multă atenție contactelor decât femeile. În domeniul Semnificației, bărbații acordă cu 7% mai multă atenție decât femeile.

2.1. Analiza comparativă a angajamentului în sfera corpului/sănătății.

Sfera Corpului în Grupul 1 conține 35% din total, în Grupul 2 - este 17% din total. S-a constatat că în Grupul 1 sfera Corpului arată cu 18% mai mult, de aproape 2 ori mai mult; diferența este destul de impresionantă. Prin analiza detaliată a conținutului sferei Corpului, vom încerca să înțelegem asemănările și diferențele dintre ambele grupuri de participanți în această sferă și de ce diferența cantitativă este atât de mare.

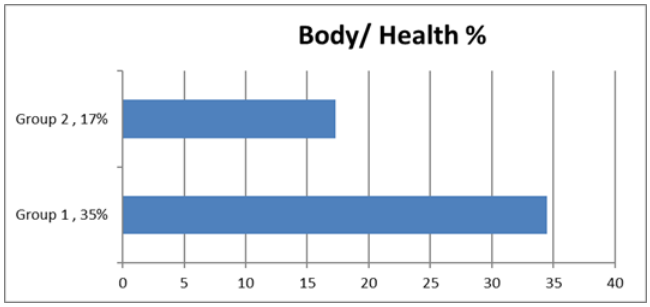


Fig. 5. Diagramă. Compararea valorilor cantitative ale angajamentului cu sfera corpului în grupul 1 și grupul 2

Diagrama de mai jos arată cum sunt distribuite cifrele privind implicarea în Sfera Corpului în funcție de gen în fiecare grup de participanți. Diagrama arată că bărbații din Grupul 1 sunt cu 13% mai puțin angajați în sfera Corpului decât femeile din Grupul 1. Această diferență este contrastată de bărbații din Grupul 1, care petrec cu 11% mai mult timp și energie în sfera Activității decât femeile din Grupul 1. În ceea ce privește Grupul 2, diferența de angajament cu sfera Corpului între bărbați și femei nu este la fel de mare ca în grupul 1, ceea ce arată că bărbații au cu 4% mai mult angajament în zona corpului decât femeile.

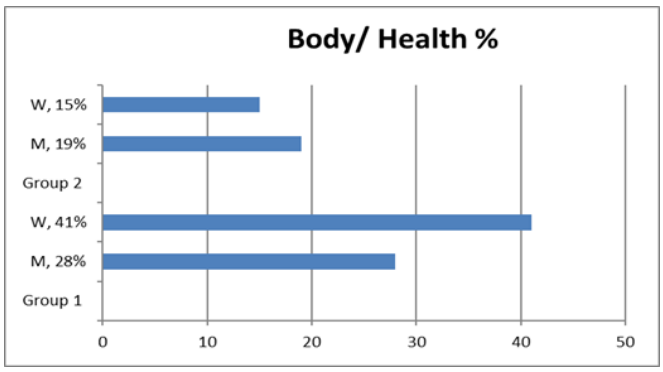


Fig. 6. Diagramă. Compararea valorilor cantitative ale nivelului de implicare în sfera corpului pentru bărbații și femeile din Grupul 1 și Grupul 2

Diagrama arată agregarea în termeni numerici a angajamentului bărbaților și femeilor din grupurile 1 și 2 cu corpul. Mai jos sunt prezentate opțiunile privind activitățile și comportamentele specifice care compun aceste agregări ale angajamentului cu sfera corpului în fiecare grup de participanți. Pentru aceasta, vor fi examinate răspunsurile specifice la întrebările individuale din chestionar. O analiză a acestor răspunsuri a dezvăluit frecvențele și tendințele comportamentelor specifice întrebate în chestionar.

Grupul 1: Răspunsuri din partea rezidenților din China. Toți cei 20 de respondenți au scris că se culcă devreme și se trezesc devreme dimineața. 17 persoane au menționat că merg pe jos în mod regulat, merg în parc dimineața sau merg cu bicicleta la și de la serviciu. 6 persoane au menționat că se asigură că mâncarea lor este echilibrată și încearcă să mănânce la timp, mănâncă multe fructe și legume. 9 persoane au declarat că fac sport (fotbal, baschet, jogging, înot), merg la sală, dansează sau fac mișcare.

Grupul 2: Răspunsuri din partea rezidenților din Rusia. 7 persoane din grupul 2 au menționat că de obicei se odihnesc pasiv acasă. 11 persoane s-au plâns de somnul slab; nimeni nu s-a lăudat cu un somn bun. 10 dintre respondenți au declarat că se uită la frumusețe, sărbătoresc vizitele la cosmetician și efectuează îngrijire zilnică activă a frumuseții la domiciliu (SPA, hidratarea pielii). 5 din 20 de respondenți au declarat că își monitorizează regulat sănătatea și vizitează medicii. 6 persoane se plimbă în aer liber, în timp ce 3 respondenți au declarat că ies în natură pentru a se odihni. Alte 3 persoane se relaxează la pescuit și 2 la vânătoare, 3 merg la vaporarium, 11 fac sport (volei, gimnastică, yoga, schi, ciclism și snowboarding). 8 au declarat că nu fac deloc sport. 1 persoană a menționat că își urmărește dieta, iar 1 persoană a răspuns că îi place mâncarea gustoasă. 1 persoană face periodic masaj. 2 persoane se relaxează jucând jocuri pe calculator, iar 1 persoană se relaxează cu jocuri intelectuale. 1 persoană a menționat că se relaxează vizionând filme, făcând artizanat și jucându-se cu un copil.

2.2. Analiza comparativă a angajamentului în sfera activității/realizării

Sfera Activității în Grupul 1 cuprinde 26%, iar în Grupul 2 constituie 46% din totalul timpului și energiei participanților, diferența în echilibru înseamnă că Grupul 2 dedică cu 20% mai mult timp și efort domeniului de activitate decât Grupul 1; vizual, diferența este puțin mai mică de 2 ori. Acest lucru este destul de mult, în ciuda faptului că Grupul 2 este aproape de 50%, iar Grupul 1 se află în poziția optimă a Modelului de echilibru de distribuție egală a energiei și timpului în cele patru sfere ale vieții.

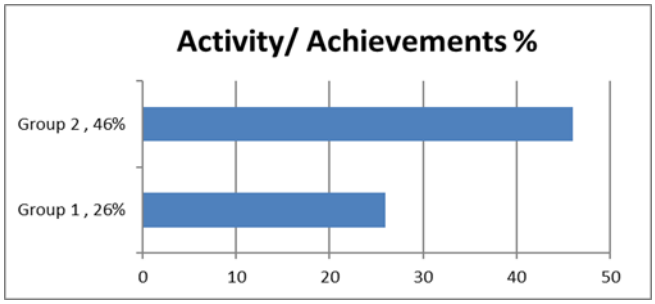


Fig. 7. Diagramă. Compararea valorilor cantitative ale nivelului de implicare în sfera de activitate pentru bărbații și femeile din Grupul 1 și Grupul 2

Diagrama de mai jos arată modul în care cifrele privind implicarea în Sfera de activitate/realizare sunt distribuite în funcție de gen în fiecare grup de participanți. Bărbații din Grupul 1 lucrează cu 11% mai mult decât femeile din Grupul 1 (aproape 1/3). În Grupul 2, rata de realizare este mai mare pentru femei - femeile lucrează cu 15% mai mult decât bărbații. Pot presupune că acest lucru se datorează volumului de muncă al femeilor din Grupul 2, treburilor casnice și creșterii copiilor. Nu este posibil să analizăm această disparitate mai în detaliu și să descoperim motivele unei diferențe atât de mari în cadrul acestui studiu.

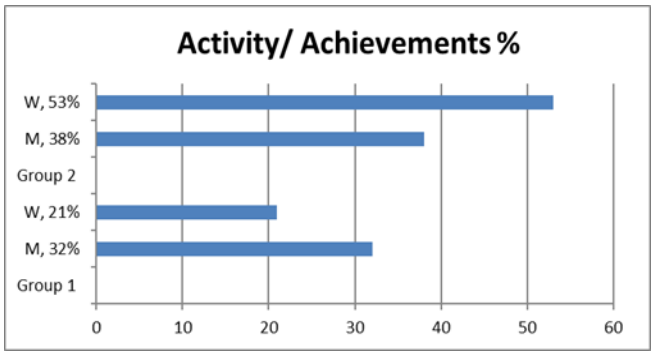


Fig. 8. Diagramă. Compararea valorilor cantitative ale nivelului de angajament cu sfera de activitate/realizare pentru bărbații și femeile din Grupul 1 și Grupul 2

Grupul 1. 5 persoane din Grupul 1 au menționat că munca lor implică suprasolicitare periodică sau zilnică, două dintre ele lucrează timp de 10-12 ore (suprasolicitare de 2-4 ore), două persoane lucrează 9-10 ore pe zi, iar una a raportat că lucrează suficiente ore în timpul săptămânii pentru a fi egală cu o a șasea zi lucrătoare. 13 persoane din grupul 1 au menționat că lucrează fără suprasolicitare, 8 ore timp de 5 zile pe săptămână. 9 persoane din grupul 1 sunt implicate în creșterea copiilor.

Grupul 2. În grupul 2, 13 persoane muncesc prea mult, 4 dintre ele au o săptămână de lucru de 6 zile, două lucrează 12-14 ore pe zi și
4 persoane zăbovesc în mod regulat la locul de muncă timp de 30-90 de minute. 6 persoane din Grupul 2 au menționat că lucrează fără suprasolicitare, 8 ore timp de 5 zile pe săptămână. 11 persoane din Grupul 2 sunt implicate în creșterea copiilor. 2 dintre acestea au declarat că sunt angajate în creșterea copiilor mici aproape 24 de ore din 24. 9 din 10 femei din Grupul 2 au menționat că fac în mod regulat treburi casnice. 6 din 10 bărbați din Grupul 2 au menționat că fac în mod regulat treburi casnice.

2.3. Analiză comparativă a nivelurilor de angajament în sfera contactelor/relațiilor

Sfera contactelor în Grupul 1 cuprinde 21% și în Grupul 2 22% din totalul timpului și energiei participantului. Nu există nicio diferență semnificativă între cele două grupuri în ceea ce privește nivelurile de implicare în această sferă ca întreg.

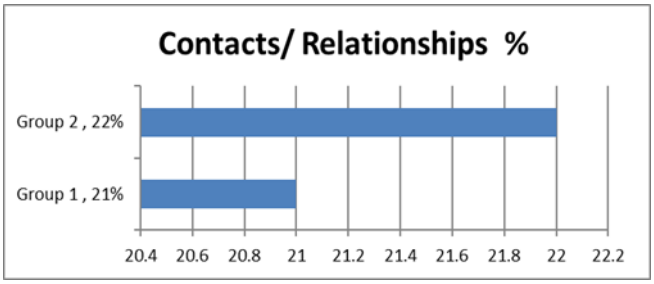


Fig. 9. Diagramă. Compararea valorilor cantitative ale nivelurilor de angajament în sfera contactelor în Grupul 1 și Grupul 2

Diagrama de mai jos prezintă modul în care cifrele privind implicarea în Sfera de contacte/relații sunt distribuite în funcție de sex în fiecare grup de participanți. La prima vedere se poate observa că diferențele dintre femei și bărbați în ambele grupuri sunt mici. În Grupul 1, femeile prezintă cu 2% mai multă implicare în sfera contactelor decât bărbații. În grupul 2, bărbații prezintă cu 4% mai mult angajament în acest domeniu decât femeile.

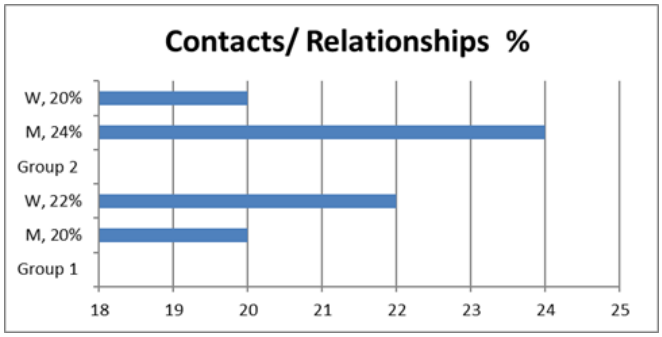


Fig. 10. Diagramă. Compararea valorilor cantitative ale nivelurilor de angajament în sfera contactelor pentru bărbații și femeile din Grupul 1 și Grupul 2

Grupul 1. Pentru Grupul 1, este obișnuit să se întâlnească cu prietenii pentru o masă. 12 din 20 de persoane au menționat că se întâlnesc adesea cu prietenii și mănâncă împreună. Aceasta este o parte integrantă a sferei de contacte în China. Voi cita câteva citate dintr-un studiu privind implicarea în sfera contactelor, traduse din chineză. "Nu am atât de mulți prieteni, prieteni adevărați - doar câteva persoane, dar sunt foarte mulțumit. În fiecare seară mă întorc acasă și comunic cu prietenii, suntem cu toții foarte bine și fericiți împreună, îmi petrec weekendul cu familia mea. " "Am prieteni, dar de obicei comunic cu membrii familiei, în special cu soția mea. În weekend merg de obicei undeva să mă distrez cu soția mea. " "Am prieteni, organizăm adesea cine comune, ne uităm la filme." "De obicei ne adunăm cu prietenii să mâncăm sau comunicăm prin telefon."

Grupul 2. Pentru Grupul 2, prezint selectiv citate dintr-un studiu despre modul în care membrii acestui grup se implică efectiv în sfera contactelor. "Am prieteni, ne întâlnim de câteva ori pe săptămână, le ofer fiicelor mele 1-2 ore pe zi". "Cercul meu de prieteni este brusc limitat. Îmi petrec aproape tot timpul liber cu familia mea." "Sunt cu prietenii de 2-3 ori pe lună și de sărbători, cu familia zilnic." "Am prieteni cu care nu mă întâlnesc foarte des. Îmi petrec aproape tot timpul liber Cu familia mea, soția și copilul." " Am doar câțiva prieteni, dar se pare că aceste prietenii sunt de o calitate oarecum serioasă. Uneori ne întâlnim cu rudele, alteori cu prietenii, corespondăm foarte mult. Petrec mult timp cu familia mea. Ne place să stăm întins, să ne plângem și să nu facem nimic."

2.4. Analiză comparativă a nivelurilor de implicare în sfera Sens/Futur

Sfera semnificației în Grupul 1 cuprinde 18% și în Grupul 2 15% din totalul timpului și energiei participanților. În acest domeniu al vieții, diferența de 3% dintre cele două grupuri este mică.

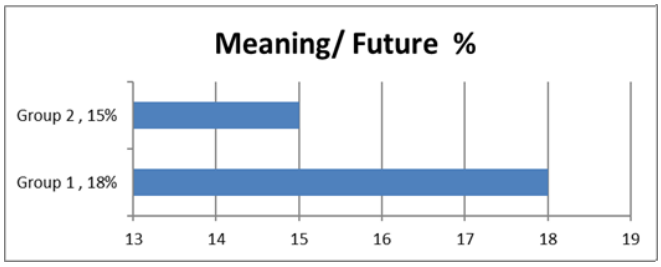


Fig. 11. Diagramă. Compararea valorilor cantitative ale nivelurilor de angajament în sfera semnificațiilor pentru bărbații și femeile din Grupul 1 și Grupul 2

Diagrama de mai jos arată cum sunt distribuite cifrele privind angajamentul față de Sfera de semnificație în funcție de gen în fiecare grup de participanți. La prima vedere se poate observa că diferențele dintre femei și bărbați în ambele grupuri sunt mici. În Grupul 1, bărbații prezintă cu 4% mai multă implicare în Sfera de sens decât femeile. În Grupul 2, diferențele sunt puțin mai semnificative - bărbații arată cu 7% mai multă implicare în sfera sensului/futurului decât femeile.

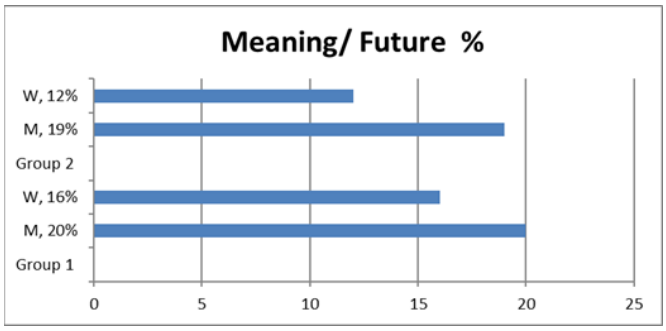


Fig. 12. Diagramă. Compararea valorilor cantitative ale nivelurilor de angajament în sfera sensului/futurului pentru bărbații și femeile din Grupul 1 și Grupul 2

Grupul 1. O persoană a menționat că se consideră religioasă. 13 din 20 de persoane își fac planuri de viitor. 14 din cele 20 de persoane din acest grup au hobby-uri, printre care: volei, dans, lectură, vizionarea de emisiuni TV, fotbal, baschet, fitness, ping pong, badminton, vizionarea de filme, jocuri pe calculator. Voi prezenta câteva citate dintr-un studiu privind implicarea în sfera sensului, traduse din chineză. "Eu am un hobby. Hobby-urile mele - dansul latino-american, gimnastica și cititul. Nu sunt religioasă. planul meu pentru viitor este să achiziționez o asigurare comercială pentru mine și copilul meu, deja o pun în aplicare. Visez că în viitor voi putea să părăsesc China pentru a vedea alte țări. " "Citesc cărți. Nu sunt religioasă. Nu am planuri specifice pentru viitor." "Hobby-ul meu - fotbalul. Nu sunt religios. Planul meu pentru viitor este să deschid o agenție de turism. Visez să vizitez fiecare colț al Chinei sau multe țări străine diferite."

Grupul 2. 3 persoane au declarat că se consideră religioase. 10 persoane din 20 își fac planuri pentru

viitor. 15 persoane au un hobby, restul nu au niciun hobby sau nu au timp liber pentru unul. Printre hobby-uri se numără: vânătoarea, pescuitul, sportul, cititul, muzica și cântatul la instrumente muzicale, excursiile în natură, jocurile pe calculator și jocurile intelectuale, fotografia, diverse meșteșuguri. Voi prezenta câteva citate dintr-un studiu privind implicarea în sfera de semnificație a grupului 2. "Hobby-urile mele sunt jocurile pe calculator, jocurile intelectuale, desenul, creșterea copilului meu, pescuitul, ciupercile. Sunt credincios. " "Am un hobby, îmi place să tricotez, să cos, să citesc cărți. Nu sunt religioasă. Îmi fac planuri." "Hobby-ul meu este muzica (interpretarea). Sunt indiferentă față de religie. Sunt interesat de lectură. Nu mai fac planuri. Implicarea mea în sfera semnificației este în jocurile pe calculator".

Concluzie

Ca urmare a răspunsurilor la chestionarele din anexele la acest articol, au fost obținute rezultatele cantitative ale nivelurilor de angajament față de cele patru domenii ale vieții din modelul de echilibru al lui Nossrat Peseschkian în două grupuri de participanți, unul din China și celălalt din Rusia, și a fost efectuată o analiză comparativă a indicatorilor. Rezultatele acestei comparații pot fi observate în diagrama de mai jos:

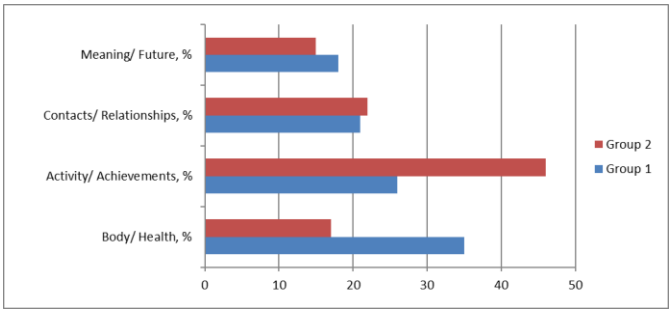


Fig. 13. Diagramă. Diagrama comparativă a celor 4 domenii ale modelului de echilibru în grupul 1 și grupul 2

Așa cum este ilustrat în diagrama finală, cele mai semnificative diferențe în nivelurile de implicare în modelul de echilibru sunt între sferele Corpului și ale Activitate/realizare. În Grupul 1, Sfera Corpului ocupă 35% din întreg, în timp ce în Grupul 2 Corpul ocupă doar 17% - Grupul 1 prezentând aproape de două ori mai mult angajament în sfera Corpului decât Grupul 2. În schimb, sfera Activității în Grupul 1 ocupă 26% din întreg, în timp ce Grupul 2 prezintă 46%. Această diferență de echilibru arată că Grupul 2 dedică cu 20% mai mult timp și energie domeniului Activității decât Grupul 1. Se poate observa că locuitorii din China acordă mai multă atenție Corpului decât rușii, iar locuitorii din Rusia dedică mai mult timp și energie domeniului Activității. Indicatorii cantitativi din domeniul contactelor și semnificațiilor în Grupul 1 și Grupul 2 diferă ușor. Sfera contactelor în Grupul 1 ocupă 21%, iar în Grupul 2 22%. Angajamentul în sfera semnificațiilor prezintă, de asemenea, doar o mică diferență între cele două grupuri, Grupul 1 înregistrând 18%, iar Grupul 2, 15%. Participanții din Rusia și China dedică aceeași proporție din timpul/ efortul lor sferelor Contacte și Semnificație.

Prin urmare, a fost efectuat un studiu preliminar și, pe baza unei anchete a două grupuri și a unei comparații cantitative a datelor, s-a constatat preliminar că în sferele modelului de echilibru din Rusia și China există atât diferențe cantitative semnificative în sfera activității și a corpului, cât și diferențe cantitative minore în sferele semnificației și contactelor.

Referințe

[1] **DAMIAN, O.** (2019). Viața în comunitățile camphill: o abordare a modelului de echilibru: lucrare de conferință. *Congresul mondial pentru psihoterapie pozitivă și transculturală (Kemer/Antalya, Turcia).*

[2] **PESESCHKIAN, N.** (2016). Terapia *pozitivă a familiei: Manual de psihoterapie pozitivă pentru terapeuți și familii*. AuthorHouse UK, Bloomington, SUA

[3] **SINICI, E.** (2015). Un model de echilibru pentru pacienții cu tulburare de stres posttraumatic. *Jurnalul internațional de psihoterapie 19(3).*

Anexa 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 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：	**交往** 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！

Anexa 2.

Bună ziua! Numele meu este Tatyana, sunt psiholog, vă invit să luați parte la cercetarea mea de absolvire, vă rog să răspundeți la câteva întrebări. Vă mulțumesc pentru participare!

1.	* explicarea celor 4 domenii ale modelului de echilibru:
Anul nașterii：	1) Sfera corpului/sănătății: sănătate, nutriție, somn, sport, dans, yoga, sală de gimnastică, jogging dimineața, fitness, frumusețe și îngrijire personală, vizite la coafor și la maseur, stil de viață sănătos, odihnă, plimbare, sexualitate și, de asemenea, emoționalitate - adică tot ceea ce privește corpul și îngrijirea acestuia.
Sex：	2) Sfera de activitate/realizări: muncă, afaceri, formare, dezvoltare profesională, creșterea copiilor, activitate socială, treburi casnice.
Loc：	3) Sfera contactelor/relațiilor: relații cu persoane apropiate cu care vă place să comunicați, în scopul schimbului emoțional, întâlniri cu prietenii, excursii de duminică la bunica pentru plăcinte, (comunicarea de afaceri nu este aici, comunicarea cu prietena iubită / prietenul este aici, iar plimbarea cu un prieten va afecta sfera corpului și sfera contactelor).
Sfera de lucru / studiu：	4) Sfera de semnificație/ Viitorul: opiniile dvs. religioase, filosofice, politice, hobby-urile, reflecțiile asupra semnificației de viață, vise și fantezii, obiective, creativitate, planuri de viitor, citirea cărților etc.

2. Cele patru sfere ale modelului Balance.

2.1. Vă rugăm să completați tabelul de mai jos, pe baza experienței dvs. personale. Comentați ce aspecte sunt completate în fiecare dintre domeniile modelului dvs. de echilibru?

Corp/ Sănătate: Cum vă relaxați? Dormiți bine? Urmăriți sănătatea și frumusețea? Ce faceți pentru asta? Faceți sport? Cum iei grijă de corpul tău? Cu ce altceva îți mai umpli sfera corpului? Răspunsul tău:	Activitate/ Realizări: Lucrați / studiați? Câte zile și ore pe săptămână? Faceți reciclare? Faceți treburi casnice? Creșteți copii? Ce altceva completați în domeniul dvs. de activitate? Răspunsul dvs:
Semnificație/ Viitor: Aveți un hobby? Care dintre ele Vă considerați o persoană religioasă? Citiți cărți? Vă faceți planuri de viitor? Cu ce altceva vă umpleți sfera de semnificații? Răspunsul dvs:	Contacte/ relații: Aveți prieteni? Vă întâlniți des cu prietenii și rudele? Cât timp petreceți cu familia dumneavoastră? Ce vă place să faceți cu prietenii / familie? Ce altceva completați în sfera dvs. de contact? Răspunsul dvs:

2.2. Vă rugăm să marcați cât % din energia și timpul dvs. de viață se află în fiecare sferă? * suma ar trebui să fie de 100%

Corp/ Sănătate ____%	Activitate/ Realizări ____%
Semnificație/ Viitor ____%	Contacte/ Relații ____%

Multe mulțumiri pentru ajutor și participare!

STUDIU PRELIMINAR AL FENOMENULUI DE "ANXIETATE DE SEPARARE" PRIN OCHII METODA DE PSIHOTERAPIE POZITIVĂ ȘI TRANSCULTURALĂ

Elena Drazheva
Doctorand, psihoterapeut pozitiv certificat Psiholog și psihoterapeut în Centrul de sprijin psihosocial "Think different" (Sofia, Bulgaria) **Email:** drajevae@gmail.com

Primit 21.11.2020.
Acceptat pentru publicare 25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Articolul prezintă rezultatele unui studiu preliminar care face parte din pregătirea unei disertații intitulate: "Influența comportamentului parental asupra anxietății de separare la copiii cu vârste cuprinse între 1,5 și 5 ani". Acest articol discută relația dintre simptomele și problemele copiilor care manifestă anxietate de separare atunci când încep să meargă la grădiniță și experiențele părinților acestora. Studiul preliminar a inclus 38 de părinți și copiii lor care manifestau anxietate la separare. Studiul a utilizat instrumentele psihoterapiei pozitive, care oferă posibilitatea de a diagnostica relațiile părinte-copil și intervenția de susținere.

Keywords: Psihoterapie pozitivă, anxietate de separare, părinte-copil, abilități actuale.

Introducere

Una dintre crizele familiale care îi pun pe părinți la încercare și îi determină să caute clinici de psihoterapie este legată de începerea școlarizării copiilor lor la creșă/grădiniță. Septembrie este perioada în care cabinetele de psihoterapie obișnuiau să fie pline de părinți și copii care au făcut o încercare nereușită de separare atunci când copiii începeau și se adaptau la un loc nou. Anxietatea pe care o resimt copiii este uneori atât de puternică încât provoacă experiențe de vinovăție în rândul părinților, care la rândul lor dau vina pe grădinițe, pe lege, pe profesori etc. și în cele din urmă apelează la specialiști.

Potrivit lui Freud (1991), anxietatea apare atunci când apare o amenințare de rupere a apropierii dintre un copil și mama sa. Este o manifestare de protest față de o posibilă separare, care este esențială pentru existența micuțului. Harry Sullivan (Stamatov, 2006) definește anxietatea ca o emoție interpersonală care se manifestă în frustrarea unei relații între copil și mamă. Emoția apare ca urmare a experienței pierderii, fiind asociată cu o pierdere a securității și a iubirii, care aduce un sentiment de neputință și disperare. Anxietatea este o problemă existențială legată de contradicția dintre securitate și nesiguranță, dintre intimitate și separare.

E. Erickson (1996) face la rândul său o legătură între anxietate și teama de a pierde identitatea. Anxietatea și iubirea sunt principalele motive de identificare, iar iubirea părintească este internalizată în copil sub formă de încredere, securitate și acceptabilitate, ceea ce reprezintă baza pentru stima de sine pozitivă. Atunci când un astfel de comportament este menținut de părinți, el devine un model durabil. În același mod, anxietatea ar putea fi internalizată și ar putea deveni o experiență durabilă pentru un copil.

Apariția anxietății este asociată cu apariția a două experiențe:

- Experiență de separare, respectiv pierdere;
- Experiență asociată cu pierderea iubirii (respingere).

În fiecare zi, copilul se confruntă cu momente de aprobare sau dezaprobare. Reacțiile mamei, care sunt legate de dezacord, furie, pedeapsă, pot fi percepute de copil ca o pierdere a iubirii figurilor sale semnificative și acest lucru poate afecta stima de sine a copilului. Experiența legată de eventuala pierdere a iubirii este o variantă a experienței de separare ulterioară.

Potrivit lui John Bowlby (2005), îngrijirea maternă în copilăria timpurie este la fel de importantă pentru sănătatea mintală precum vitaminele și proteinele sunt pentru sănătatea fizică. Aceasta formează un sistem "părinte-copil" inseparabil, simbiotic și coerent, în care cele două părți principale (de obicei mamă-copil) sunt interdependente în ceea ce privește nevoile lor.

Pentru un copil, separarea nu este doar ruperea unei legături externe, ci distrugerea acelei legături este experiența pierderii unei părți din copilul însuși.

În rezumatul celor de mai sus, este clar că, atunci când examinăm anxietatea unui copil, trebuie să luăm în considerare experiențele părintelui acestuia, deoarece comportamentul copilului este strâns legat de prezentarea părintelui ca persoană de referință. Adesea, atunci când un părinte aduce un copil la clinica de psihoterapie cu o problemă de anxietate de separare, părintele se concentrează doar pe copil, iar așteptările sunt ca terapeutul să lucreze doar cu copilul pentru ca acesta să nu-și mai facă griji.

Analiza literaturii de specialitate arată că subiectul anxietății de separare și relația dintre experiențele copilului prezentate de reacțiile copilului și cele ale părintelui reprezintă un domeniu de cercetare de actualitate. La momentul studiului, informații despre fenomenul observat au fost găsite în Dallaire, D., Weinraub, M. (2006). Cercetarea lor a dovedit că modelul atașamentului este fundamental pentru înțelegerea dezvoltării anxietății de separare la copiii de 6 ani, care pe de o parte nu afectează problemele legate de dezvoltarea psihologică și socială a copiilor, iar pe de altă parte acoperă un grup diferit de cel studiat de noi (1, 5 - 5 ani). Nu există surse de date găsite pe această temă în Bulgaria.

Metodologie

Obiectul studiului este relația dintre mamă (părinți) și copil la admiterea la grădiniță/creșă.

Obiectul de studiu: Anxietatea de separare la copiii cu vârsta cuprinsă între 1,5 și 5 ani atunci când sunt separați de părinți cu ocazia admiterii la grădiniță / creșă

Scopul studiului este relația dintre anxietatea copiilor la separare și reacția părinților.

Metode de studiu:

1) Analiza de conținut a datelor privind modelul de procesare a conflictelor - domenii: corp, activitate, contacte, viitor / fantezie și datele din inventarul diferențial-analitic (DAI);

2) Prelucrarea informațiilor individuale în agregat pe baza procentelor.

Studiul este de natură preliminară și face parte din teza mea de doctorat intitulată: "Influența comportamentului parental asupra anxietății de separare la copiii cu vârste cuprinse între 1,5 și 5 ani" și continuă cu extinderea eșantionului experimental.

Studiul a fost realizat cu părinții a 38 de copii cu vârste cuprinse între 2 și 4 ani, 20 de băieți și 18 fete, care prezentau anxietate de separare.

Rezultate

Modelul de procesare a conflictelor oferă un bun teren pentru diagnosticarea a ceea ce se întâmplă în diada părinte-copil, unde discrepanța dintre comportamentul așteptat și cel real al ambelor părți devine baza pentru desfășurarea experiențelor conflictuale (anxietate, frustrare, frică, tristețe, nemulțumire etc.). Un părinte își descrie bine reacția la situația cotidiană recurentă - aducerea și lăsarea copilului la grădiniță sau creșă, în mai mult de jumătate (65%) localizarea conflictului este în zona: "Viitor / Fantezie", fiind prezente îndoiala, neîncrederea și temerile, iar în 35% - zona: "Contacte", manifestat prin iritare și nemulțumire. Copiii, la rândul lor, răspund la apariția "separării" printr-un simptom ("Corp"), refuzul activității ("Activitate") și reticența de a comunica cu ceilalți ("Contact"), împreună cu 38 de părinți ai copiilor care prezintă anxietate de separare. vârsta de la 2 ani până la 4 ani, 20 băieți și 18 fete.

Figura 1 sintetizează datele privind modul în care un eveniment afectează atât copiii, cât și părinții acestora.

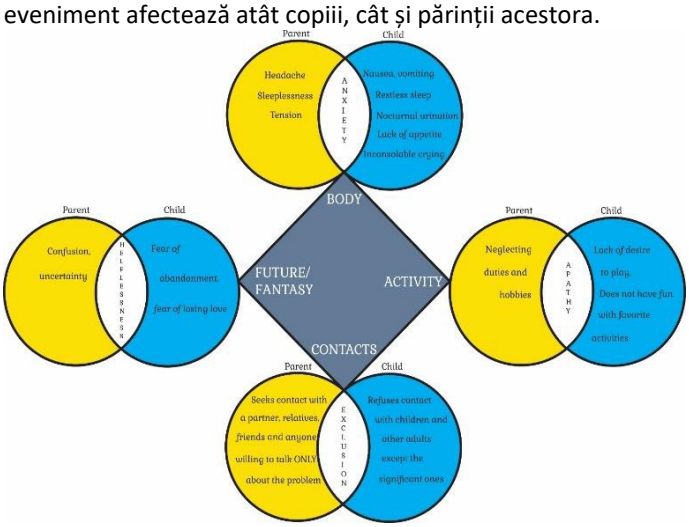


Fig. 1 Model de echilibru

În zona "corpului", 73% dintre copii își exprimă anxietatea prin plâns (fii atent la mine, mă doare), urinare nocturnă (plâns de jos), greață și vărsături (vreau să scap de acest sentiment, să mă eliberez de el), insomnie (sunt în alertă), reticență la mâncare (nu vreau și nu pot să iau nimic), pe de altă parte, 70% dintre mame își exprimă anxietatea prin dureri de cap (gânduri febrile despre ce se întâmplă și căutarea unei soluții),

insomnie (mai mult timp pentru a încerca rezolvarea problemelor și teama de ziua următoare) și tensiune (totul depinde de mine). Devine clar că sentimentul în ambele părți este o anxietate puternică.

În domeniul "Activitate", în 80% dintre părinții și copiii intervievați, principalul sentiment al ambelor părți este apatia. Manifestarea acestui sentiment este reticența copilului de a se juca și de a participa la activitățile preferate, iar mama își pierde dorința de a face treburile casnice și de a practica hobby-urile preferate.

În domeniul "contactelor", pentru 81%, principalul lucru este ca ambele părți să fie excluse din lumea exterioară, dar să fuzioneze una cu cealaltă, deoarece numai acest lucru aduce liniște ambilor. Copilul nu dorește să intre în contact cu alți adulți în afară de mama sa, iar mama, la rândul său, ia contact cu alții (profesori, psihologi), doar pe baza unor comentarii legate de anxietatea copilului. Pe lângă faptul că nu intră bine în contact cu ceilalți, mama nu reușește nici să intre în contact cu ea însăși (pentru a-și vedea propria implicare în situație), dar crede că singura problemă este copilul.

în câmpul "Viitor / Fantezie" pentru 69% dintre intervievați, lucrul comun pentru ambele părți este neputința, care la copil se exprimă prin teama de a pierde dragostea, "Mama nu mă mai iubește!", Teama de abandon, "Mama nu va veni să mă ia înapoi!", părintele are sentimente puternice de confuzie și nesiguranță", Fac ceea ce trebuie?", "Sunt un părinte bun?"

Utilizarea abordării analitice diferențiale, în care domeniile de comportament (real sau așteptat) descrise prin abilități reale secundare (acuratețe, supunere, disciplină, diligență, fiabilitate etc.) și domeniile de atitudine (față de sine, față de celălalt și față de mediu) descrise prin conținut prin abilități reale primare (timp, răbdare, încredere, model - eșantion, atenție, dragoste etc.), a permis dezvăluirea pregătirii pentru conflict.

În centrul declanșatorului care însoțește anxietatea de separare la copii se află problema comportamentului parental și modul în care modelele parentale afectează direct sau indirect anxietatea copiilor și apariția tulburărilor de atașament. Studiul a arătat următoarele rezultate în ceea ce privește abilitățile reale primare ale părinților. (Fig. 2)

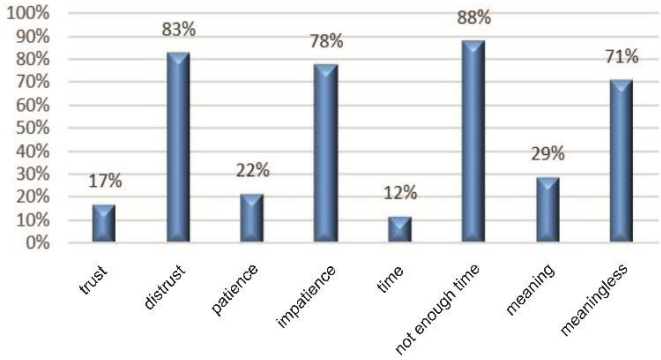


Fig. 2. Abilități reale primare la părinți

Pentru 80% dintre părinți este extrem de dificil să aibă încredere într-o instituție sau într-un alt adult pentru îngrijirea copiilor lor și abordează acest lucru cu neîncredere exprimată. La 78% există o nerăbdare puternică atât față de situație (copilul se obișnuiește și nu mai plânge), cât și față de sine însuși (nu mai suport situația). 88% dintre părinți sunt pesimiști cu privire la faptul că timpul este crucial și că, în timp, copilul se va obișnui, precum și nu manifestă dorința de a acorda timp. Pentru 71%, separarea copiilor este lipsită de sens și o consideră un "jaf" al copilăriei.

Datele privind abilitățile reale secundare au arătat că 65% dintre părinți nu respectă autoritatea (supunere, disciplină), iar 77% sunt indiferenți la recomandările angajaților din grădiniță și contestă regulile introduse acolo (responsabilitate, ordine).

Atât părinții, cât și copiii au experiențe identice legate de procesul de separare.

Copilul caută în mod activ prezența mamei și îi cere acesteia să împărtășească în mod constant fiecare dintre noile sale experiențe sau sentimente. Deși copilul nu mai este atât de dependent și neajutorat ca în etapele anterioare ale dezvoltării sale, prin comportamentul său pare să se străduiască să fie exact opusul. Pentru mamă, acest comportament pare confuz și contradictoriu. Unele mame nu pot accepta comportamentul constant exigent și solicitant al copilului lor, în timp ce altele nu pot tolera separarea treptată a copilului de ele și nu pot accepta faptul că copilul lor devine tot mai independent și mai separat și nu mai face parte din ele. În același timp, copilul devine din ce în ce mai conștient de autonomia sa, dar nu se poate separa complet de mamă, așa cum o arată încercările constante ale copilului de a face ceva cu ea sau de a o imita.

O analiză aprofundată a informațiilor arată că, adesea, părinții nici nu bănuiesc cum își proiectează propriile traume asupra copiilor lor: "Am amintiri foarte urâte de la grădiniță!", "Este normal să plângă, și eu plângeam.", "Părinții mei încă mai spun povești neplăcute din perioada în care am fost la grădiniță." Dificultățile pe care ei înșiși le-au avut au fost transmise cu ușurință copiilor lor și au scos la suprafață trauma propriilor experiențe.

Derivarea abilităților topice puternice (descurcărețe), cum ar fi: sârguința, dragostea, siguranța, consecvența, fiabilitatea, atât la copil, cât și la părinte, normalizează experiența și le permite să vadă situația dintr-un alt unghi:

- 93% dintre părinți își arată dragostea;
- 90% dintre cei intervievați arată tandrețe față de copil;
- 87% dau dovadă de perseverență în îngrijirea copiilor și sacrificiu de sine.

Aici este foarte important ca mama să fie sprijinită în recunoașterea și acceptarea copilului ca individ, fără a încerca să îl subordoneze propriilor preferințe și dorințe. Comunicarea verbală și empatia sunt abilități care sunt importante în relația unui părinte cu un copil. Potrivit lui Margaret Mahler (Mahler, 1979; Mahler et al., 1975), dacă mama împărtășește experiențele copilului și

le acceptă cu calm, copilul își construiește o imagine iubitoare despre ea și despre ceea ce se întâmplă, începe să o imite și copilul devine "umbra" ei, iar prezența și participarea ei emoțională sunt previzibile. . Atunci când mama este excesiv de grijulie și anxioasă, intervine grosolan în lumea copilului și este extrem de atașată de acesta, ea devine "umbra" acestuia, ceea ce împiedică procesul normal de individualizare și de ieșire din relația simbiotică cu copilul. Îngrijirea excesivă a copilului de către mamă menține iluzia că acesta nu poate funcționa decât într-o relație simbiotică. Mama poate fi distantă din punct de vedere emoțional pentru a răspunde în primul rând și rațional la impulsurile copilului, ceea ce va determina copilul să își concentreze o mare parte din energie și abilități pentru a încerca să câștige dragostea ei, în loc să investească această energie în propria dezvoltare, ceea ce ar duce la autonomie.

Neacceptarea și negarea separării în timp conduce la o dependență patologică de obiect și la o incapacitate de a tolera frustrările provenite din realitatea externă. Cât de mult va suferi un copil de anxietate în timpul separării depinde de trei variabile care sunt supuse susținerii în timpul procesului terapeutic.

Prima se referă la dezvoltarea sentimentului de "eu" al unui copil - în ce măsură se percepe pe sine ca o ființă umană independentă și în ce măsură își construiește un concept de sine autonom, cum se bazează pe abilitățile pe care le-a dezvoltat deja în contact cu părintele și cum le conectează la realitate?

A **doua** variabilă este legată de experiențele care apar în legătură cu separarea, și anume gradul de frustrare și modul în care aceasta este trăită de copil în ceea ce privește abilitățile actuale primare (aștept de la mama: dragoste, atenție, siguranță) și de părinte în ceea ce privește abilitățile actuale secundare (aștept de la copil: supunere, ordine, disciplină).

A **treia** variabilă este legată de capacitatea copilului de a integra abilitățile reale primare și secundare în relațiile care implică mai multe persoane.

În etapele de dezvoltare, copilul trebuie să renunțe la unele lucruri pentru a dobândi altele. Plecarea la grădiniță este un moment cheie în existența unui copil, pe care îl va tolera bine dacă părinții reușesc să îi arate sprijin, să nu îl menajeze. Este important să clarificăm nu numai rolul socializator al grădinițelor, ci și importanța lor pentru dezvoltarea psihologică a copiilor. Prin modelul de intervenție în cinci pași al Psihoterapiei Pozitive și Transculturale părinții se familiarizează cu necesitatea de a "doza" iubirea și de a stabili limite flexibile în contactul cu copilul. De exemplu: În faza de observare / distanțare, terapeutul îi învață pe părinți să observe cu curiozitate ce se întâmplă cu copilul lor, cum se schimbă, ce îi atrage atenția, ce este interesant pentru acest copil etc.

În faza de inventariere, părintele, cu ajutorul psihoterapeutului pozitiv, învață să afle ce este dificil pentru copil în această etapă a dezvoltării sale, ce suportă fără probleme etc. În timpul acestei prime separări, atât părintele, cât și copilul suferă o schimbare fundamentală în lumea lor interioară, iar aceste schimbări necesită o pregătire mentală pentru această trecere spre autonomie, care este trăită emoțional, mai ales din partea mamei.

Trei etape sunt deosebit de importante. În limbajul psihoterapiei pozitive și transculturale, acestea sunt atașament - diferențiere - separare. Procesul de separare are loc fără conflict numai după o diferențiere reușită. În ceea ce privește o diferențiere bună, o atitudine parentală pozitivă față de lăsarea copilului la grădiniță ar suna cam așa: "**Tu** ești îmbrăcat și pregătit pentru grădiniță, **eu** sunt pregătit pentru muncă. Astăzi **te** vei juca cu ceilalți copii, vei dormi la grădiniță, iar **eu** voi lucra la slujba mea." și pentru a-i sugera copilului că ceea ce se întâmplă nu este o separare, ci o detașare (pregătire pentru o nouă legătură), părintele ar putea reacționa astfel, de exemplu: "**Tu** stai aici cu ceilalți copii și cu **asistenta**, eu mă duc la serviciu. Când vei dormi și vei lua micul dejun, voi veni să te iau".

Concluzie

Anxietatea care apare atunci când un copil începe să frecventeze o grădiniță este semnificativă atât pentru copil, cât și pentru părinți. Copiii din această grupă de vârstă sunt caracterizați de o curiozitate puternică și de dorința de a explora lumea pe cont propriu, aici aceste caracteristici ale crizei de vârstă fac loc temerilor de abandon, de pierdere a iubirii părinților și de necunoscut. Părinții știu și realizează că acest moment al separării va veni. Cred că sunt pregătiți pentru acest pas, dar descoperă că și ei trebuie să-și înfrunte propriile temeri. Psihoterapia pozitivă și transculturală oferă posibilitatea de a dezvolta imaginea de ansamblu a procesului și de a sprijini sistemul părinte-copil pentru a-i ajuta să treacă prin această provocare mai ușor, fără probleme și fără conflicte.

Referințe

[1] **BOWLBY, J.** (2005) *O bază sigură*. Routledge. 224 p.

[2] **ДОЛТО, Ф. [DOLTO, F.]** (2012). Когато *се появи детето* [Când apare copilul]. София: Colibri. 448 с.

[3] **ДОЛТО, Ф., [DOLTO, F.]** (2005). Несъзнаваният *образ на тялото* [The unconscious body image]. София: Център-за-психосоциална-подкрепа. 320 с.

[4] **ЕРИКСЪН, Е. [ERIKSON, E.]** (1996). *Идентичност: Младост и криза* [Identitate: Tinerețe și criză]. София: Наука и изкуство. 340 с.

[5] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Psihoterapia pozitivă a vieții de zi cu zi: A Self-Help Guide for Individuals, Couples and Families with 250 Case Stories*, Bloomington, SUA: AuthorHouse UK

[6] **СТАМАТОВ, Р. [STAMATOV, R.]** (2008). Детска *психология* [Psihologia copilului]. Пловдив: Хермес. 407 с.

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

[8] **ЦИРКОВА, Д. [TSIRKOVA, D.]** (2007) *Психологично консултиране на деца, юноши и родители.* [Consiliere psihologică pentru copii, adolescenți și părinți]. София: Център-за-психосоциална- подкрепаю 126 с.

[9] **DALLAIRE, D., WEINRAUB, M.** (2006). Predicția anxietății de separare a copiilor la vârsta de 6 ani: Contribuțiile securității atașamentului copil-mamă, sensibilitatea maternă și anxietatea de separare maternă. *Atașament și dezvoltare umană.* 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; 1st edition. 306 p.

[11] **MAHLER, M. S., F. PINE & A. BERGMANN**. (1975) *Nașterea psihologică a sugarului uman. 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)

DEZVOLTAREA ABILITĂȚILOR PRIMARE LA PREȘCOLARI FOLOSIND METODE ECOLOGICE DE TERAPIE PRIN ARTĂ (PE EXEMPLUL UNUI PROGRAM CORECTIV PENTRU REDUCEREA NIVELULUI DE ANXIETATE)

Gelya Bend
Basic Consultant of PPT, Master Course listener, art-therapist
Instituție de învățământ grădinița "Deborah" (Shenzhen, China)
Email:
gelya86@yandex.ru

Primit la 19.11.2020.
Acceptat pentru publicare
25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Acest articol se concentrează pe utilizarea terapiei prin artă și a terapiei bazate pe natură în tratarea anxietății la copiii preșcolari și dezvoltarea capacităților primare. Detectarea tulburărilor emoționale, precum și prevenirea și intervenția, pot ajuta copiii să își mențină sănătatea mintală. Terapia bazată pe natură alături de artele expresive ar putea fi foarte eficientă în a-i ajuta pe copii să învețe despre emoțiile lor, să se exprime și să își dezvolte încrederea în sine. Programul de art-terapie (abordarea terapiei bazate pe natură) menit să reducă nivelul de anxietate la preșcolari a fost implementat într-o grădiniță privată "Deborah" (Shenzhen, China).

Cuvinte cheie: anxietate, vârstă preșcolară, capacități primare, terapie prin artă, psihoterapie pozitivă.

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 т о причин (например, буллинг или физические травмы, полученные ранее), частые ночные кошмары - могут свидетельствовать о повышенном уровне т р е в о ж н о с т и . 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 самоподдержанию, 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 мартеью 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 собой и другим, к эффективной адаптации, что часто является задачамите рапевтического 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 групппу 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 результатам 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 результатам 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 результатам 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 разумеется - 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 другого 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 деревянных 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 групппе 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 групппе 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 групппе 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). Arta de a utiliza elementele metaforice ale naturii ca "co-terapeut" în terapia de joc ecopsihologie. În A. Kopytin & M. Rugh (Eds.), *Terapii expresive de mediu: Nature-assisted theory and practice* (p. 100-122). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781315310459-7

[15] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Psihoterapia pozitivă a vieții de zi cu zi: Un ghid de auto-ajutor pentru indivizi, cupluri și familii cu 250 de povestiri de caz.* Bloomington, SUA: AuthorHouse UK

DINAMICA FAMILIEI ÎN PSIHOTERAPIA ADOLESCENȚILOR CU ANOREXIE

Veronika Ivanova
Phd, psiholog clinician,
psihoterapeut (Varna, Bulgaria)
Profesor asistent șef la Universitatea de Medicină din Varna
Email:
veronica_ivanovi@abv.bg

Primită la 15.11.2020.
Acceptat pentru publicare
25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Articolul reprezintă problema relației dintre dinamica familiei și apariția, dezvoltarea și tratamentul tulburărilor alimentare la adolescenți, prin prisma abordărilor psihodinamice și pozitive în psihoterapie. Concluzia principală este că, fără a lua în considerare dinamica relațiilor familiale, funcția simptomului nu poate fi înțeleasă.

Cuvinte cheie: anorexie, familie, adolescent, psihoterapie pozitivă.

Introducere

Teoriile psihodinamice postulează că, prin apetit și refuzul de a lua alimente, se previne urmărirea inconștientă orală și agresivă. Postul a fost văzut ca o reacție inconștientă de protest și pedeapsă față de părinți (Loch, 1971, Alexander, 1971). Prin aspectul și comportamentul lor, bolnavii manifestă foame emoțională. Multe dintre strategiile terapeutice se bazează pe înțelegerea influenței inter stocului din interiorul familiei (Rosman, 1976). Principalul conflict în familiile bolnavilor anorexici este asociat cu așa-numitele " familii "intacte" cu relații financiare. Potrivit lui Peseschkian (2016), tipic în aceste familii este accentul pus, la unul dintre părinți, pe importanța ordinii, purității, politeții, succesului, iar în ceea ce privește religia, se acordă atenție și unor abilități precum ascultarea. Atitudinile față de corp și sexualitate sunt împinse în afară și este prezentă o abordare accentuat unidirecțională a " spiritualizării". În acest sens, aceste familii sunt numite și " ascetice"- nu există limitări ale plăcerii și senzualității, nici bucuria din goana după senzualitate, goană și tandrețe. Dragostea este meritată de copii prin succes și bună purtare. Există puține sau deloc contacte în afara familiei. Din nou, potrivit lui Peseschkian (2016), adolescenții fac o demonstrație de autonomie printr-un act dramatic de negare a hranei, într-un conflict între ceea ce au învățat în casă și propriile dorințe și atitudini. Slăbiciunea psihogenă oferă o expresie externă a problemei din familie, este o boală a întregii familii, în care persoana bolnavă este doar un purtător. Prin boala sa, el exprimă suferința întregii familii, pe care nimeni nu îndrăznește să o pronunțe cu voce tare. Riscându-și viața, adolescentul face vizibile problemele familiei. Peseschkian descrie mai multe cazuri de anorexie în care fata se identifică cu fratele ei, fapt evidențiat de păstrarea corpului ca băiețesc, un refuz al feminității.

Modelele de legături familiale ale persoanelor cu structură de personalitate obsesiv-compulsivă, cum ar fi specialitatea personalității mai degrabă decât categoria de diagnostic, sunt descrise în cercetarea lui Nancy McWilliams (2018) ca încorporând figuri parentale care creează standarde înalte de comportament și așteaptă adoptarea lor timpurie, strictă și consecventă. Stilul de educație este axat pe motivația pentru realizare. Îngrijitorii au așteptări nerezonabile, prea devreme încep să ceară lucruri pe care copilul nu este capabil să le facă din cauza vârstei sale. Ei resping strict nu numai comportamentul inacceptabil, ci și emoțiile și sentimentele, gândurile și fanteziile care îl însoțesc. Din perspectiva relațiilor de obiect, se pune problema controlului în familie, din care rezultă tulburările alimentare și,

În consecință, sunt derivate structuri de personalitate obsesiv-compulsive. Temerile comune de infecție, prezente la persoanele cu tulburări de alimentație, sunt asociate cu anxietatea de separare și cu supraangajarea și protecția excesivă a părinților. McCullough subliniază că este important să se ia în considerare funcția controlului pe care îl exercită părinții atunci când se abordează psihopatologiile obsesive și compulsive moderne, cum ar fi tulburările de alimentație, să se ia în considerare funcția controlului pe care îl exercită părinții, să se planteze tipare obsesive și compulsive prin rușine și nu atât prin ingerarea de vinovăție, care a fost descrisă în studiile anterioare. Autorul descrie, de asemenea, un alt tip de mediu familial, fundamental opus atmosferei supracontrolate și moraliste descrise până acum, în care copiii sunt privați de standardele familiale, cu o lipsă de supraveghere și ignoranță neglijentă. În acest caz, copilul încearcă să fie opusul părintelui distrat și neterminat, creând un standard prea strict și idealist care nu este umanizat, nu are față umană, deoarece nu are legătură cu comportamentul părinților reali, iar acest lucru îl face și mai strict și mai abstract. Acești copii trebuie să se modeleze într-o imagine parentală de invenție proprie. În analiza sa a problemei, Delarosch (2004) a definit boala ca fiind "o formă de sinucidere lentă, deghizată în numeroase moduri și susceptibilă de a fi atacată de alții". Din acest motiv, autorul crede că anorexia este o întrerupere capricioasă a procesului de dezvoltare. Dacă adolescentul poate realiza că refuză procesul adolescenței, aceasta duce treptat la o revenire la acest proces. Este vorba despre un conflict care poate fi exprimat doar prin dramă. Delarosch (2004) îl numește "greva foamei" și controlul asupra părinților, o iluzie continuă de omnipotență care este un indicator al unui eșec al cuvântului în familie care trebuie restaurat. La început, familia a adoptat dieta adolescentului ca parte a modelului impus de mass-media - o problemă banală a adolescenților. Apoi apare o pierdere reală a apetitului, iar apoi rudele încearcă să îl forțeze pe bolnav să mănânce, ceea ce în acest stadiu al bolii este deja foarte dificil, iar apoi apar conflictele. Cu toate acestea, Delarosch (2011) consideră că dacă anorexica și-a rezolvat conflictele prin simptom, atunci nu o face prin negocierea cu cuvintele. Din acest motiv, începe o luptă pentru a măsura forțele dintre fată și părinți. Autorul se referă la cunoașterea relației dintre oralitate și sexualitatea feminină, anorexia devenind pentru fată o " negare triumfătoare a complexului Oedip". Anorexia îl pune în discuție pe tată, în special inutilitatea sa,*** castrarea sa față de soție. Cu alte cuvinte, anorexia este o funcție a deteriorării relațiilor afective și sexuale dintre părinți. Delarosch (2011) subliniază, de asemenea, reticența fetei de a semăna cu mama, cauzată de dizarmonia de alt tip dintre părinți, evidența complexului lui Oedip. Autorul scoate în evidență patru caracteristici ale anorexiei în mediul familial: "Greva foamei", în anorexie adolescenta își vede posibilitatea unei revanșe, până atunci presată de conflictele din familie, descoperă puterea pe care o are asupra părinților prin refuzul de a mânca.

Există o "adevărată probă de forță" între părinți și adolescent, în care de multe ori medicul se află în rolul de mediator, care încearcă să îi explice adolescentului că fiecare lovitură are sfârșitul ei. " Omnipotența" - nevoia bolnavilor anorexici de a se plasa deasupra celorlalți din punct de vedere intelectual și spiritual, de a se trăi ca ființe extrem de spirituale, ridicate deasupra nevoilor casnice prosaice și meschine, precum alimentația și sexualitatea - toate acestea pot fi observate în discursurile lor. A treia caracteristică descrisă de Delarosch este tocmai refuzul sexualității, negarea corpului ca fiind sexual - acesta rămâne un corp cu forme de copil, fără semnele distinctive ale femeii, un refuz al ideii de comunicare sexuală, încetarea menstruației este o expresie fizică a acestui refuz. A patra caracteristică ridică problema " umbrei morții", deși adesea bolnavii nu realizează natura suicidară a comportamentului lor și sunt susținuți de un sentiment iluzoriu de nemurire și omnipotență, al celui care poate trăi fără să mănânce, doar cu aer și apă. Delaros descrie anorexia ca un eșec al discursului în familie, iar în timpul psihoterapiei, acest schimb de cuvinte trebuie restabilit, între copil și părinți, chiar înainte de începerea psihoterapiei cu copilul. În esența sa, anorexia este o negare a sexualității, a faptului de a fi femeie, la fel ca mama sa - refuzul de a se identifica cu mama, adesea din cauza unei situații de Oedip neautorizate, în care sexualitatea feminină face insuportabilă anxietatea insulei. Lacan (2008), în "Complexele familiale", vorbește despre de-ationarea deliberată ca despre o sinucidere non-violentă, în care subiectul este condamnat să repete la nesfârșit efortul de a se rupe de mamă. Pe primul loc între cauzele nevrozei, acesta pune nevroza parentală. "Soarta psihologică a copilului este, în primul rând, condiționată de relațiile pe care părinții și le arată reciproc. Lacan (2008) spune că, în cazul anorexiei, "ceea ce mănâncă copilul nu este nimic", ceea ce se întâmplă, spune el, pentru că anorexicul a fost călcat în picioare în ceea ce privește nevoia sa de hrană, ea luptând acum să-și mențină dorința prin refuzul de a satisface această nevoie.

Dolto (1995) în "În jocul dorinței" pune dorința de a comunica cu celălalt, de la naștere, prin privire, auz, ca fiind mai esențială decât instinctul alimentar. Această comunicare este cea care este perturbată în familia copiilor anorexici.

În "Adolescenții", Dolto (1995) scrie că neînțelegerile dintre părinți sunt tolerate de copil până la vârsta de 11 ani, dar apoi problema maturizării devine evidentă. Autorul dezvoltă problema dinamicii familiale depășind ipoteza că refuzul de mâncare este îndreptat doar împotriva mamei, Dolto consideră că acest comportament are legătură cu mama, dar nu neapărat cea nativă, ci femeia care face obiectul identificării de către fată.

Înțelegând anorexia, Dolto (2005) trece prin teoria sa a imaginii corporale (așa cum se dezvăluie în dialogul analitic cu copilul). Rădăcina problemei se referă la ceea ce s-a întâmplat în perioada anterioară lui Oedip, între trei și șase ani. Anorexia ne aduce înapoi, scrie ea, la ceea ce s-a întâmplat în așa-numita fază a narcisismului primar, când o fată ajunge să își cunoască genul, ca viitoare femeie, ca mama ei, și la mândria narcisist recompensatoare de a deveni o femeie ca mama ei. Desigur, aici Dolto vorbește despre organizarea sexualității fetei în jurul unui bărbat care este valoros pentru ea, tatăl. Dolto (2005) scrie în cartea sa, "Unconscious Body Image": " Fetele care au luat în momentul castrării primare, la vârsta de trei ani, și-au amânat viața sexuală pentru vârsta adultă, dar care au fost convinse de valoarea personalității lor ca fiică a acestui bărbat și a acestei femei, aceste tinere fete rareori sau aproape niciodată nu fac anorexie".

Creșterea în greutate este un cuvânt legat inconștient de sarcină, fata se supune dorinței de a se mulțumi în fața oglinzii, ștergând toate curbele feminine, chiar și cele mai discrete. Dorința pentru tată este mascată, deghizată într-o iubire complexă, conflictuală, iar problema ei este în conflictul dintre iubirea, afecțiunea și dorința pentru tată și în astfel cu mama și rivalitatea și lupta cu ea. Cu alte cuvinte, potrivit lui Dolto, fata "trăiește conflicte inconștiente complet autonome care datează de la vârsta de trei până la șase ani", având foarte puțin de-a face cu situația actuală și cu comportamentul părinților față de ea în acel moment. Anorexia este o reacție la ceea ce a fost pentru o fetiță între trei și șase ani. Bernard 2016 în The Body leagă anorexia de depresia maternă, tulburările digestive fiind legate de identificarea ei cu suferința mamei, caz în care relația dintre mamă și copil este una care trebuie să se schimbe, astfel încât copilul să nu mai fie bolnav.

Într-un studiu privind dinamica familiei și anorexia, Secondo Fassino, Dragan Svrakic, Giovanni Abbate-Daga (2002) au găsit dovezi ale unor relații imature între părinți care trăiesc în simbioză și au găsit dovezi ale rolului important al tiparelor de personalitate și temperament ale părinților în descrierea taților fetelor anorexice, mai susceptibili de a avea un temperament pasiv, dependent, cu niveluri ridicate de anxietate și temeri personale. Autorii recomandă, ca abordare optimă a tratamentului, una care să ia în considerare caracteristicile familiei și caracteristicile părinților și ale relațiilor familiale.

În conceptele PPT putem descrie anorexia ca fiind capacitatea de a realiza multe lucruri cu activitate și realizări. Suntem preocupați de subiectul mesei, dar fără a aduce atingere subiectului nutriției. (Peseschkian, 2016)

În psihoterapia PPT lucrăm cu autoevaluarea și importanța, rolul femeii de la fetiță la mamă și tată, la femeia mică și temerile la să devină "o femeie ca mama mea". În mod conștient, terapeutul evită să discute acest subiect cu mama. Terapeutul are grijă să nu devină o mamă exigentă și dominatoare, dar continuă să stabilească o legătură cordială. Dimensiunea afectivă este importată prin nursing transcultural, imagini, simbolism și comunicare artistică și, desigur, basme. În conceptele PPT presupunem că conflictul este doar extern într-o zonă a corpului, doar conflictul actual este acolo, conflictul intern este în zona contactelor, iar principalul conflict în domeniul semnificației și problematicii este problema morții.

Peseschkian a scris despre motivul relației veșnic vii dintre adolescent și familie, indiferent de vârsta acestuia. Terapia individului include întotdeauna elemente de terapie familială, chiar și atunci când se lucrează doar cu adolescentul. n ? aceste fetefac referire la abilități secundare precum acuratețea, puritatea, ordinea de mărime, supunerea, sârguința, realizările. Ele își folosesc corpul pentru a se revolta împotriva unei relații excesiv de controlante, dar îndepărtate și reci cu mama, o relație în care fata nu are propriul spațiu, nefiind recunoscută ca persoană și subiect.

Metodologie

Pentru studiul nostru folosim "Testul de percepție tematică" și efectuăm o analiză fenomenologică, calitativă a conținutului. Testul de apercepție tematică, sau TAT, este un test psihologic proiectiv. Susținătorii acestei tehnici afirmă că răspunsurile unei persoane la fișele TAT pot furniza informații despre viziunea sa asupra sinelui, a lumii și a relațiilor interpersonale. Au fost analizate 30 de protocoale de fete cu vârste cuprinse între 12 și 18 ani.

TAT este cunoscută sub numele de *tehnica interpretării imaginilor* deoarece utilizează o serie de imagini provocatoare, dar ambigue, despre care subiectul este rugat să spună o poveste. Subiectului i se cere să spună o poveste cât mai dramatică posibil pentru fiecare imagine prezentată.

Procedura de cercetare este condusă de autor, care lucrează ca psiholog clinician și psihoterapeut în clinica de psihiatrie pentru copii și adolescenți din Varna, Bulgaria.

Rezultate

Pentru nevoile cercetării, am utilizat metode de evaluare calitative:

- analiza conținutului
- analiza fenomenologică interpretativă
- analiza sentimentelor prin analiza lexicală Analiza calitativă a datelor este o metodă descriptivă. Ea

lucrează cu texte sub formă de discurs verbal și scris. Conținutul textului este de o importanță capitală în această analiză. Dar, în afară de conținutul exprimat direct, discursul traduce și starea emoțională a vorbitorilor, atitudinea față de ceea ce spune partenerul, inconștientul

contexte. Analiza fenomenală interpretativă este o metodă care se utilizează atunci când suntem interesați de modul în care o persoană experimentează un fenomen și, în consecință, de interpretarea psihologică a acestei experiențe. Analiza de conținut este o metodă de analiză empirică a conținutului unui text. Ea este caracteristică frecvenței anumitor unități de vorbire sau categorii mentale și, pe această bază, o evaluare a conceptelor mentale back-to-back.

Inițial, sunt rezumate unitățile tematice individuale ale următoarelor segmente:

- agresivitate față de mamă;
- moarte;
- vinovăție;
- dependență;
- revoltă.

Tabelul 1.

Unități tematice de bază în povestirile TAT

Unități tematice de bază în povestirile TAT	Frecvența
Agresivitate față de mamă	86%
Figura paternă	3,3%
Moartea	83%
Vinovăție	80%
Dependența	78%
Revoltă	75%

Analiza comparativă a datelor sintetizate din cele 30 de cazuri (Tab. 1) arată următoarele tendințe semnificative: agresiunea inconștientă față de mamă este proiectată în 26 din cele 30 de protocoale, iar aceasta este însoțită de sentimente de vinovăție și autopedepsire. Imaginea tatălui este idealizată și mai puțin reprezentată decât cea a mamei (în 10 din cele 30 de protocoale). absent, etc.). Percepția de sine este ca cea a unei fetițe, aflată sub puterea unei figuri feminine puternice, cu dorința de evadare și independență amestecată cu oroarea separării și diferențierii. În același timp, relația mamă-fiică este supracontrolată și anxioasă, dar rece din punct de vedere emoțional. Lipsa unui atașament și a unei legături emoționale stabile face ca etapa de diferențiere să fie problematică. Principalul conflict al acestor fete este între nevoia de legătură și iubire și nevoia de diferențiere și rebeliune. Controlându-și mâncarea și corpul, ele încearcă să arate simptomul familiei, riscându-și propria viață.

Cercetătorii patologiei familiale indică diferite tipuri de probleme în familie, Beavers (2000) subliniază că familiile cu un membru bolnav sunt de obicei cele în care nu există limite clare, roluri specificate. În centrul dificultăților de comunicare, cercetătorul utilizează așa-numitul dublu orb, acesta constă într-o disproporție și discrepanță între conținutul mesajului verbal adresat copilului și modul în care este exprimat mesajul. Din punctul de vedere al unei abordări sistemice, cealaltă formă de comportament familial patologic este neacceptarea schimbării, lipsa de flexibilitate la schimbare, care

creează dinamici conflictuale, adesea coaliții diferite în familie, funcționale de nevrozele personale ale celor care le alcătuiesc.

În cazul fetelor, interesul pentru relația cu mama și dorința sexuală în cel mai larg sens al cuvântului sunt complet împinse în afară, fără a fi schimbate în relații interpersonale cu mama și femeile. Dolto împărtășește că experiența sa clinică arată că părinții acestor fete trăiesc adesea într-un mod infantil, într-un climat plăcut sau nu, dar unul în care ideea unei posibile sarcini și nașteri la fată este complet insuportabilă pentru aceste fete și pentru toate simbolurile fertilității. - Sânii, formele corpului feminin sunt distruse de gândul compulsiv de a evita luarea în greutate. Acest fapt nu trebuie analizat, continuă Dolto, deoarece este o "perturbare a relației reale dintre fată și mamă, dintre fată și mâncare, dintre fată și tatăl ei, dintre feminitatea ei imaginară și lipsa ei de experiență cu băieții, dintre fată și oglinda sa".

Concluzie

În cuvintele fetelor, principala problemă în acest moment este separarea de mamă, pe fondul unei legături contradictorii, deoarece subiectul caută să se separe, arătând prin corpul său că există lucruri nespuse în relațiile de familie. Aparent lipsite de conflicte, relațiile de familie din proiecții poartă o tensiune ascunsă și constantă, iar suferința copilului este o expresie a celor nespuse în întregul sistem. Anorexia este, de asemenea, o protecție simbolică a subiectului care se străduiește să rămână liber și diferențiat. Respingerea corpului feminin, asociată cu ruperea relațiilor cu ceilalți semnificativi, duce la o regresie care oprește procesul natural de adio al adolescentului la copilărie, este important ca acest proces să fie adus la conștiință pentru a continua creșterea de la corpul de fată-băiat la corpul de femeie.

Referințe

[1] **BEAVERS, W. R. & R. B HAMPSON** (2000). Modelul sistemului Beavers de funcționare a familiei. *Journal of Family Therapy*. Nr. 22. pp. 128-143.

[2] **FASSINO, S., SVRAKIC, D., ABBATE-DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., STANIC, S., ROVERA, G. G**. (2002). Dinamica familiei anorectice: Date despre temperament și caracter. *Psihiatrie cuprinzătoare*. 43(2). pp. 114-20. DOI: 10.1053/comp.2002.30806

[3] **WESTEN, D** (1991) Evaluarea clinică a relațiilor obiectuale utilizând TAT. *Journal of Personality Assessment*, p. 56.

[4] **БЕРНАРД, Ф. [BERNARD, F.]** (2016). Цялото [Corpul]. София: Център-за-психосоциална-подкрепа

[5] **ДЕЛАРОШ, П. [DELAROCHE, P.]** (2004). *Юношеството* [Adolescență]. София: Център за образователни програми и социални инициативи. София: Център-за-психосоциална-подкрепа. 200 с.

[6] **ДЕЛАРОШ, П. [DELAROCHE, P.]** (2011). *Проблемите на юношеството* [The Problems of Adolescence]. 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* [Adolescenți. Ultimul răspuns la întrebările voastre]. София: Наука и изкуствою 320 с.

[8] **ДОЛТО, Ф., [DOLTO, F.]** (2005). Несъзнаваният образ на тялото [The unconscious body image]. София: Център-за-психосоциална-подкрепа. 320 с.

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

[10] **МАКУИЛЯМС, Н., [MCWILLIAMS, N.]** (2018). *Психоаналитична диагностика. Разбиране на структурата на личността в клиничния процес* [Psychoanalytic diagnosis, understanding the structure of personality in the clinical process]. София: Издателство "Лего Артис". 456 с.

[11] **МИХАЙЛОВА, К. [MIHAILOVA, K.]** (2004). МИХАЙЛОВА, К. *Жени, секс, анорексия* [Femei, sex, anorexie]. София: изд. Весела Люцканова. 144 с.

[12] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Psihosomatică pozitivă: Manual clinic de psihoterapie pozitivă,* Bloomington, SUA: AuthorHouse UK.

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

A FI SAU A NU FI - HAMLET ȘI TEHNICA PSIHOTERAPEUTICĂ: DESPRE ALIANȚA TERAPEUTICĂ, CREȘTERE ȘI TERAPIE EFICIENTĂ

Arno Remmers
M.D., psihoterapeut, formator internațional al PPT (Germania), lector privat și supervizor la Academia de Psihoterapie Wiesbaden (WIAP)
Email:
arno@arem.de

Primită la 15.11.2020.
Acceptat pentru publicare
25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Este posibil să se construiască o alianță ajutătoare pentru cele mai bune rezultate în terapie ținând cont de acest proces util al terapiei, începând cu construirea unui atașament care va fi necesar pentru diferențierea interactivă a contractului de terapie, a obiectivelor și a activității proprii a clientului între ședințe și, în cele din urmă, folosind feedback-ul la sfârșitul fiecărei ședințe. Alianța terapeutică va crește prin schimbări, în situații de criză și praguri în cadrul terapiei. Este esențial să cunoaștem partenerii clienților și să îi facem să ne cunoască, pentru a facilita creșterea clienților noștri și pentru a diminua efectele secundare, să includem interacțiunea cu mediul social al clienților și să încheiem cu feedback-ul privind procesul terapeutic.

Cuvinte cheie: alianță terapeutică, stadii de interacțiune, modelul echilibrului, psihoterapie pozitivă

Introducere

Ca lucrători într-o profesie de vindecare, trebuie să ne preocupăm de întrebările existențiale din viața pacienților noștri. Aceștia suferă de aceste probleme, fie că este vorba de un atac de panică, simțind că vor muri, de o depresie cu o lipsă totală de sentimente sau de o tulburare obsesivă compulsivă cu sentimentul că trebuie să facă întotdeauna ceva fără sens. De obicei, pacienții au așteptări mari și speranță în momentul în care se programează la noi. Noi avem sarcina de a face față întrebărilor lor existențiale, cum să trăim cu faze depresive, cum să supraviețuim unui diagnostic de personalitate borderline sau cum să facem față vieții imprevizibile și naturii sale finite.

Metodologie

În calitate de terapeut, care în principal nu a avut experiența unor astfel de simptome pe care le experimentează pacienții mei, dar care a avut mult timp ani de formare în metode specifice de tratament, mă întreb: Cine sunt eu în această întâlnire cu pacientul meu? Cine aș putea fi eu pentru clientul meu? Cum sunt eu în această relație cu clientul meu? Ce este ceea ce contează cu adevărat în psihoterapie, ce este ceea ce ajută cu adevărat?

În mod surprinzător - nu metoda sau teoria este ajutorul vindecător, influența sa nu este mai mare de 15% asupra rezultatului terapiei. Astfel de date sunt susținute de cele mai noi publicații, cum ar fi cea a lui Bruce Wampold în cadrul Conferinței privind cercetarea sistemică din 8.-11. Martie 2017 în Heidelberg. Ne-ar putea dezamăgi, ca terapeuți care învață sau chiar predau metode psihoterapeutice, faptul că nu metoda psihoterapeutică cu care ne identificăm, ci factorii pacienților, așteptările pacienților și relația terapeutică au cel mai puternic efect asupra rezultatului în tratament (Norcross, 2009). "Cea mai bună metodă" sau "tehnica excelentă" nu sunt ceea ce par a fi - nu sunt cea mai importantă bază pe care să ne ajutăm clienții să aibă o viață mai bună. Totuși, psihoterapia

Metoda ca atare pare a fi necesară în orice caz; pentru mine însumi, ca terapeut, simt nevoia de a dezvolta o identificare cu unul dintre modelele teoretice (Kernberg, 2005), pentru a mă înțelege mai bine pe mine și lumea clienților prin intermediul unei teorii clare, logice și "bazate empiric".

După ce am trecut prin școala psihoterapeutică, am experimentat psihoterapia, am aplicat intervenții, am învățat de la pacienții noștri cum să acționăm sau ce să facem, ca terapeuți, ajungem curând la întrebarea lui Hamlet - A fi sau a nu fi, sau formulată pentru terapeuți: A fi, sau cum să fim? Pentru a supraviețui ca terapeuți. Întrebarea mă readuce la reflecția asupra persoanei reale care sunt, jucând roluri terapeutice, la relațiile terapeutice pe care le avem, la tiparele pe care le creăm unii cu alții, la sensul pe care îl găsim împreună într-un cadru terapeutic. S-ar putea să mă identific cu o metodă care îmi place, cu o teorie în care cred, și totuși - cercetările au arătat de mult timp că nu este foarte important pentru clienții mei ce teorie aplic eu tulburărilor lor. Mai degrabă, este important dacă am o personalitate vindecătoare. Totuși, mă ajută să supraviețuiesc atunci când mă pot identifica cu o anumită metodă de psihoterapie.

O școală psihoterapeutică, cu teoria și învățăturile sale privind intervențiile, mă poate ajuta să mă dezvolt ca personalitate terapeutică. O explicație teoretică a tulburărilor îmi oferă un model interior de lucru. Metodologia mă ajută să mă reflect, folosind termeni din metodele în care cred și îmi dă convingerea că este utilă pentru noi și pentru clienți. Metodele devin modele interioare de lucru. În acest fel, pot înțelege, pot vedea un sens și pot gestiona o situație, cu privire la principiile salutogenetice ale lui Antonovsky (Antonovsky, 1997). În spectrul dintre fapte și religie, putem vedea metoda noastră fie ca pe o teorie logică frumoasă, bazată pe empirie, fie ca pe un instrument de gestionare a problemelor, "frumos de avut". Ea ar putea oferi o bază solidă pentru ceea ce experimentăm unii cu alții într-un proces terapeutic și un ajutor în a afla ce îi ajută pe clienții mei să se organizeze mai bine. Am putea deveni credincioși unei credințe și unei identități psihoterapeutice, pentru a fi uniți cu alții care cred în aceeași idee. Aceasta ne va da un sentiment puternic de a fi de "partea cea bună". Astfel, ne-am putea simți în siguranță și separați de ceilalți periculoși, fiind membri ai unei comunități puternice a "celor mai buni psihoterapeuți din toate timpurile", uniți cu eticheta celei mai bune metode găsite vreodată, ca într-o comunitate religioasă.

Așa că mă întorc la întrebare: A fi, sau cum să fii terapeut? Adevăratul medicament în psihoterapie este alianța terapeutică, cel puțin cercetările recente nu arată alte rezultate.[1] Psihoterapeutul, ca persoană, ca om, este în interacțiune cu clientul. Alianța cu celălalt este ingredientul ajutător, valabil pentru toate tipurile de metode, după cum cita Michael Balint în 1973: "...medicamentul cel mai frecvent dat este medicul însuși. Acesta nu este un medicament în ambalaj, ci o atmosferă în care pacientul percepe un alt medicament" (Boncheva, 2004).

Rezultate

"Persona" - în latină: *per - sonare*, înseamnă "a suna prin masca actorului de pe scenă" în teatru,pe fondul grecesc antic πρόσωπον/prosopon = față. Carl Gustav Jung (1971) definește "Persona" ca fiind "masca sau fața cu care omul se arată lumii".

Așadar, să reflectăm asupra întrebării: Care sunt influențele reale ale formării noastre, ale metodelor psihoterapeutice, ale personalității, experienței și formării terapeutului, ale influenței pacienților înșiși și ale mediului clienților asupra rezultatului tratamentului?

Factorii extraterapeutici par să joace cel mai mare rol în obținerea unor rezultate bune în urma terapiei, adică natura tulburării pacientului ca atare, severitatea simptomelor, disponibilitatea pentru schimbări, caracteristicile personalității individuale, mediul social, împreună acestea alcătuiesc aproximativ 40%. În acest sens lucrează terapia de familie - pentru a implica familia ca cea mai importantă parte a mediului social, iar psihoterapia pozitivă include, de asemenea, familia și mediul social mai larg cât mai mult posibil.

Calitatea relației terapeutice, într-un sens mai larg, alianța terapeutică și persoana terapeutului, are o influență de aproximativ 30% în toate modalitățile. Metodele psihodinamice se axează explicit pe modelele relației terapeutice, pe conținut și dinamică, iar rezistența ca domeniu de formare terapeutică în gestionarea conflictelor. În terapia centrată pe client (C. Rogers), relația terapeutică este văzută ca agent de vindecare. De asemenea, în TCC, relația terapeutică joacă acest rol important, dar de obicei nu este reflectată ca atare. **Alianța terapeutică** este considerată cea mai robustă variabilă de proces, mult asociată cu rezultatul terapeutic pozitiv într-o varietate de modele psihoterapeutice, așa cum a fost afirmat de Alexander, L. B.&Luborsky, L. (1986) Gaston, L.&Luborsky, L. (1993), the

[1] "Modelul bine cunoscut al "factorilor comuni ai psihoterapiei" postulează că, pentru a explica succesul tratamentului diferitelor abordări ale psihoterapiei sau consilierii, un set de factori comuni (cum ar fi contextul social și biografic al clienților, evenimentele de viață din timpul terapiei, puterea motivației clienților, calitățile personale ale terapeuților și relația terapeutică) sunt mult mai responsabili în comparație cu metodele sau tehnicile particulare pentru probleme și tulburări specifice (de exemplu, desensibilizarea sistematică pentru tulburări fobice)... " http://www.isr2017.com/news_events/

alianța se dovedește a fi predictorul eficacității consilierii și terapiei, de asemenea, de Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Shedler și Leichsenring au constatat același lucru (Mellado et al., 2017).

Speranța clientului, o perspectivă de ajutor care va veni în curând, credința în vindecare, cca. 15%, și tehnicile și metodele de terapie au o influență de cca. până la max. 15% asupra rezultatului terapiei, toate aceste rezultate sunt citate de Hubble, Duncan și Miller 2001 (Hubble et al., 2009). Speranța clientului este centrată pe intervenții, în terapia umanistă, în psihoterapia pozitivă, în terapia sistemică sau în psihologia pozitivă. În terapia cognitiv-comportamentală, reflectarea frecventă a obiectivelor terapiei are funcția indirectă de a se concentra asupra unui viitor orientat spre schimbarea simptomelor, astfel încât ar putea crea speranță, în funcție de modul în care este reflectată ca feedback în relația terapeutică.

Într-unul dintre cele mai mari meta-studii din acea perioadă, Grawe (1994) a descris principalii factori ai unui rezultat bun în psihoterapie: **ajutor activ în rezolvarea problemelor, compensare motivațională** (privind valorile și obiectivele) și, din nou - calitatea **relației terapeutice**. Se pare că influența personală sau **personalitatea terapeutului** este legată de unul dintre cei mai puternici factori ai rezultatului psihoterapiei.

Toate acestea reprezintă perspectiva terapeutului. Ce spun **pacienții**? Care au fost așteptările lor și ce i-a ajutat de fapt? Sloane et al au constatat (1975):

"Persoana utilă sau personalitatea terapeutului" (ca atunci când pacienții spun "Terapeutul meu!")

"Ajutați-mă să-mi înțeleg problema", (vezi inteligibilitatea lui Antonovsky sau curățarea lui Grawe)

"Încurajați-mă, ajutați-mă să fac ceva, să fac față dificultăților" (ajutor activ în rezolvarea problemelor)

"Dați-mi posibilitatea de a vorbi cu o persoană înțelegătoare" (calitatea relației terapeutice)

"Ajută-mă să mă înțeleg" (întâlnire interactivă cu o persoană importantă emoțional în alianța terapeutică)

Pentru a rezuma cei mai importanți factori în tratamentul psihoterapeutic:

- Calitatea relației terapeutice
- Înțelegere și clarificare
- Ajutor în soluționarea constructivă a conflictelor
- Optimism pentru a găsi și a oferi ajutor
- Motivație și participare activă
- Personalitatea și maturitatea terapeutului
- Acest lucru este valabil pentru toate metodele (Grawe et al., 1994)

Cum putem ajunge la această calitate și alianță în propriile noastre terapii? Ce înseamnă acest lucru, deoarece personalitatea mea ca terapeut este așa cum este și nu se va schimba prea mult? Și: Ce înseamnă toate cele menționate pentru propria noastră practică? Ce oferă modalitățile psihoterapeutice pentru aceasta?

O **alianță terapeutică**, "alianța ajutătoare" (Luborsky 1976), este atins și susținut prin **diferite metode**:

- Terapia psihodinamică orientată spre personalitate prin a fi un model, prin a fi părinte (Rudolf), orientată spre transfer (Kernberg, 2005) sau orientată spre resurse (Wöller).

- Terapiile psihodinamice orientate spre conflict lucrează cu contratransferul și rezistența ca parte a fondării alianței, depășind împreună dificultățile și creând astfel o modalitate de a rezolva conflictele interioare și interpersonale.

- În terapia Gestalt, egalitatea sentimentelor și pozițiilor pacienților și terapeuților reprezintă o parte importantă a construirii unei alianțe puternice.

- Terapiile umaniste se concentrează pe empatie, autenticitate, pe a fi tu însuți.

- Psihoterapia pozitivă utilizează aceeași înțelegere umanistă fundamentală a relației terapeutice și adaugă interactivitatea, orientarea spre autoajutorare, un limbaj și o teorie ușor de înțeles.

- Terapia cognitiv-comportamentală utilizează orientarea către obiective și încurajează expunerea și confruntarea activă a pacientului pentru a sprijini alianța de lucru.

Ce înseamnă să creezi o "alianță terapeutică"? Rudolf (1991) a răspuns deja la această întrebare, iar ca cercetare, pare să fie valabilă și astăzi: "...ambii parteneri trebuie să **dezvolte convingerea, că ei** înșiși și omologul **sunt potriviți** pentru întreprinderea terapeutică comună și că se pot/pot sprijini pe o **apreciere personală** pentru celălalt. Pacientul trebuie să ajungă la **concluzia, că terapeutul** îl **poate ajuta** datorită mijloacelor sale; pe de altă parte, terapeutul trebuie să lase impresia că pacientul este cineva pe care îl **poate ajuta** și pe care **este capabil să îl accepte până în** prezent, în plus, că este **motivat** să ofere ajutor terapeutic. La urma urmei, ambii parteneri trebuie să dezvolte **aceeași viziune asupra problemei** și **aceeași perspectivă pentru soluții**." (Rudolf, 1991)

Deoarece lucrez de trei decenii ca psihoterapeut și predau psihoterapia din 1992 în Germania și în alte țări, lucrând în medicina psihosomatică, în sănătatea mintală, în spitale și cu pacienți ambulatorii, mi-am pus întrebarea: **ce este comun, ce este diferit** în aceste **medii și relații terapeutice** diferite și în fondarea unei **alianțe terapeutice bune**? Vreau să vă arăt cum îmi place mie să lucrez pentru a ajunge la o bună alianță terapeutică ca terapeut de familie, psihoterapeut și consilier, medic sau în psihiatrie:

Patru situații arată pozițiile diferite ale unui terapeut de familie, consilier și psihoterapeut, medic și în tratamentul psihiatric:

- o familie cu probleme de comportament ale copilului,
- un pacient depresiv,
- pacientul unui medic cu o tulburare de somn,
- o psihoză paranoidă.

Ca terapeut sau medic, am în minte rolul meu, cum să fiu, cum să lucrez cu

- sentimentele mele ca terapeut, adică să fiu neutru și să-mi păstrez sentimentele ca medic, sau să le folosesc în psihoterapia psihodinamică pentru a lucra cu contra-transferul
- cum înțeleg conținutul conflictelor ca terapeut de familie sau cum trebuie să acționez ca în psihiatrie, nefiind înțeles de pacientul psihotic,
- modul de moderare a unui proces psihoterapeutic sau modul de ghidare a pacientului în medicină sau psihiatrie,
- cum să fii sensibil la intuiție în terapia psihodinamică sau cum să planifici pentru pacientul suferind în tratamentul medical și CBT.

Rezultă patru domenii ale seturilor mentale ale terapeutului:

- sentimente vs neutralitate
- înțelegerea conținutului și autoajutorarea vs planificarea tratamentului, psihoeducația și ajutorul activ
- ascultare, interacțiune vs ghidare și acțiune
- a se deschide intuițiilor vs. a avea planuri, sarcini și îndatoriri clare

Pentru diferiți pacienți voi avea nevoie de flexibilitate pe un continuum între aceste atitudini, în raport cu personalitatea și situația clientului/pacientului. Ele sunt diferite în gestionarea conflictelor, psihoterapie, asistență socială, asistență medicală sau tratament medical. Trebuie să mă adaptez la gravitatea depresiei, a tulburărilor anxioase sau la nivelul de integrare în tulburarea de personalitate sau psihoză, acordând spațiu sau fiind activ, simțind sau fiind neutru, acționând sau lăsând clientul să gândească și să se schimbe. Vom oferi spațiu și cadru de siguranță emoțională pacientului, fiind interesați cu atenție să înțelegem legăturile ascunse ca psihoterapeut. "Medicul, în rolul de comunicator, are un contact intens cu tulburarea sau boala. Informațiile subiective provenite din experiența pacientului în contact cu medicul și cu boala nu au (de obicei) o valoare comunicativă [pentru medicul medical]" (Boncheva, 2004).

O cale constructivă pentru o alianță terapeutică este de a vedea pacientul ca specialist al sentimentelor și experienței sale legate de tulburare, în timp ce medicul va fi specialistul care va face experiența inteligibilă. Ca medic, îi voi oferi pacientului cunoștințele mele despre tulburare și tratament, în psihoterapie îmi voi folosi cunoștințele despre comunicare și conținutul problemelor. Calitatea feedback-ului în întâlnirea noastră va fi mai mult în jurul efectelor tratamentului și activității pacientului, în medicină și psihiatrie. Feedback-ul este eficient pentru o alianță utilă atunci când îl facem în mod regulat, privind relația terapeutică[2] .

[2] "1. Creați o "cultură a feedback-ului", 2. Integrați feedback-ul alianței și al rezultatelor în îngrijirea clinică, 3. Învățați să "eșuați cu succes" în: Practică/medicină bazată pe dovezi (EBM) vs. Practică bazată pe dovezi (PBE). Feedback-ul ca principal instrument important. Scott D Miller, Centrul Internațional pentru

În special în momentele de prag sau de schimbare în consultare și psihoterapie. Acest lucru va ajuta clientul să facă progrese bune.

Să lucreze cu mediul social al clienților:

În special în terapia copiilor, avem nevoie de abordarea terapiei de familie ca o alianță utilă cu familia, nu doar de tratarea copilului. În terapia tinerilor pot fi invitate și persoane din mediul social al adulților, dacă clientul dorește. Christian Reimer a sugerat că, în terapie, ar trebui "să cunoaștem terțul necunoscut" (Reimer&Rüger, 2012) - partenerul sau familia clientului ar trebui să știe despre noi sau să ne cunoască, dacă clientul dorește, iar terapeutul ar trebui să cunoască partenerul pacientului, pentru a diminua efectele secundare ale terapiei și pentru a lărgi alianța terapeutică.

Dezvoltarea interacțiunii în sesiunile noastre de terapie urmează **trei etape ale interacțiunii**:

Atașament - diferențiere - detașare, într-un proces de interacțiune, înțelegere și cooperare. Acestea sunt modul natural de întâlnire al oamenilor în multe limbi, precum "bună ziua!, ce mai faci?, ne vedem mai târziu!", sau ca atitudinile noastre în fazele de tratament:

1. Atașamentul: Sentimentul pacientului că o persoană își face timp pentru el și că are răbdare să asculte și să fie cu adevărat interesat de problema sa este punctul de plecare pentru a avea încredere în dumneavoastră ca persoană și speranță pentru viitor și rezultat.
2. Diferențierea este faza de învățare reciprocă și de clarificare a necunoscutului: Despre ce este vorba, care este conținutul problemei, de ce este nevoie?
3. Detașarea înseamnă să privești înainte, să primești feedback despre sesiune (Engster & Wampold, 1996) și să te pregătești pentru perioada de după terapie, autoajutorare și obiective viitoare

Un exemplu pentru a ne ajuta să analizăm etapele interacțiunii: Uneori pacienții vin și îmi cer imediat un diagnostic sau o rețetă de medicamente, sau un plan de terapie. Atunci îi amintesc pacientului de proverbul "Dacă dai cuiva un pește, îl hrănești o dată, dacă îl înveți să pescuiască, își poate hrăni familia o viață întreagă". Voi reveni la atașament, pentru a avea mai întâi o legătură umană, pentru a-i oferi pacientului un spațiu în care să se simtă liber, să aibă timp, să simtă răbdarea mea, înainte de a începe cu subiectele și conținutul terapiei. Lievegoed a spus: "O discuție sau o cultură a vorbirii includ faptul că un om se întâlnește pe sine în sinele celuilalt".

A începe și modera procesul terapeutic cu **atașament**, a trece prin **diferențierea** conținutului și a dinamicii, a organiza o bună **detașare**, introducând autoajutorarea clientului, mi se pare important în toate tipurile de întâlniri terapeutice, și mi se pare important să avem

Excelență clinică: Inima și sufletul schimbării: Ce funcționează în terapie p. 21. http://www.scottdmiller.com/

o alianță terapeutică fructuoasă. Trei faze ale relațiilor și interacțiunilor terapeut-pacient au fost deja descrise de V. von Gebsattel (1954) și V. Frankl (1953), puse ulterior în practică în psihoterapia pozitivă ca "cele trei etape ale interacțiunii" de către studentul lor N. Peseschkian (1977).

După cum ați văzut anterior, trebuie să fiu clar cu privire la rolul meu în crearea unei alianțe terapeutice bune și am nevoie de instrumente care să ne ajute pe mine și pe client să înțelegem mai bine situația clientului, funcția simptomului, resursele și pe mine însumi în întâlnirile terapeutice. În acest scop, folosesc **modelul echilibrului** (Peseschkian, 1977, similar cu Jung, 1971) pentru reflectarea alianței terapeutice:

- Sentimente și observații,
- Cunoaștere și acțiune,
- Relația și modelul relațional,
- Așteptări și imaginații.

Cu ajutorul modelului Balance, pacientul și cu mine putem descrie într-un mod vizualizat

- zonele simptomatice, să înțeleagă mai bine viața de zi cu zi a clientului și modul în care energia acestuia este echilibrată,
- influența simptomelor asupra acestor domenii ale vieții, ca să spunem așa, funcția simptomelor,
- resurse și cum să le încurajăm,
- obiective și planuri de autoajutorare pentru pacient,
- capacitățile personalității (precum capacitățile structurale ale personalității, OPD-2),
- în cele din urmă, scopurile și obiectivele terapiei.

De obicei, încep acest model de echilibru împreună cu clientul meu, pentru a avea o înțelegere clară, pentru a încuraja pacientul, pentru a pregăti autoajutorarea și pentru a înțelege mediul clientului meu. Aceasta oferă o modalitate simplă, dar eficientă de a contribui la construirea unei alianțe puternice de ajutorare. În plus, pot folosi modelul echilibrului pentru mine ca terapeut, pentru a înțelege relația terapeutică ca o oglindă a conținutului inconștient al pacientului, atunci când descriu, în cele patru domenii, ceea ce **simt împreună cu clientul**, pentru a afla ce înseamnă:

- sentimente și emoții,
- gânduri raționale,
- tiparele relaționale cu clientul,
- intuiție, fantezie.

Modelul echilibrului mă ajută să înțeleg propriul meu contratransfer în psihoterapie, să înțeleg conținutul dinamicii conflictului interior, să cooperez ca "parteneri, care se află la același nivel al ființei" (Gebsattel, 1954). În cadrul celor patru domenii ale contratransferului meu, descrise în modelul echilibrului, pot merge la supervizare după tratament și să împărtășesc supervizorului meu ceea ce am experimentat cu clientul meu.

După ce am clarificat situația, simptomele și funcțiile lor, resursele și obiectivele, putem continua cu o conotație pozitivă a funcției simptomului, cu imagini lingvistice sau comparații transculturale ale conceptelor de familie, și vom trece la conținutul resurselor, conceptelor și ambivalenței conflictuale.

Conținutul resurselor și al conflictelor poate fi descris psihodinamic în conformitate cu OPD sau în psihoterapia pozitivă ca "capacități reale" pentru a lucra cu clienții în termeni inteligibili. Diferențierea conținuturilor și a capacităților comportamentului, percepției și interacțiunii este acum posibilă. Lucrul cu conținuturile și conceptele subconștiente este ușor de înțeles pentru client, termenii fiind definiți ca capacități reale, cum ar fi încrederea, politețea, deschiderea, punctualitatea sau speranța. Acest lucru este predat în cadrul seminariilor de psihoterapie pozitivă pentru ca atât clientul, cât și terapeutul să aibă o relație terapeutică mai bună și o mai mare satisfacție în timpul și după terapie.

În formările psihoterapeutice putem instrui terapeuții să dobândească **cinci competențe principale** pentru a crea o alianță terapeutică utilă privind sentimentele, conținutul, resursele, cooperarea terapeutică și autoajutorarea cu

Cei cinci pași ai construirii unei alianțe utile în cadrul tratamentului[3]

1. Observare, distanțare

... să asculte cu răbdare, empatie și să adauge puncte de vedere diferite

2. Diferențiere și verbalizare

... să întrebăm exact pentru a defini conținutul, istoria, dinamica și posibilitățile

3. Încurajarea situativă

...să însoțească pacientul și să încurajeze autoajutorarea acestuia

4. Verbalizare

...să se concentreze asupra conflictelor prin consultare și să medieze responsabilitatea pentru consecințele schimbărilor

5. Extinderea obiectivelor

...pentru a vedea viitorul după ce soluționarea conflictelor nu va mai fi în centrul atenției

Pentru a ne antrena capacitatea de observație și distanțare, astfel încât să fim capabili să ascultăm cu răbdare, empatie și să adăugăm puncte de vedere diferite, trebuie să ne antrenăm să fim sensibili la propriile noastre emoții. Putem reflecta asupra lor fiind deschiși la propriile noastre asocieri, gânduri, fantezii și sentimente, ca în libertatea psihanalitică a asocierii libere. Combinat cu curajul de a accepta sentimentele diferite și poate ciudate ale fanteziilor, acest lucru ne va ajuta să schimbăm punctele de vedere în terapie și să înțelegem mai bine experiența noastră de contratransfer.

Pentru a antrena capacitatea de a diferenția, de a întreba exact pentru a defini conținutul, istoricul pacienților și al familiei, dinamica și posibilitățile, trebuie să înțelegem conținutul în episoade, descriere sau contratransfer. Teoria

[3] vezi și Peseschkian N: Psychosomatik und Positive Psychotherapy, 1991; Remmers A: 1997, Boncheva I: 2004

metodele psihoterapeutice pe care le-am învățat vor oferi termeni pentru acest lucru, cum ar fi termeni pentru conflict și structură în terapia psihodinamică (OPD), schemă, cogniție sau tipare în CBT, sau capacități reale și modelul de echilibru în psihoterapia pozitivă, iar acești termeni pot fi ușor de înțeles pentru clienți.

Etapa încurajării situative, un termen apropiat de modul de tratament al lui Alfred Adlers, înseamnă să însoțești pacientul și să îl încurajezi să se ajute singur. Putem antrena terapeuții pentru a deveni modele mai puternice pentru pacient în ceea ce privește interacțiunea și înțelegerea, relația și echilibrul.

Capacitatea de a se concentra asupra conflictelor prin consultare și de a media responsabilitatea pentru consecințele schimbărilor în etapa de verbalizare înseamnă a fi deschis emoțional pentru schimbări și conflicte în cadrul întâlnirii terapeutice ca atare, reprezentând realitatea din afara terapiei. Terapeuții trebuie să fie pregătiți în acest sens prin descoperirea propriilor conflicte interioare în cadrul autodescoperirii, în cadrul grupurilor de formare și după ședințele de terapie în cadrul supravegherii.

Extinzând obiectivele clientului, nu este posibil să văd viitorul după ce rezolvarea conflictului a fost scoasă din centrul perspectivei mele dacă am în minte doar ameliorarea simptomelor. Aceasta înseamnă, de asemenea, că terapeuții trebuie să fie capabili să învețe continuu, să fie deschiși la noi căi, să învețe din fiecare feedback de la client. Cultura feedback-ului trebuie să fie instalată devreme în terapie pentru a avea o alianță terapeutică bună și fructuoasă și pentru a învăța unii de la alții. Aceasta este ceea ce facem aici, în cadrul conferinței noastre - să învățăm unii de la alții. În fiecare nouă terapie încep să învăț din nou de la acest pacient individual, precum și în discuțiile pe care le avem acum cu dumneavoastră.

Concluzie

Este posibil să se construiască o alianță ajutătoare pentru cele mai bune rezultate în terapie ținând cont de acest proces util al terapiei, începând cu construirea unui atașament care va fi necesar pentru diferențierea interactivă a contractului de terapie, a obiectivelor și a activității proprii a clientului între ședințe și, în cele din urmă, folosind feedback-ul la sfârșitul fiecărei ședințe. Alianța terapeutică se va dezvolta prin schimbări, în situații de criză și praguri în cadrul terapiei. Este esențial, pentru a facilita creșterea clienților noștri și pentru a diminua efectele secundare, să cunoaștem partenerii clienților și să-i facem să ne cunoască, să includem interacțiunea cu mediul social al clienților și să încheiem cu feedback-ul privind procesul terapeutic.

Referințe

[1] **ANTONOVSKY, A**. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke* [Salutogenesis. To demystify health. Ediție germană de Alexa Franke]. dgvt-Verlag: Tübingen.

[2] **DUNCAN, B.L., MILLER, S.D., WAMPOLD, B.E., & HUBBLE, M.A. (eds.)** (2009). *Inima și sufletul schimbării (ed. a 2-a): Delivering "What Works".* Washington, D.C.: APA Press.

[3] **ENGSTER, S. L., WAMPOLD, B.** (1996). Efectele sistematice ale rolului participanților asupra evaluării sesiunii de psihoterapie. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, pp. 1020-1028.*

[4] **GEBSATTEL, V. I.** (1954). *Prolegomena Einer Medizinischen Anthropologie: Ausgewählte Aufsätze* [Prolegomene ale unei antropologii medicale: articole selectate]. Springer.

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

[6] **GRAWE, K**., **DONATI, R., BERNAUER, F**. (1994). *Psihoterapie im Wandel Von der Konfession zur Profession 5. Auflage* [Psihoterapia în tranziție de la confesiune la profesie ediția a 5-a]. Göttingen: Hogrefe 2001 Erstausgabe: 1994.

[7] **JUNG, C. G.** (1971). *Tipuri psihologice. Collected Works of C.G. Jung, volumul 6. Princeton University Press*. ISBN 0-691-09774.

[8] **KERNBERG, O. F.** (2005). *Psychoanalyse - Prinzpien, Anhängerschaft und persönliche Entwicklung. În O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), WIR* [Psihanaliza - principii, adepți și dezvoltare personală]. Stuttgart: Schattauer

[9] **MELLADO, A., SUÁREZ, N., ALTIMIR, C., MARTÍNEZ, C., PÉREZ, J., KRAUSE, M., HORVATH, A.** (2017). Disentangling relația schimbare-alianță: Evaluarea observațională a alianței terapeutice în timpul episoadelor de schimbare și blocate. *Psychotherapy Research, 27:5, 595- 607, DOI: 10.1080/10503307.2016.1147657*

[10] **NORCROSS, J.** (2009). *Relația terapeutică. În: B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (eds.): The Heart and Soul of Change (Inima și sufletul schimbării)*. Washington DC: APA Press.

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

[12] **REIMER, C., RÜGER, U.** (2012). *Psihoterapii psihodinamice* [Psihoterapie psihodinamică]. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

[13] **RUDOLF, G.** (1991). Die Beziehung zwischen Psychotherapie-forschung und psychotherapeutischer Praxis [Relația dintre cercetarea psihoterapeutică și practica psihoterapeutică]. În: Buchheim P., Cierpka M., Seifert T. (eds) *Psychotherapie im Wandel Abhängigkeit. Lindauer Texte (Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung) p.113-129.* Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-84473-7_9

[14] **БОНЧЕВА, И. [BONCHEVA, I.]** (2004). *Психологически параметри на комуникацията "Лекар-Болен"* [Psychological Parameters of the Communication "Medical Doctor - Patient"]. Habilitare, Facultatea de Psihologie Clin. Psychology, Univ. Sofia (Bulg.). p 164.

INSTRUMENTE DE PSIHOTERAPIE TRANSCULTURALĂ POZITIVĂ CA MODEL PENTRU CONSTELAȚII SISTEMICE

Svitlana Kyrychenko
Master Trainer de PPT (Cherkasy, Ucraina)
Institutul Ucrainean de Psihoterapie Pozitivă
Email:
kirichenko.sveta2014@gmail.com

Primit 14.11.2020.
Acceptat pentru publicare
25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Articolul este dedicat caracteristicilor metodologice ale constelațiilor în metoda psihoterapiei pozitive. Modelele de psihoterapie pozitivă transculturală determină structura diferențierii personale, care ar putea fi utilizată în constelații. În conformitate cu cele trei niveluri de lucru în psihoterapia pozitivă (situațional, noțional și de bază), am putea discuta despre constelații pe cele trei niveluri diferite. Acest articol reprezintă o generalizare a experienței practice de utilizare a constelațiilor pe cele trei niveluri de lucru în psihoterapia pozitivă în psihoterapia de grup și individuală, precum și

Cuvinte cheie: constelații, fenomenologie, constructivism, teoria sistemelor, psihoterapie pozitivă

Introducere

N. Psihoterapia Transculturală Pozitivă a lui Peseschkian, fiind o metateorie a psihoterapiei, se integrează bine cu alte abordări și metode psihoterapeutice. Componenta psihodinamică este prezentată în modelul conflictual. O viziune pozitivă asupra unei persoane cu abilitățile sale înnăscute de iubire și cunoaștere indică rădăcinile umaniste ale Psihoterapiei Transculturale Pozitive. Metodele cognitiv-comportamentale sunt utilizate pe scară largă în lucrul cu capacitățile reale. Abordarea sistemică este evidentă și în așa-numitele "cercuri Peseschkian":

Eu (sinele) -> familie -> societate -> oraș -
> țară -> omenire

Acestea sunt exemple de integrare teoretică, incluse de fondatorul Psihoterapiei Transculturale Pozitive. Integrarea tehnică este, de asemenea, posibilă alături de cea teoretică. Aceasta ar permite utilizarea tehnicilor specifice ale diferitelor metode psihoterapeutice în cadrul structurii Psihoterapiei Pozitive (PPT).

Nossrat Peseschkian a scris despre legătura dintre PPT și alte metode în cartea sa "Positive Family Therapy".

Potrivit autorului (Peseschkian, 2016): "Psihoterapia pozitivă nu este doar una dintre metode printre altele. Ea oferă instrumente pentru a evalua ce abordări metodologice pot fi aplicate în cazuri specifice și cum pot fi alternate aceste metode." "Psihoterapia pozitivă pe termen scurt este universală deoarece poate explora elementele specifice ale unui caz particular și poate aplica în mod intenționat orice abordare specifică în cadrul conceptului de psihoterapie pozitivă". (Peseschkian, 2016).

Metodologie

Acest articol se referă la integrarea constelațiilor în psihoterapia transculturală pozitivă și este o generalizare a experienței practice de utilizare a constelațiilor atât în psihoterapia de grup, cât și în cea individuală.

În timp ce studiam metoda terapiei sistemice de familie, am dobândit abilitatea de a participa la constelații bazate pe paradigma sistemic-constructivistă, care în fundamentele sale filosofice și teoretice este foarte apropiată de filosofia și viziunea asupra lumii a Psihoterapiei pozitive și transculturale a lui Nossrat Peseschkian. Eu folosesc termenul

"constelație" nu ca denumire a metodei lui Bert Hellinger, ci ca denumire a uneia dintre tehnicile psihoterapiei familiale sistemice. În acest sens, văd nevoia de a separa aceste două concepte: constelațiile ca abordare a lui Hellinger și constelațiile ca una dintre tehnicile utilizate în cadrul psihoterapiei familiale sistemice.

Diferențele cheie provin din principiile filosofice și metodologice diferite pe care se bazează aceste metode: fenomenologia într-un caz și constructivismul în altul.

Constructivismul (din latinescul "Constructio" - construcție) este una dintre direcțiile filosofiei moderne a științei, care a apărut la sfârșitul anilor '70 - începutul anilor '80 ai secolului al XX-lea. În sens larg, acest termen se referă la anumite aspecte ale viziunii asupra lumii și ale conștiinței de sine: organizaționale, structurale, formative și figurative. Susținătorii constructivismului cred că nu există altă realitate decât cea creată de o persoană, adică nu există o realitate obiectivă identică, independentă de percepția oamenilor. (Lebedev, 2004).

Există, de asemenea, diferențe notabile în ceea ce privește scopurile tehnicilor aplicate, poziția psihoterapeutului, aspectele tehnice specifice și interpretările acestora, precum și obiectivul final al terapiei (Dobrodnyak, 2010).

Rezultate

Dacă explorăm istoria constelațiilor, putem concluziona că acestea au apărut ca urmare a influenței reciproce a următoarelor trei componente:

1. Prima componentă - este teoria sistemelor, care s-a dezvoltat de la înțelegerea mecanicistă (cibernetica de ordinul întâi) sub influența modelelor biologice (Maturana, Varela) și a teoriei sistemelor sociale a lui Luhmann la înțelegerea modernă (cibernetica de ordinul doi).

2. A doua componentă - este tehnica de a folosi reprezentanți în locul membrilor familiei, elemente ale unor sisteme mai mari sau chiar concepte abstracte. Primul exemplu al unei astfel de tehnici în psihoterapia occidentală a fost psihodrama lui Jacob Moreno.

În anii 1960, Virginia Satir a combinat aceste două componente în abordarea sa Family Sculpting.

3. A treia componentă - este fenomenologia. Fenomenologia (din germană "Phänomenologie" - studiul fenomenelor) este o direcție a filosofiei secolului al XX-lea. Ea își definește obiectivul ca o descriere evidentă a experienței cognitive a conștiinței și identificarea caracteristicilor sale esențiale.

Psihologia fenomenologică este o direcție a psihologiei bazată pe ideile și metodele fenomenologiei. Ea urmărește un studiu descriptiv al conștiinței, subiectivității și experiențelor umane.

Bazele filosofice ale psihologiei fenomenologice sunt înrădăcinate în ideile lui Edmund Husserl, precum și în studenți și adepți: Alexander Pfänder, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, Alfred Schutz etc. (Spiegelberg, 2002).

Aceste rădăcini istorice sunt comune atât pentru constelațiile din cadrul abordării sistem-constructiviste, cât și pentru constelațiile din cadrul abordării lui Hellinger. Să explorăm acum diferențele.

1. Înțelegerea sistemului

Un sistem este un construct, prin urmare terapeuții se bazează pe expertiza clientului în alegerea participanților la o constelație. Facilitatorul ar putea avea ipoteze cu privire la utilitatea anumitor participanți în cadrul constelației, dar acest lucru ar trebui discutat cu clientul și decizia finală aparține acestuia.

În concepția lui Hellinger, interacțiunile din cadrul sistemului sunt determinate de reguli ("ordinele iubirii"), care, potrivit autorului, sunt universale. Prin urmare, participanții la o constelație sunt determinați de dreptul de a aparține sistemului.

2. Scopul unei constelații

Într-o abordare sistemică, scopul unei constelații este de a extinde înțelegerea unei situații problematice, oferind capacitatea de a o percepe cu mai multe resurse, de a vedea soluții. În același timp, se acceptă faptul că nu există o singură soluție corectă și că cineva este capabil să direcționeze clientul către aceasta. Lucrarea consolidează resursele proprii ale clientului de a rezolva o situație problematică.

În abordarea lui Hellinger față de constelații, ordinele dictează "constelația corectă", iar scopul muncii de constelație este de a o găsi.

3. Alegerea reprezentanților

În timpul constelațiilor, reprezentanții experimentează adesea sentimente (senzații, emoții, impulsuri și chiar simptome) care seamănă izbitor cu experiențele celor pe care îi reprezintă. Acest lucru ridică semne de întrebare și conferă constelațiilor un aer de misticism. Totuși, aceste fenomene au explicații mai degrabă logice. Ideea de reprezentanți îi aparține lui Jacob Moreno, care a explicat astfel de "cunoștințe" fără conceptul de "tele-". Moreno l-a definit ca fiind "procesul prin care oamenii se simt unii pe alții, care, precum cimentul, leagă întregul grup" (Moreno, 1945). Cu alte cuvinte, "tele-" se referă la fenomenul dinamicii de grup și întruchipează procesul de schimb de empatie. Moreno a considerat că abilitatea de a privi lumea prin ochii altei persoane este o abilitate de bază.

Hellinger a atribuit fenomenul coincidențelor izbitoare din timpul constelațiilor la pătrunderea în câmpul morfogen al sistemului. Astfel de explicații par a fi mistice.

4. Poziția facilitatorului

Poziția terapeutului în abordarea sistemică a familiei a evoluat de la o poziție mai degrabă autoritară (direcție strategică) la o poziție de cooperare și parteneriat. Ideea de

"client competent" prevalează în prezent, ceea ce elimină orice
presiunea exercitată asupra clientului de către terapeut.

Abordarea fenomenologică a lui Hellinger dictează cele mai bune soluții (din punctul de vedere al terapeutului) pentru clienți prin plasarea corectă în cadrul constelației.

Astfel, putem concluziona că utilizarea constelațiilor în abordarea sistem-constructivistă și în metoda lui Hellinger se bazează pe fundamente filosofice și metodologice diferite, ceea ce duce la diferențe în explicații și în poziția terapeutului (Dobrodnyak, 2010)

Ca psihoterapeut pozitiv, folosesc Constelațiile ca una dintre tehnicile din structura Psihoterapiei Transculturale Pozitive și aș dori să împărtășesc cu dvs. metodologia unei astfel de abordări, precum și experiența practică de realizare a constelațiilor în cadrul terapiei de grup.

Teoria sistemelor este universală. Ea oferă un limbaj teoretic unificat, interdisciplinar, pentru fenomene de orice nivel - de la un organism celular la societate ca întreg (Shlippe & Schweitzer, 2007).

PTPT oferă o astfel de abordare sistemică prin intermediul așa-numitelor "Cercuri Peseschkiene". Acestea reprezintă un sistem identitar în continuă expansiune: de la "eu" la "Univers". "Familia" este doar unul dintre aceste cercuri, urmează nivelul individului/personalității ("eu"), care este el însuși un sistem: subseturi de personalitate, diverse roluri, unitatea dintre corp, suflet și spirit, o structură unică a capacităților reale etc. Modelele Psihoterapiei Transculturale Pozitive oferă o structură pentru diferențierea personalității, care poate fi utilizată în Constelațiile Sistemice. Cele trei niveluri de lucru în PTPT (situațional, contextual și de bază) oferă trei niveluri de Constelații.

I. Nivel situațional (simptomatic)

Acest nivel oferă participanților posibilitatea de a lucra cu o Constelație exploratorie bazată pe Modelul echilibrului (o cerere de explorare fără un Conflict real, denumit în continuare - CA). Dacă există o cerere de lucru cu un AC sau un simptom, atunci este recomandabil să se ia în considerare sistemul AC/problemei, care include diverse obiecte ale conflictului interpersonal. Includerea simptomului în constelații oferă posibilitatea de a înțelege funcția/semnificația acestuia în interacțiunile interpersonale (reinterpretare pozitivă a simptomului), de a primi feedback de la reprezentanți (aspect intercultural) și de a îndrepta atenția către conflictele care stau la baza simptomului.

II. Nivel contextual

Acest nivel poate oferi posibilitatea de a lucra cu Constelația folosind Capacitățile Actuale (în continuare - ACP), de exemplu, după finalizarea Inventarului diferențiere-analiză (DAI) sau a altor exerciții legate de ACP. O altă opțiune este de a explora manifestările conflictului-cheie (KC) în cadrul diferitelor relații. Dacă se descoperă conținutul conflictului intern (CI) și dinamica conflictului, și acestea pot fi utilizate în Constelație, în căutarea unor posibile rezolvări ale CI.

III. Nivel de bază

Nivelul de bază sau de identitate implică lucrul cu conceptele de bază, stabilite în familia parentală a clientului. Astfel, Constelația familiei parentale (familia de origine) poate fi utilă. "Cinci culmi ale destinului" Acest concept al lui Vladimir Karikash este, de asemenea, potrivit pentru munca de Constelație la acest nivel (5 identități existențiale: Eu-fiu/fiică, Eu-bărbat/femeie, Eu-tată/mamă, Eu-uman, Eu-parte din univers) (Karikash, 2009).

Constelația de lucru bazată pe modelul în cinci etape al lui Peseschkian

Mai jos este prezentat un exemplu de structură a procesului Constellation, bazat pe modelul de tratament în cinci etape.

1. Distanțarea.

Înainte de lucrul cu Constelația, este important să purtăm o conversație preliminară cu clientul (protagonistul): să-i ascultăm problema, să ne dăm seama de nevoile și solicitările sale și să stabilim printr-un dialog ce fel de figuri vede în Constelație (persoane, sfere ale modelului de echilibru, capacități reale, identități etc.) Terapeutul ar trebui să-i sugereze să-și aleagă reprezentanții, să le atribuie rolurile și pozițiile într-un anumit spațiu. Apoi clientul este încurajat să privească Constelația completă și să se concentreze asupra sentimentelor și gândurilor sale (observație).

În acest moment, clientul își asumă metapoziția și observă Constelația situației sale din exterior, distanțându-se astfel de aceasta. Constelația însăși reprezintă o metaforă vizuală, kinestezică, care contribuie, de asemenea, la distanțare.

2. Efectuarea inventarului

În această etapă, clientul ascultă feedback-ul tuturor reprezentanților. Terapeutul îi instruiește pe reprezentanți să își exprime senzațiile corporale, sentimentele și impulsurile fără explicații sau raționalizări. Protagonistul este responsabil de ordinea în care reprezentanții își dau feedback-ul, primind astfel informații suplimentare despre situație. În această etapă este important să ne dăm seama dacă feedback-ul rezonează cu protagonistul. De obicei, tot ceea ce spun reprezentanții produce "da"-reacția clientului".

3. Încurajarea situațională

În această etapă, este important să se evidențieze aspectele pozitive ale Constelației, punând întrebări orientate către resurse și întrebări axate pe reinterpretarea pozitivă:

- Ce resurse puteți vedea în această constelație?
- Ce câștigi din acest tip de echilibru (interacțiune)?

4. Verbalizare

Această etapă a activității Constelației oferă clientului șansa de a vedea căi și mijloace de soluționare a conflictelor, precum și noi oportunități de creștere și echilibru. După ce clientul își confirmă disponibilitatea de a vedea perspective de schimbare, reprezentanților li se acordă

posibilitatea de a se mișca liber și de a găsi poziții mai confortabile în Constelație. Aceștia oferă apoi feedback cu privire la senzațiile lor în noile locuri. Protagonistul observă această dinamică și își notează reacțiile. Atunci când Constelația își dobândește structura finală, terapeutul sugerează protagonistului să schimbe locul cu reprezentanții săi și să stea în acest "loc bun". Adesea, acest lucru duce la o reacție emoțională și la o conștientizare profundă, ceea ce poate facilita luarea deciziilor. Clientul este apoi încurajat să își verbalizeze concluziile și să completeze Constelația prin eliberarea reprezentanților din rolurile asumate.

5. Extinderea obiectivelor

Totuși, acesta nu este sfârșitul muncii de Constelație. Procesul de grup ar trebui să se încheie cu împărtășirea: reprezentanții sunt rugați să separe senzațiile și sentimentele care au apărut în timpul procesului de Constelație, de senzațiile și sentimentele legate de propria viață. De asemenea, este important să-i ascultați pe observatorii care nu au luat parte la Constelație, dar care își pot împărtăși reacțiile emoționale și percepțiile alternative. După ce întregul grup și-a încheiat feedback-ul, protagonistul ar trebui să raporteze ce a considerat util din munca de constelație și din feedback-ul participanților.

Concluzie

Constelațiile oferă o oportunitate valoroasă de a vedea dinamica existentă în cadrul sistemului familial sau al personalității, care adesea nu este pe deplin conștientizată de client. Protagonistul are astfel acces la informații inconștiente prin intermediul participanților la grupul de Constelații, al senzațiilor și feedback-ului lor. Reacțiile lor fizice oferă informații suplimentare despre dinamici, de care clientul nu este conștient și pe care nu le poate vedea (Franke, 2007).

Astfel, psihoterapia transculturală pozitivă, care este de obicei foarte structurată și operează la un nivel conștient, este completată de o componentă inconștientă (irațională). Trebuie remarcat faptul că constelațiile sunt doar o parte a unei ample lucrări psihoterapeutice complexe. Materialul ridicat în timpul procesului de constelație poate fi explorat pe parcursul mai multor ședințe. Prin urmare, este important ca psihoterapeutul să aibă o educație completă într-una dintre metodele psihoterapeutice recunoscute și să poată utiliza mai mult decât constelații în munca sa. De asemenea, este important să realizăm că este imposibil să studiem constelațiile citind cărți, vizionând filme sau chiar urmând mai multe seminarii cu un maestru recunoscut. Învățarea constelațiilor, în primul rând, are loc prin experiența personală într-o formă de grup: prin observare, participare ca reprezentanți și crearea propriilor constelații.

Primul proiect experimental de formare privind constelațiile în Psihoterapia Transculturală Pozitivă a avut loc în 2018-

2019 în Poltava, Ucraina, sub supravegherea Institutului Ucrainean de Psihoterapie Pozitivă și Transculturală.

Constat eficiența integrării constelațiilor în psihoterapia pozitivă și transculturală.

Referințe

[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 [The use of constellations within the system-constructivist approach of Systemic Family Psychotherapy (the summary of the training seminars conducted within the Ukrainian Union of Psychotherapists in 1994 - 2010). Comparație cu modelul original Hellinger]. *Журнал "Системна та сімейна психотерапія". Київ: "Системний погляд".* Подвійний випуск №1-2.

[2] **КАРИКАШ, В. [KARIKASH, V.]** (2009). Пять вершин на жизненном пути [Five Summits of a Lifetime: Therapy through Transformation of Existential Identity]. *Позитум Украина*. Черкасы. Nr. 3.

[3] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Terapia pozitivă a familiei: Positive Psychotherapy Manual for Therapists and Families,* Bloomington, SUA:
AuthorHouse UK

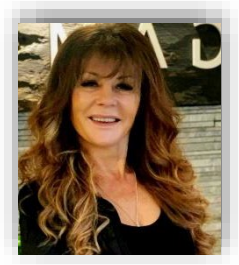
[4] **ФИЛОСОФИЯ НАУКИ. СЛОВАРЬ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ (**2004**) [**Philosophy of Science: Dictionary of Basic Terms**].** Составитель: С.А. Лебедев [Lebedev, S. A.]. М.: Академический проект.

[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 введение* [Mișcarea fenomenologică. Introducere istorică]. М.: "Логос". 608 с.

ADOLESCENT ÎNTRE DOUĂ MALURI. PREZENTAREA UNUI CAZ DE PRACTICĂ PSIHOTERAPEUTICĂ



Stefanka Tomcheva
PhD, Master Trainer al PPT (Shumen, Bulgaria)
Studioul de sprijin psihosocial "Selena",
Email:
stefani_petkova@yahoo.com

Acceptat pentru publicare
25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Un caz de practică psihoterapeutică pentru un adolescent între identitate, simptom și echilibru. Identitatea individuală este esențială pentru sănătatea mintală. Dezvoltarea identității este o bază a acceptării de sine și a unei bune stime de sine. După cum a subliniat Erikson (2013), sentimentul subiectiv al identității trebuie să continue să fie redescoperit și dezvoltat într-un proces fără sfârșit. Erikson subliniază faptul că termenul de identitate are semnificații diferite, dar în general interconectate. În multe situații, acesta poate fi atribuit unui sentiment conștient de identitate individuală, în altele - unei "bătălii inconștiente" pentru continuitate între tradiție și individualitate, în a treia - stabilității sinelui, iar în a patra - ca mecanism de menținere a echilibrului intern cu idealurile (tradiționale) și identitatea (tradițională) de grup.

Cuvinte cheie: identitate, simptom, echilibru, psihoterapie pozitivă, model în 5 etape

Introducere

În activitatea mea de psihoterapeut pentru copii și tineri mă confrunt în mod constant cu cererile unuia sau altuia dintre părinți - "Ești psiholog - fă ceva", "Vorbește puțin cu el/ea", "Uite... spune-i câteva cuvinte..."

Despre ce este vorba aici? La ce se așteaptă părinții?

Vă împărtășesc acest caz din practica mea de psihoterapeut ca o ilustrare a unui răspuns profesional la astfel de solicitări parentale.

Rezultate

Prezentare de caz

Mama la telefon, îndrumată de medicul ei de familie, m-a contactat. Fiul ei în vârstă de 17 ani (pe care îl voi numi Alex) are greață și vărsături. Problema a început când el avea 12 ani și s-a adâncit de-a lungul anilor. (mult mai devreme, după cum vom vedea). Nu au fost găsite motive fiziologice pentru aceasta. A i-au fost efectuate mai multe analize medicale, inclusiv spitalizări în decurs de trei ani. Mama insistă să mă vadă înainte de întâlnirea cu fiul ei. De obicei, pentru adolescenții cu vârste cuprinse între 16 și 19 ani, încurajez și sprijin părinții să își motiveze copilul să vină să mă vadă singur. Uneori fac acest lucru și pentru adolescenții mai tineri - între 13 și 15 ani. În ceea ce privește punctul de vedere al părinților, vorbesc cu ei prin telefon, apoi, după întâlnirea cu adolescentul, invit părintele înăuntru pentru o conversație și, de obicei, funcționează. Dar în acest caz, cu mama vorbind pe un ton furios, i-am simțit anxietatea, neputința și teama (lipsa de încredere în toți și în toate) și am invitat-o la o întâlnire înainte de a-l vedea sau de a vorbi cu fiul ei.

Ce am aflat de la mamă (cu excepția istoricului medical al afecțiunii)?

Alex, 17 ani, primul născut din doi copii (are un frate de 14 ani), familia este formată dintr-o căsătorie mixtă - mama este bulgăroaică, tatăl este de origine turcă, nu din grupul etnic turc din Bulgaria (care s-au născut și trăiesc în Bulgaria). Mama își veghează fiul (și simptomul său) ca un vultur, în timp ce tatăl, care

a fost inițial iritabil, a dezvoltat intoleranță în urmă cu aproximativ trei ani față de crizele de greață și vomă ale fiului său. Alex a avut o naștere foarte dificilă (mama își amintește de ea ca de o lungă bătălie), dar de fapt adevărata bătălie a început atunci când Alex avea cel puțin șapte ani și familia tatălui a cerut să fie introdus în religia islamică cu ritualul "circumciziei". Conform sistemului juridic islamic, nu există o vârstă definită la care circumcizia trebuie efectuată, dar este acceptabil ca copiii să fie circumciși între 7 și 10 ani. Familia mamei se opune ferm și furtunos acestui lucru. Mama și tatăl au format o familie bună la început și chiar au capacitatea de a o susține dacă părinții lor nu intervin. În Bulgaria, aceste căsătorii mixte sunt adesea problematice din cauza diferențelor culturale și religioase dintre cele două grupuri etnice, ne putem imagina ce este familia atunci când provine din două naționalități. Accentul pe aceste diferențe începe de obicei cu bunicii sau cu altcineva din familia părinților. Situația este similară aici, dar mult mai puternic accentuată - tensiunea a crescut între această mamă și acest tată și, deși inițial au decis să lase alegerea identității religioase și etnice la latitudinea copiilor lor, ulterior ambele părți au început să "tragă covorul" către propriile Identități religioase. În această perioadă, Alex a început să meargă la școală și astfel și-a petrecut cea mai mare parte a anului în Bulgaria și vacanțele școlare la Istanbul. În același timp, a început să fie bolnav din ce în ce mai des: Dureri în gât, dureri de stomac, vărsături (simptome ale unei adaptări dificile la școală), apoi, când avea aproximativ 10 ani, greața și vărsăturile încetează pentru a reveni mai târziu ca un simptom clar. Când avea 12-13 ani, a început să se izoleze și doi ani mai târziu (când avea15 - 16 ani) nu mai dorea să iasă să se întâlnească cu prietenii, să comunice (cu excepția comunicării online). Nici nu dorea să meargă la școală. Acest lucru a făcut ca performanțele sale școlare să scadă și i-a diminuat șansele de a intra la o universitate prestigioasă din Turcia sau Bulgaria. Acest lucru l-a determinat pe tatăl său să se comporte și mai aspru cu el.

Prima întâlnire cu Alex - **Etapa de observare și distanțare**

Băiatul de 17 ani a intrat în biroul meu și s-a prezentat. Aparent calm în comportament, dar mi-a dat un sentiment de anxietate, teamă și cumva o speranță aparent ascunsă. Era o primă întâlnire pentru el cu un psiholog/psihoterapeut. Nu știa ce să facă, cum să înceapă și de unde să înceapă. Până acum, experimentase o serie de vizite la medici pentru simptome de boală. Suferea de insomnie, tensiune, greață, vărsături și, după cum am înțeles mai târziu în cursul conversației noastre - gânduri dureroase cu conținut agresiv.

Pregătit să "raporteze" despre plângerile sale (din cauza numeroaselor vizite medicale), Alex s-a dovedit a fi surprins de întrebare: "Ce vi s-a întâmplat care a fost important sau semnificativ, chiar înainte de apariția primelor simptome neplăcute?" A existat o pauză. Apoi, aparent, s-a întors în timp și a început să sorteze primele evenimente:

Situația actuală la apariția simptomului

Copil de 12 ani, deja elev la un liceu de matematică, după luni de pregătire pentru concursul de admitere, încă în perioada de adaptare la noua școală și printre oameni noi, a acceptat cu bucurie decizia părinților de a pleca în vacanță la malul mării în Antalya. În mijlocul evenimentelor plăcute din jurul sosirii pe plajă, a început să vomite, lucru care i se întâmplase și acasă, însă acum reacția părinților a fost diferită: aceștia au părut șocați și au curățat rapid mizeria, iar el s-a confruntat și cu privirile celor din jur care se uitau la el. Ulterior, el a perceput acest lucru ca pe un reproș din partea părinților și ca pe o batjocură din partea celorlalți oameni care se aflau acolo. În încercarea de a face față acestor sentimente, s-a închis în sine și a început să se justifice. Tatăl său a spus în turcă, astfel încât să fie înțeles de cei din jur: "Dribler! Te faci de râs! Ne faci de râs și pe noi. Una e să faci asta acasă ca să scapi de responsabilități, dar aici..."" Pasivitatea mamei sale în această perioadă i-a blocat capacitatea de a produce o explicație sau o justificare bună pentru sine și l-a provocat să înceapă o altă luptă - dacă era mai bine doar să stea acasă pentru a nu face de râs pe nimeni .

Cum reacționează un psihoterapeut după o astfel de poveste despre situația reală care deblochează boala? Psihoterapeutul pozitiv caută funcția simptomului, reinterpretarea sa pozitivă și reflectarea relației dintre simptom și problemele psihologice (emoționale). În acest caz, reinterpretarea mea pozitivă a simptomului - greață și vărsături a fost: "Se pare că aveți capacitatea de a poseda o sensibilitate fină la ceea ce se întâmplă în jurul dumneavoastră și de a elimina cu ușurință ceea ce este inutil!"

Alex a părut uimit când am părut să fiu de partea lui. De asemenea, părea perplex și se împotrivea să accepte lectura mea a experienței prin care trecuse cu 5 ani înainte... Mi-am dat seama că, până acum, nimeni nu luase în considerare angoasa lui interioară. Cine ar fi înțeles-o?

1. El însuși? - Cu siguranță că nu! Altfel, nu ar fi un simptom al bolii. Mintea umană nu acceptă conținutul care contravine atitudinii și răbdării adecvate, pe care le învățase acasă.

2. Prietenii? - Ei l-ar respinge. Mai mult, ar putea decide că îi face și pe ei de rușine.

3. Părinții? - Chiar mai mult ca sigur că nu! Ei nu au găsit încă un motiv și o explicație pentru ceea ce se întâmplă.

Aceasta a fost înțelegerea mea a ceea ce se întâmpla inconștient în mintea lui Alex. Aceasta îl motivase să ia decizia de a se izola de mediul social și de a folosi simptomul dacă era forțat să intre în contact. De ani de zile, Alex medita la întrebările: "Cine sunt eu?"; "Ce sunt eu, cui aparțin?" "Pe cine / ce ar trebui să urmez - pe mine sau pe alții?" În termeni de Psihoterapie Pozitivă și Transculturală, acesta este conținutul conflictului său cheie (Fig. 1) El continuă să învețe, merge la cursuri de limbi străine și matematică, dar simte mereu că "stă între două maluri". Îi este constant teamă că va vomita din nou și să se facă de râs în fața tuturor.

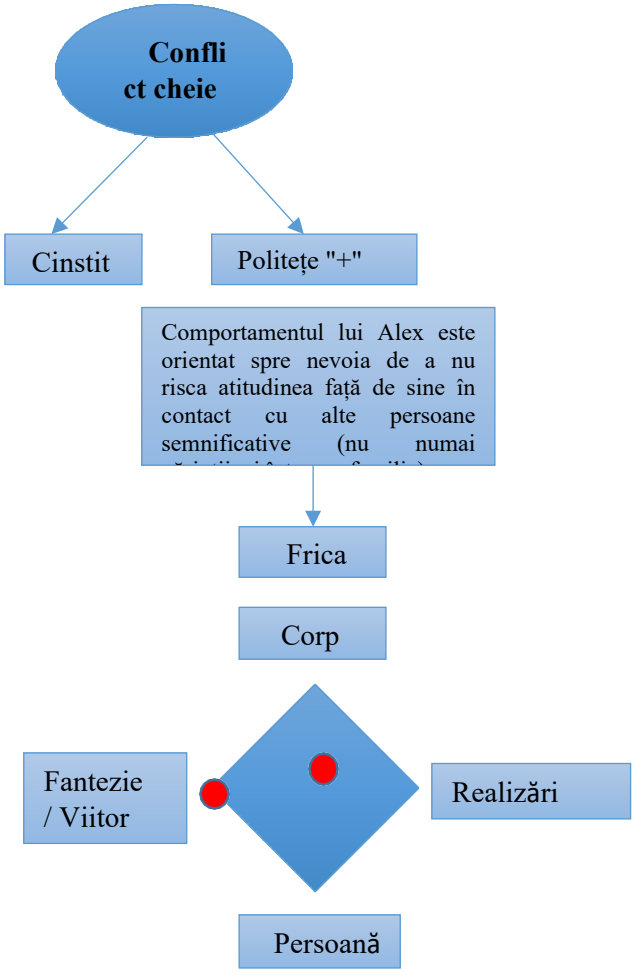


Fig. 1 Modelul conflictului cheie al clientului

Ce am aflat despre el - Etapa de **inventar**?

4.Încă din copilărie, frații au făcut sport, fratele lui Alex joacă fotbal, iar Alex joacă volei. Voleiul nu a fost decizia sau dorința lui Alex, a fost decizia tatălui său. Alex nu a vrut să meargă acolo, dar nu a fost capabil să spună "Nu" sau "Nu vreau!".

5.Mama și tatăl (mai ales tatăl) au luat decizia ca Alex să înceapă să studieze la școală cu clase sportive profilate. Aceasta înseamnă că trebuie să participe la competiții. Înainte de aceste competiții, a stat treaz toată noaptea cu gânduri dureroase despre eșec. Pe terenul de joacă, a fost îngrijorat, nervos și înghețat de frică.

6. După mai multe eșecuri la concursuri, părinții au decis că nu va avea succes în sport și a fost mutat la o școală cu clase profilate de biologie și chimie fără acordul său (cuvintele tatălui au fost: "hai să devenim chiar medic"). Merge regulat la școală și își pregătește lecțiile și temele, gândindu-se mereu că nu trebuie să își facă părinții de râs.

7. Pe parcursul perioadei de creștere, a învățat că părinții trebuie ascultați și că voința tatălui este lege. Este convins că toți se bazează pe el (bunicii turci îi inculcă faptul că primul fiu născut trebuie să ia asupra sa speranța întregii familii) și trebuie să le îndeplinească așteptările nu numai în ceea ce privește succesul școlar și supunerea, ci și în orice alt aspect. Tipic pentru acest tip de familie este importanța ordinii, a politeții și a succesului. În ceea ce privește religia, atenția acolo este spre ascultare.

8. Au urmat apoi lecțiile de matematică și aplicarea lui Alex la Liceul de matematică ales din nou de părinți.

9. Având în vedere acest context familial, el a experimentat multe dezamăgiri legate de ideea că fratele său este mult mai iubit (conform experienței sale) și mult mai de succes, conform rudelor și cercului de cunoștințe. El este conștient de faptul că fratele său, ca o "pasăre liberă", își urmează propriile dorințe și intenții, în timp ce el îi respectă întotdeauna pe ceilalți.

10. Ceea ce îl îngrijorează, nu împărtășește cu nimeni. Până în ziua de azi, noaptea nu poate dormi și este chinuit de gânduri de eșec. Fiind un tânăr cu un nivel intelectual ridicat, are capacitatea de a se autocontrola și de a se comporta mai ales politicos, ceea ce îl ajută să stea deoparte de contactele haotice și fără discernământ cu ceilalți (așa cum sunt capabili să facă unii adolescenți), pare mulțumit de sine, echilibrat psihic și de succes. Aceasta pentru că,...

După cum a arătat etapa de **încurajare situativă**,

11. Este un om rezonabil, ascultător, consecvent, care caută succesul cu orice preț.

El se poate descurca cu el însuși și cu emoțiile sale "înghițind și înghițind" - de fapt, le oprește și le minimalizează.

Etapa de **verbalizare**

Cumva, legătura dintre ceea ce îi spusesem lui Alex la început și povestea lui despre el însuși a apărut spontan în capul lui. La începutul întâlnirilor noastre, îi spusesem că are capacitatea de a îndrepta atenția într-un mod vizibil către ceva din interiorul său sau către ceva

în jurul său și i-am spus că ceva ce nu se arată în timpul zilei iese la iveală noaptea cu o forță furtunoasă. Sunt acele emoții pe care nu și le permite pentru că nu știe cum să le folosească ca puncte forte.

El a răspuns: "Nu am auzit niciodată în viața mea lucruri atât de bune despre mine până acum". În verbalizarea sa, Alex însuși a prezentat sarcina noastră terapeutică drept propria sa problemă. Mi-am dat seama că Alex nu se cunoștea pe sine în lumina propriilor capacități, ci doar ca o "strălucire cu lumină reflectată" din capacitățile celorlalți.

Într-o serie de 20 de întâlniri terapeutice, am parcurs o serie de situații de viață și subiecte. Primul, important pentru mine ca terapeut și pentru el ca pacient, a fost să înțeleg logica apariției gândurilor încărcate de agresivitate pe care le înghițea politicos. Ne-am ocupat de acest subiect timp de 4 întâlniri.

În următorul grup de ședințe, am trecut la lupta pentru schimbare, Alex preluând conducerea, iar eu oferind sprijin psihologic. Sarcinile noastre fuseseră conștiente până acum, pentru a dezvolta un nou comportament, care necesită tenacitate (el o consideră o abilitate puternică). Cealaltă sarcină a fost deschiderea în împărtășirea abilității pe care tocmai o dezvoltasem în contactul nostru, iar mai târziu el o va aduce în forma sa politicoasă de exprimare rudelor.

De asemenea, am rezolvat o serie de neînțelegeri de viață:

13. Forma de afecțiune parentală - pentru a face față experienței dureroase că nu este iubit pentru că nu le îndeplinește așteptările, că încă nu este observat și, prin urmare, este mai bine să fie "ghemuit în spatele unui computer", "o scrisoare tăcută";

14. Ce înseamnă să urmezi regulile religioase și care este locul credinței? Care este semnificația credinței?

15. Ce pierd, dar și ce câștig atunci când mă comport într-un anumit fel.

De exemplu: Când sunt doar copilul ascultător, corect, atent, respectându-i pe ceilalți, cum vor ști ei la ce mă gândesc și cum trăiesc lucrurile diferit - aceasta este o prezentare a puterii emoțiilor negative.

16. Ce îmi ofer mie însumi atunci când fac ceva pentru ceilalți? De exemplu: Când mă grăbesc să fac ceva, dar de fapt, în acest caz, nimeni nu așteaptă nimic de la mine. Chiar și așa, cred că o fac pentru ceilalți, fără să am șansa de a realiza că folosesc acest mod ca o apărare a normei mele de dreptate și a viziunii mele asupra succesului.

Treptat, au apărut primele schimbări în comportamentul său:

17. Capacitatea de a distinge "ce vor alții" de "ce vreau eu" în aceeași situație i-a dat dreptul de a alege modul de abordare a situației.

18. În loc să încerce să-și realizeze fantezia unui "comportament câștigător", el și-a dezvoltat capacitatea de a produce un comportament liber, motivat emoțional.

19. În loc de perfecționism extrem, doar pentru a fi acceptat, el și-a extins potențialul spontan.

Mulțumiți de ceea ce am realizat, ne-am detașat cu următorul bilanț:

Etapa de **extindere a obiectivelor**

El a raportat că, dacă înainte dorea să aibă succes în activitățile sale doar pentru aprobarea celorlalți, acum este mai important pentru el să se simtă satisfăcut. În această direcție, el este acum un tânăr activ, secundar prin educație, dar emoțional prin natura sa, și știe deja ce să facă cu viața sa de zi cu zi fără simptomele și sentimentul de dependență de aprobarea rudelor sale. Marele test al reușitei sale a venit în timpul participării sale la Olimpiada de Biologie,- când s-a simțit surprins, calm și fără simptome- și acest lucru nu i se mai întâmplase niciodată înainte.

De ce vă împărtășesc acest caz?

Acest adolescent se află într-un stadiu psihologic (și emoțional) de separare. În stadiul în care încearcă în mod activ să își sintetizeze experiența pentru a forma un sentiment stabil de identitate personală. Eriksson subliniază rolul cunoașterii exacte de sine și al realismului, dar aici acest adolescent s-a simțit - și astfel s-a comportat - ca la 3 - 4 ani, când "bătălia era pentru autonomie". Fiecare mamă știe cât de plastic poate fi un copil dacă decide să facă ceea ce așteaptă ceilalți de la el, dar este imposibil să-l determini să facă doar acest lucru.

Concluzie

Prezența unui control extern puternic și a unei educații prea rigide și secundare îl privează pe copil de implicarea sa în a învăța să se controleze și să se exprime conform propriei voințe și liberei sale alegeri. Suspiciunea și rușinea de lungă durată apar și conduc la un sentiment inevitabil de pierdere a stimei de sine și la un sentiment de supracontrol parental.

Referințe

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

[2] **ЕРИКСЪН, Е. [ERIKSON, E.]** (1996). *Идентичност: Младост и криза* [Identitate: Tinerețe și criză]. С.: Наука и изкуство. 340 с.

[3] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Psihoterapia pozitivă a vieții de zi cu zi: A Self-Help Guide for Individuals, Couples and Families with 250 Case Stories,* Bloomington, SUA: AuthorHouse UK

[4] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Psihosomatică pozitivă: Manual clinic de psihoterapie pozitivă,* Bloomington, SUA: AuthorHouse UK

[5] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Terapia pozitivă a familiei: Positive Psychotherapy Manual for Therapists and Families*, Bloomington, SUA: AuthorHouse UK

VINDECARE ȘI SPIRITUALITATE: CAZ PSIHOTERAPEUTIC

Antonella Matei
Master Trainer de PPT
Centrul "Psi Positum" (București, România)
Email:
psiholog_positum@yahoo.com

Primit 25.11.2020.
Acceptat pentru publicare
25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Acest articol este o invitație la reflecție asupra modului în care putem gestiona aspectele spirituale, existențiale descrise de Nossrat Peseschkian în metoda sa de psihoterapie pozitivă și transculturală. Aspectul existențial a fost analizat în timpul procesului de terapie și folosit ca o resursă puternică. În conformitate cu modelul rolului și în legătură cu conflictul de bază, autorul analizează relația pacientului cu Dumnezeu. Resursele oferite de religie în psihoterapie pot fi: speranța, acceptarea, sensul vieții (util în depresie, moarte), rugăciunea (care reduce anxietatea), exercițiile de meditație și ritualurile. Se stabilește că atunci când pacientul se confruntă cu probleme existențiale, resursele oferite de religie sunt incontestabile.

Cuvinte-cheie: Psihoterapie pozitivă, spiritualitate, religie, sănătate mintală.

Introducere

În ceea ce privește religia, părinții pot deveni un model/anti-model pentru copiii lor. Astfel, copiii vor prelua sau vor respinge normele religioase ale părinților și/sau vor adera la alte norme (noi primare). Omul, din punctul de vedere al psihoterapiei pozitive este bun prin natura sa și compus din 4 domenii: fizic, mental, social și spiritual. Păstrarea sănătății este necesară pentru o dezvoltare armonioasă a tuturor acestor domenii. Trebuie să acordăm, timp și energie în mod egal fiecărei laturi.

Acolo unde există credință, valorile religioase pot deveni resurse în procesul terapeutic.

În funcție de modul în care divinul este interiorizat: ca fiind bun, iubitor, susținător sau, dimpotrivă, rău, autoritar, judecător; pacientul va fi orientat să folosească, să aibă acces la resurse sau să pună în perspectivă percepțiile religioase. Cum este relația cu Dumnezeu, bazată pe iubire sau teamă?

Resursele oferite de religie în psihoterapie pot fi: speranța, acceptarea, sensul vieții, rugăciunea, meditațiile și ritualurile. Atunci când pacientul se confruntă cu probleme existențiale (boală/moarte, lipsă de sens/empăcare), resursele oferite de religie sunt incontestabile.

"In God we trust" este imprimat pe banii americani. Se pare că americanii au simțit nevoia să pună acest lucru pe banii lor pentru a ține cont de ceea ce le oferă o fortăreață.

Metodologie

Potrivit lui Nossrat Peseschkian (Peseschkian, 1977), "încrederea" este o capacitate care se dezvoltă în copilăria timpurie în relația simbiotică "Eu-Tu". Încrederea spirituală și încrederea în viitor și în cultură este dezvoltată prin modelul relației părinților cu lumea, "Originea Noi". Un copil va învăța să se accepte pe sine fiind acceptat și iubit mai întâi în relația cu părinții. Atunci când are loc diferențierea dintre "Eu" și "Tu", încrederea și credința pot fi dezvoltate într-o relație mai largă cu alte persoane pentru a forma "Noi", o reprezentare a Eu-lui în relația cu ceilalți. "Capacitatea de a iubi" (Peseschkian, 1977) reprezintă capacitatea de a se accepta pe sine și pe ceilalți. Prin dezvoltarea capacității de a iubi, se realizează conexiuni cu alte capacități. "Capacitatea de bază de a cunoaște" înseamnă diferențierea în ceea ce privește normele sociale. Cele două capacități de bază sunt fundamentul pe care se dezvoltă capacitatea de credință. Echilibrul dintre religie și știință exprimă în multe feluri cele două capacități de bază de a cunoaște și de a iubi. Știința reprezintă

capacitatea de a cunoaște și religia pentru capacitatea de a iubi. Credința este dezvoltată din capacitatea de a iubi și devine inteligibilă în conținutul său prin capacitatea de a cunoaște. Nossrat Peseschkian consideră că religia dă sens, iar credința caută sensul (Peseschkian, 1985).

Ca psihoterapeuți pozitivi, intru în contact cu subiecte existențiale precum religia, spiritualitatea, filosofia de viață. În experiența mea de lucru, am constatat că pentru unii pacienți acestea sunt resurse importante, în timp ce pentru alții pot deveni obstacole sau le pot complica viața. Principiul echilibrului mă ajută să înțeleg și să lucrez cu acest aspect.

Astfel, s-a născut întrebarea: cu ce și cum religia, cultura, filosofia de viață pot ajuta la vindecare sau, dimpotrivă, pot accentua tulburările. Cum poate religia să ajute la vindecare, cum anume sprijină ea vindecarea? Sau, ce aspect al religiei poate duce la tulburări?

În fiecare țară și cultură există multe proverbe și zicale care se referă la Dumnezeu. Câteva exemple: Dumnezeu îi ajută pe cei care se ajută singuri; Dumnezeu oferă fiecăruia un cântec; Dumnezeu se mișcă pe căi misterioase; ajută-te să îl ajuți pe Dumnezeu să te ajute; Dumnezeu lucrează prin noi, Dumnezeu te vede; Dumnezeu să fie cu tine, Dumnezeu este pretutindeni; Dumnezeu să ne ajute; Ai încredere în Dumnezeu și leagă-ți cămila; L-a prins pe Dumnezeu de picior. Ce înseamnă, de fapt, aceste nenumărate proverbe și în terapie?

Pentru majoritatea clienților noștri, Dumnezeu este încă o parte a culturii, a tradiției și a vieții noastre cotidiene. Cu alte cuvinte, credința face parte din inconștientul nostru colectiv care ne hrănește viața conștientă. În orice cultură, credințele religioase au inspirat sistemul educațional, arta, literatura, existența umanității însăși. Religia ne oferă reguli care guvernează modul în care trăim împreună și definesc poziția ființei umane și perspectiva pe care o are asupra vieții. Nossrat Peseschkian distinge în cartea sa "În căutarea sensului" (Peseschkian, 2016) termenii "credință", "religie" și "biserică". Acest lucru ajută în terapie la clarificarea și înțelegerea semnificației specifice pentru clienți. În cuvântul "religie", a spus el, crește o mulțime de neînțelegeri. El se referă la capacitatea umană de a găsi sens, în timp ce religia poate da sens, știința sprijină pentru a găsi acest sens.

Dumnezeu este perceput diferit în culturi, țări, familii și indivizi, potrivit lui N. Peseschkian. "Religia este ca un medicament care acționează adecvat pentru esența omului. Atunci când o religie greșit înțeleasă duce la tulburări, fixare, inhibare în dezvoltare și rigiditate în apărarea intelectuală, trebuie să fie un nonsens. Feuerbach a etichetat-o patologie în loc de teologie; Marx și Engels au vorbit despre religie ca despre opiatul maselor, iar Freud a caricaturizat-o ca pe o companie de asigurări" (Peseschkian, 2016).

Teorie și fond spiritual. Nossrat Peseschkian descrie știința și religia ca două aripi pe care omul le poate folosi pentru a progresa. Nu se poate zbura cu o singură aripă. Dacă oamenii încearcă să zboare doar cu aripa religiei, vor sfârși în dogmatism, superstiție. Dacă cineva folosește doar aripa științei, va zbura în disperarea materialismului.

Pentru a fi utile, religia și psihoterapia trebuie să fie în echilibru. Peseschkian a spus: Psihoterapia ne ajută să trăim; spiritualitatea deschide capacitatea de a înțelege viața. "Scopul unei ideologii a unei concepții despre lume ca religie este de a recunoaște în mod conștient valorile umane, scopul și sensul vieții, în timp ce științele exacte caută și găsesc explicații pentru legalități. Dacă religia și știința sunt într-adevăr menite să fie de folos ființelor umane, ele ar trebui să fie complete și să formeze o unitate. Religia nu înlocuiește psihoterapia, iar psihoterapia nu înlocuiește religia."

Astfel, ne întoarcem la întrebarea noastră: cu ce și cum ne pot ajuta religiile, spiritualitatea în activitatea noastră de terapeuți, în vindecare sau, dimpotrivă, ne pot deruta, menținând tulburările, dezechilibrul.

Ceea ce știm cu siguranță ca psihoterapeuți este că conceptele religioase sau normele religioase devin convingeri interne. Așa cum știm din psihoterapia pozitivă, prin relația lor cu religia, părinții pot deveni modele sau anti-modele pentru copiii lor. Astfel, copiii vor prelua sau vor respinge normele religioase ale părinților lor prin păstrarea lor sau aderarea la altele prin respingere (Primary We).

Ființa umană, din punctul de vedere al psihoterapiei pozitive (conform principiului echilibrului) este bună prin natura sa și este formată din 4 zone: corporală, mentală, socială și spirituală. Pentru a păstra sănătatea și a promova dezvoltarea armonioasă a tuturor zonelor, trebuie să acordăm timp, atenție și energie egale fiecărei părți. Aici este bine să vedem dacă zona religiei, filosofiei de viață este supra sau sub reprezentată. Dacă zona religiei, a filosofiei de viață este prea reprezentată sau prea dezvoltată, atunci apare un dezechilibru și celelalte zone nu sunt acoperite. Dacă mă rog toată ziua și nu mai lucrez, nu voi avea cu ce să mă întrețin, nu voi avea nimic care să mă ajute să trăiesc. Dacă nu investesc timp și energie în relații, zona de contact, mă pot trezi singur într-o zi, fără sprijin din partea celor din jurul meu. Dacă mă uit doar la Dumnezeu și nu am grijă de corpul meu, mă pot îmbolnăvi. Suprareprezentarea poate deveni mai flexibilă în consiliere și terapie.

Rezultate

Aplicație terapeutică. Conform modelului de rol și în legătură cu conflictul de bază, mă pot uita la relația pacientului cu Dumnezeu. Pe ce se bazează relația cu Dumnezeu? Frică sau iubire? Cum a dezvoltat pacientul o relație cu Dumnezeu? Aici putem investiga care este reprezentarea lui Dumnezeu de către pacient, este văzut ca un prieten sau un dușman, îl iubesc sau nu? Cum mă simt în legătură cu el? Și încerc să aflu care dintre părinți au avut aceeași relație cu Dumnezeu. Și, ceea ce au cerut, au așteptat pacientul pentru a-i oferi acceptare, iubire.

Acolo unde există credință, religia poate deveni o resursă în procesul psihoterapeutic. Resursele oferite de religie în psihoterapie pot fi: speranța, acceptarea, sensul vieții (util în depresie, moarte), rugăciunea (care reduce anxietatea), exercițiile de meditație și ritualurile. Evident, atunci când pacientul se confruntă cu probleme existențiale, resursele oferite de religie sunt indiscutabile.

Prezentare de caz

Ovidiu (numele a fost schimbat), se prezintă la birou vizibil tensionat și chinuit. Problema cu care se confruntă este legată de relația sa conjugală. El este căsătorit de 17 ani. Relația a început cu respect și apreciere, fără dragoste sau afecțiune din partea pacientului.

În prezent, relația cu soția sa este foarte deteriorată. În acest context, el se îndrăgostește de o colegă de serviciu. Dezvoltă o relație romantică cu aceasta, însă rămân la un nivel platonic, deoarece el consideră că este păcat să facă sex în afara căsătoriei. Sentimentele de vinovăție sunt foarte mari și dezvoltate și datorită catolicismului său. De asemenea, el arată un accent pe reprezentarea capacităților secundare. Capacitățile secundare și aderența puternică la normele Bisericii Catolice conduc la prezența unui superego puternic reprezentat. Are o mare reprezentare în domeniul religios în același timp cu o dorință puternică, datorată fricii de a respecta regulile impuse de biserică, de a se supune, așa cum a făcut în relația cu tatăl său. Obediența este reprezentată la maximum. Aici apare conflictul de bază, mă supun tatălui meu, mi-e frică de el, fac doar ceea ce am voie să fac. Ceea ce în prezent este transpus în conflictul real, mă supun bisericii și fac doar ceea ce biserica și normele sale îmi permit. În caz contrar, voi fi pedepsit și voi arde în iad pentru totdeauna. Dumnezeu (tatăl în trecut) nu mă va ierta și voi fi pedepsit pentru totdeauna.

Mi-a explicat că în religia catolică divorțul nu este acceptat și dacă divorțezi ajungi în iad.

Relația cu soția sa este foarte disfuncțională, ducând adesea la violență fizică din ambele părți, care s-a încheiat doar cu intervenția poliției. "Iadul pe pământ", din punctul meu de vedere. El este dominat de soția sa, ascultând de ea De asemenea, se simte vinovat pentru ea, deoarece în trecut a fost ajutat de tatăl soției sale să își termine studiile superioare. Datorită acestor studii, el are în prezent o slujbă bună. Se roagă la Dumnezeu zi și noapte pentru ca soția sa să îl părăsească, considerând că aceasta este singura modalitate prin care poate fi liber și exonerat de vină în fața lui Dumnezeu.

Iată cum arăta viața lui când a venit la terapie.

Emoția predominantă este frica, întruchipată în prezent în frica de Dumnezeu (în trecut frica de tată). Din punct de vedere psihodinamic, la nivelul conflictului de bază, observăm o relație zbuciumată și violentă cu tatăl și cu multe cerințe orientate spre capacitățile secundare' (ascultare, punctualitate, seriozitate). Relația cu mama era de asemenea caracterizată de cerințe orientate spre capacități secundare, dar fără agresivitate (supunere, seriozitate).

Total lipsit de iubire, de sprijin, de acceptare, el merge la Biserica Catolică unde simte o iubire divină, o acceptare la care reacționează inconștient oferind ascultarea oarbă cerută de tatăl său în trecut.

În terapie, am lucrat mult la această diferențiere între tată și Dumnezeu și la modul în care cele două relații se suprapun (supunerea față de tată / supunerea față de Dumnezeu, religie; frica de tată / frica de Dumnezeu). Și am lucrat asupra distincțiilor dintre Dumnezeu și instituțiile bisericești.

În absența reprezentărilor pozitive, relația cu religia cu normele religioase care au fost internalizate, relația cu Dumnezeu s-a dezvoltat foarte mult. El, se acceptă, doar atunci când urmează normele religioase.

Conflictul său real a fost: "Eu nu divorțez, pentru că voi fi pedepsit pentru totdeauna și voi arde în iad". În acest punct, fiind conștient că în apropierea problemei spirituale se afla și capacitatea sa de a lua decizii, tergiversarea, i-am spus că ar putea consulta și un preot catolic pentru a lua calea anulării căsătoriei.

Am lucrat, de asemenea, la conflictul cheie, pentru a fi mai puțin politicos cu soția sa și mai sincer cu ea; și a fost capabil să verbalizeze acest lucru în procesul de terapie. În cadrul terapiei, el a putut verbaliza conflictul real: dacă nu mă supun lui Dumnezeu, El nu mă va mai iubi și nu mă va mai salva. Și, de asemenea, conflictul de bază: dacă nu mă supun tatălui meu, el mă va pedepsi și mă va lovi.

Am lucrat cu modelul transcultural al altor religii în care soții pot avea mai multe soții, ca în islam. El a verbalizat că gândește ar putea fi diferit dacă ar fi avut o altă religie. Uneori am folosit umorul, cu reflecții de genul: "ești mai catolic decât papa"și el a fost capabil să facă mișto de asta.

În cele din urmă, a avut puterea să se mute din casa în care locuia cu soția sa, dar fără un divorț oficial.

 © WAPP Publishing

Trăia pe cont propriu și continua relația cu prietena sa.

Soluția sa finală a fost să evite confruntarea cu soția sa (evitarea fiind unul dintre mecanismele de apărare frecvent utilizate) și să plece într-o misiune în străinătate pentru un an.

Până atunci, el va lăsa decizia în mâinile lui Dumnezeu și poate, cine știe, înainte să se întoarcă, soția lui va găsi pe altcineva.

Concluzie

Ca ființe umane, avem nevoie de o orientare spirituală, de valori, de o filosofie de viață pentru o experiență armonioasă și o sănătate mintală echilibrată și trebuie să fim conștienți de propriul nostru model spiritual ca terapeuți. În psihoterapia pozitivă, acest aspect existențial este analizat în timpul procesului de terapie și, de asemenea, utilizat ca o resursă puternică.

Cazul prezentat a fost unul în care nu a existat suficient timp pentru a găsi o soluție finală. Pacientul "a trebuit" să întrerupă terapia deoarece urma să înceapă o misiune de serviciu în afara țării.

Putem vindeca doar în interacțiune cu clienții noștri și cu disponibilitatea și curajul lor de a lucra cu potențialul lor. Uneori, am putea trimite pacienții și la preot atunci când este nevoie de acest tip de abordare.

După cum spunea N. Peseschkian: "Religia nu înlocuiește psihoterapia și psihoterapia nu înlocuiește religia". Ca psihoterapeuți, putem colabora cu medici, asistenți sociali și, alteori, cu preoți, având în vedere că ființa umană este formată din 4 domenii: corporal, mental, social și spiritual.

Referințe

[1] **OKORO, J.** (2019). Spiritualitate. Prezentare la 7th Word congress for Positive and transcultural psychotherapy (Antalya, Turcia). Retrieved from: https://www.positum.org/files/spirituality.pdf

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

[3] **PESESCHKIAN, N. (**2016). *În căutarea sensului: Psihoterapie pozitivă pas cu pas.* Bloomington, SUA: AuthorHouse UK

 © WAPP Publishing

SĂNĂTATE - BOALĂ DIN PERSPECTIVA PSIHOTERAPIEI POZITIVE

Gunther Hübner
PhD, Master Trainer de PPT, practică privată Hofheim (Germania)
Email:
gunther.huebner@positive-konfliktberatung.de

Primită la 15.11.2020.
Acceptat pentru publicare 25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Sănătatea și boala trebuie să fie înțelese ca două fețe ale aceleiași monede. Ființa umană nu este nici sănătoasă, nici bolnavă, ci mai degrabă există un efort constant pentru a găsi un echilibru; numai atunci se poate vorbi de o abordare a sănătății. În acest context, simptomele capătă un caracter informativ și indică dorințe (nevoi) care nu au fost satisfăcute.

Cuvinte cheie: sănătate, boală, echilibru, psihoterapie pozitivă, nevoi

O persoană suferă în medie de 20 de boli care îi pun viața în pericol, 20 de boli grave și două sute de boli moderate în 20 de ani de viață.

Stefan Heim

Introducere

Spectatorii și elefantul

Un elefant a fost adus într-o cameră întunecată pentru a fi expus noaptea. Oamenii au venit în număr mare. Deoarece era întuneric, vizitatorii nu puteau vedea elefantul, așa că au încercat să îi înțeleagă forma prin atingere. Deoarece elefantul era mare, fiecare vizitator putea să prindă doar o parte din animal și să-l descrie în funcție de descoperirile sale tactile. Unul dintre vizitatorii care a prins unul dintre picioarele elefantului a explicat că elefantul era ca un stâlp puternic; un al doilea, atingând colții, a descris elefantul ca un obiect ascuțit; un al treilea, apucând urechea animalului, a spus că nu se deosebește de un evantai; al patrulea, mângâind spatele elefantului, a susținut că elefantul era drept și plat ca o canapea. (Peseschkian 2016)

Ar trebui să ne întrebăm: ce este sănătatea? În povestea de mai sus aflăm că fiecare persoană poate descoperi și descrie doar o parte a animalului prin descoperirile sale tactile, dar nu vede decât o parte a întregului la un moment dat. Concluziile trase de aici denaturează viziunea asupra realității sau, în alte cuvinte, experimentăm o realitate pe care o denaturăm subiectiv. În mod similar, această poveste poate fi înțeleasă ca un exemplu sinonim atunci când ne întrebăm despre înțelegerea sănătății și a bolii. Fiecare dintre noi experimentează expresia simptomelor în boală, dar acestea pot fi înțelese doar ca parte a întregului.

Deoarece oamenii în general sunt în permanență expuși riscului de îmbolnăvire în viața lor, această luptă împotriva bolii necesită mobilizarea unor energii enorme și justifică un cost ridicat, fără a clarifica în cele din urmă întrebarea ce este sănătatea. Deoarece sănătatea nu poate fi definită suficient prin absența bolii, este necesar un concept holistic în sensul unei filosofii a sănătății. Prin urmare, sănătatea nu poate fi o lipsă a aspectelor individuale ale bolii. Ca urmare, un simptom nu poate fi determinat numai în contextul bolii, deoarece rolul inexplicabil sau lipsă al sănătății (ca opus) nu a fost încă explicat în mod satisfăcător.

Metodologie

Cerințe pentru înțelegerea sănătății

Cunoaștem sănătatea de îndată ce ne lipsește. (Andrew Weil). Încercarea de a defini sănătatea prin "a nu fi bolnav" exprimă o neputință similară cu încercarea de a declara pacea prin "a nu fi în război". Această definiție nesatisfăcătoare a sănătății se bazează pe o problemă multidimensională: individului i se cere să

să conștientizeze limitele propriului reper individual, interacțional, instituțional și ideologic, deoarece între sănătate și boală, pe de o parte, și mediul social, pe de altă parte (reper transcultural), există o interdependență, deoarece fiecare definiție a sănătății sau a bolii capătă un sens diferit în cadrul nivelului respectiv. Decizia de a stabili când există o "tulburare" care îndeplinește condițiile unei boli și când un individ are suficiente componente patologice depinde de definiția sănătății și de înțelegerea bolii.

Fig. 1. Patru calități ale vieții = sănătate

O altă dificultate în determinarea stării de sănătate o reprezintă convingerile și viziunea asupra lumii a persoanelor care iau decizii cu privire la acestea. Ca și sănătatea, boala (simptomele) trebuie înțeleasă ca o atribuire de interpretare, în care convingerile și viziunile asupra lumii sunt exprimate și construite ca o definiție de diagnostic.

Înțelegerea medicală a bolilor somatogene a fost fundamental schimbată de dezvoltarea "psihosomaticii". Conceptul teoretic și metodologic explicativ al psihosomaticii este de proveniență psihanalitică și psihologică profundă, fiind deci un domeniu al nivelului individual-interacționist. Din aceste niveluri, abordările psihopatologice au jucat un rol major în conceptele explicative teoretice și metodologice ale psihosomaticii.

Rezultate

Au fost adăugate noi abordări explicative și de vindecare cu înțelegeri diferite ale teoriei și metodelor (în principal abordări sistemice și transculturale). În ciuda ntreaga varietate de abordări teoretice și metodologice, se pot găsi puncte comune pentru multe tablouri clinice. Bolile, tulburările și problemele primesc din ce în ce mai mult un mesaj ascuns sau inconștient cu conținut informațional. Prin interpretarea acestor boli sau tulburări, ele devin subiect de comunicare și astfel "semnificative", "conștiente" și tratabile. În general, există o tendință în clasificarea proceselor psihosomatice de a le diferenția de procesele somatice (boli) sau de a le justifica pe baza diagnosticului diferențial (a se vedea, de exemplu, codificarea "ICD 10"). O astfel de separare între bolile somatice și psihosomatice implică faptul că nu orice boală / simptom se corelează cu o problemă umană mai profundă și, prin urmare, nu fiecărei forme de boală i se acordă un "conținut informațional".

De asemenea, în general, nu există un acord științific pentru a atribui tuturor simptomelor o corelație psihologică cu factorii psihosociali. Atunci când bolile și simptomele cunosc o atribuire care este contrară înțelegerii "medicinei convenționale", amenință titlul derogatoriu de "psihologizare", ceea ce înseamnă o complicație inutilă. Orice metodă care dorește să interpreteze psihologic și semnificativ simptomele și le vede ca pe o problemă psihologică nerezolvată, dar a cărei abordare explicativă este în afara "nomenclaturii" recunoscute, nu va evita necesitatea de a furniza dovezi ale relevanței postulatelor formulate.

Vindecările sau eliminarea simptomelor nu reprezintă o justificare științifică suficientă, deoarece așa-numitele "vindecări spontane" sau "efecte placebo" atrag atenția asupra faptului că există alți factori activi care fie necesită o nouă explicație, fie sunt manifestări care depășesc "explicabilul" actual (Jaspers 1913).

O separare a bolilor somatice de cele psihice, fără a lua în considerare interacțiunile (interdependența), prezintă riscul unei legături aparent cauzale între cauză și efect, prin care aspecte esențiale ale integrității (realității) sunt excluse sau negate. În explicațiile patogenetice tradiționale ale bolilor, se poate observa o gândire reducționistă. Se rămâne la diagnosticul exact și la examinarea simptomelor din punct de vedere etiologic (de exemplu, infestarea bacteriană ca cauză a simptomelor fizice) fără a se acorda atenție coerenței întregului. Conexiunile dintre simptome și apariția unei boli, precum și interacțiunile semnelor bolii cu condițiile sociale și comunicative sunt insuficient luate în considerare.

Simon (1995) explică această idee după cum urmează: "Dacă boala este văzută ca o schimbare în spațiul fizic, aceasta nu înseamnă că explicația mai profundă a ei - adică mecanismul care o generează - este localizată în corp. Procesele care au loc în corp, care explică formarea simptomelor, necesită, la rândul lor, o explicație care să se încadreze în logica viziunii cotidiene asupra lumii aplicate".

Medicina somatică interpretează, de asemenea, cauzele bolii în legătură cu simptomele și anumite simptome sunt atribuite anumitor cauze, de exemplu, bolile infecțioase necesită viruși sau bacterii. De asemenea, este de necontestat faptul că o slăbire a sistemului imunitar este postulată la debutul bolii.

Cu toate acestea, boala unui individ este rareori asociată cu structura personalității individului și cu rolul și realitatea sa socială (macro- și mezo- sisteme). După cum se știe, oamenii sunt confruntați în mod constant cu bacterii, fără a reacționa neapărat printr-o boală manifestă.

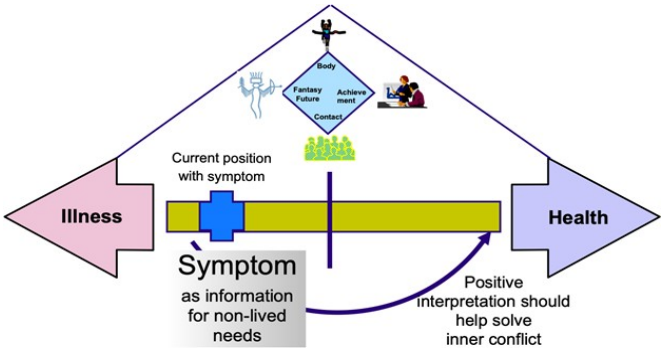


Fig. 2. Boli - sănătate în echilibru (de autor)

Prin urmare, problema sănătății/bolii nu este ușor de explicat în termenii unui principiu de cauză și efect. Pe de o parte, se pune problema când și de ce apar simptomele și ce semnificație a bolii poate fi atribuită acestora, iar pe de altă parte, ce condiții / factori aduce individul cu sine astfel încât boala (de exemplu, burnout) să se poată manifesta.

Dacă "medicina organică" nu poate determina niciun rezultat organic cu un simptom definit, starea este nesatisfăcătoare nu numai pentru medic, ci și pentru pacient. Medicina organică manifestă atunci tendința de a transfera cauzele acestora într-un spațiu imaginar, undeva fără "diagnostic" (Simon 1995), care nu poate fi explicat, dar apare totuși în vigoare datorită efectelor sale. Acceptarea spațiului imaginar corespunde presupunerii că sunt implicate "unele" mecanisme care nu au fost încă explicate (cercetate, găsite etc.), dar care trebuie să existe. Acest lucru aduce starea intolerabilă de "ignoranță" într-un concept inteligibil pentru un medic / psiholog / om de știință, chiar dacă cauzele fenomenelor sunt în afara comunicării.

Prin urmare, imaginația pacientului poate ocupa mult spațiu, că nu este cu adevărat bolnav (doar simulează) sau pedepsit pentru un comportament deviant din punct de vedere social. Cu alte cuvinte, pacientul își interpretează simptomele în funcție de explicațiile sale individuale, deoarece cumva și în modul său subiectiv încearcă să reconcilieze simptomele și fenomenele observabile cu înțelegerea sa a realității (concept).

Simon explică (1995): "Atunci când se explică, din perspectiva observatorului exterior, obiectiv, se construiește un mecanism generator al fenomenului de explicat. În înțelegere, pe de altă parte, observatorul folosește asemănarea dintre el și sistemul observat (o ființă umană, o pisică, un zeu, o mașină
...); el se identifică cu el, intră, ca să spunem așa, în perspectiva interioară a subiectului care se află într-un anumit context comunicativ pentru a-și (re)construi sentimentul, gândirea și acțiunea în sensul lor ... Zona neobservabilă, în care trebuie localizată explicația pentru simptomele bolii, este modelată pe comunicarea umană normală. Există anumite reguli sociale de bună purtare, a căror respectare este corelată cu bunăstarea. Și, invers, se concluzionează că pierderea bunăstării este un indiciu al lipsei unui comportament bun."

Înțelegerea simptomelor, chiar dacă abordările explicative ale acestora nu se încadrează într-o zonă marcabilă și inteligibilă ("neobservabilă", Simon 1995), deoarece eludează observația inteligibilă și categorizarea tradițională, sunt totuși tratate ca o "sursă de informații". Experiențele subiective și intuițiile formează o cunoaștere subiectivă care, împreună cu profilul individual de personalitate, își deschide propriile "provincii ale simțului" (Berger / Luckmann 1969) și "chei de realitate" (Müller 1991).

De aici se poate deduce că simptomele trebuie înțelese ca un mesaj și că li se acordă o semnificație subiectivă atât intra-, cât și interpersonală. Acest proces subiectiv și colectiv de interpretare atribuie un sens simptomelor, ceea ce le face accesibile pentru o înțelegere comunicabilă. Referința la realitatea obiectivă joacă un rol minor.

Simptomele devin mesaje și pot influența etapele ulterioare; de exemplu : Durerii i se atribuie o semnificație care nu o interpretează ca fiind ostilă și îndreptată împotriva individului, prin urmare nu trebuie combătută. În acest context, burnout-ul poate primi informații sau un mesaj care are sens în contextul sănătății și al integrității, de exemplu pentru a indica o deficiență care copleșește individul în anumite situații. Dacă nu se iau contramăsuri sau nu se trag concluziile corecte, există riscul unei tulburări, al unui simptom sau al unei boli.

Un astfel de proces atrage atenția asupra unui fenomen general. Se poate vorbi de o construcție a realității prin comunicarea și explicarea de către individ a înțelegerii sale subiective (atribuirea de sens) cu privire la realitatea sa către lumea exterioară prin interpretarea simptomului.

Dacă interpretarea simptomelor se bazează pe o înțelegere subiectivă, se dezvoltă în același timp și problema contextului în care se dezvoltă înțelegerea subiectivă. În acest scop, Peseschkian (2016) utilizează termenii sens și găsirea sensului, cărora le atribuie

domeniul religiei (sensul) și al științei (găsirea sensului). Această utilizare a termenilor de către Peseschkian (2016) implică o interacțiune a diferitelor domenii, care, cu toate acestea, formează fundalul unei înțelegeri subiective și pot fi găsite în fiecare atribuire.

Dacă se presupune că semnificația simptomelor și a evenimentelor este o construcție subiectivă, atunci se acceptă că individul are ordinele, ideile, normele și valorile sale implicite comunicate lumii exterioare într-un mod subiectiv.

Ipotetic, două surse de informații pot fi astfel exploatate:

a) interpretarea simptomului face transparentă construirea realității de către persoana în cauză sau observator și, în același timp, devine clar ce semnificație are simptomul pentru persoana în cauză și

b) Interpretarea relevă o realitate subiectivă a așteptărilor, modelată de situație, care determină acțiunile ulterioare ale individului și experiențele sale de învățare pentru situații noi.

Sănătatea ca înțelegere a integrității

În cele ce urmează, se presupune o înțelegere de bază a sănătății, care este influențată de o anumită idee de integritate, care ar trebui să permită individului să își integreze simptomele în viața de zi cu zi. În continuarea capitolului, acest model, precum și utilizarea termenului de integralitate, vor trebui explicate mai detaliat, deoarece înseamnă că sănătatea este sinonimă cu sensul de "a fi sănătos".

Heil provine din înalta germană medie și are următorul înțeles conform dicționarului de origine Dudens (Duden's dictionary of origin 1963):

Noroc"; (coincidență norocoasă; Sănătate; Vindecare, salvare, asistență ... Sub influența creștinismului, cuvântul mântuire a căpătat și sensul de "răscumpărare din păcate și acordarea fericirii veșnice" ...

Utilizarea termenilor "întreg" și "a fi vindecat" înseamnă un echilibru care nu este static, ci dinamic, și al cărui echilibru creează o stare care poate fi tradusă ca sănătate. Ca urmare, boala este o stare care prezintă o "pierdere" sau o "lipsă" de plenitudine (conform sensului: fără speranță = "fără noroc, bunăstare sau sănătate, prin urmare, mizerabil; hidos, rău; ibidem).

Sensul salvării îl găsim atât în medicină, cât și în religie (sfânt). Comună ambelor este înțelegerea unei conștiințe unitare ca o depășire a unei perspective scindate sau fragmentate. De asemenea, înseamnă să învățăm să integrăm ceea ce există în afara unei realități subiective sau a fost suprimat în afara acestei realități subiective.

Boala și sănătatea nu sunt doar condiții fizice care, mai devreme sau mai târziu, vor fi analizate și înțelese pe deplin prin metodele științei. Ele sunt înrădăcinate în cele mai profunde și mai misterioase straturi ale ființei ... Ideea că trebuie să acceptăm și să încorporăm partea întunecată a existența, chiar și boala și moartea, dacă se dorește atingerea plenitudinii și a perfecțiunii, este o linie de gândire impresionantă care se reflectă în numeroase sisteme de magie practică și filosofie ezoterică. (Weil, 1997)

Prin urmare, sănătatea poate, de asemenea, să integreze boala, dacă boala este înțeleasă ca un fenomen care arată că lipsesc aspectele necesare pentru integritate și, prin urmare, sănătatea nu a fost încă atinsă.

Dacă pornim de la acest concept de sănătate ca întreg, eliminarea unui simptom nu înseamnă vindecare, deoarece doar simptomele au fost vindecate, adică boala a fost tratată.

Prin urmare, vindecarea este în mare măsură conceptualizată ca eliminând cauzele bolii, dar nu ca creând condiții de sănătate. (Simon, 1995)

Pentru a clarifica conținutul și forma, ar trebui utilizată explicația lui Detlefsen și Dahlke (1990) pentru a diferenția între simptome, boală și sănătate. Detlefsen și Dahlke folosesc o imagine în care compară corpul/organismul individului cu o scenă (formă) pe care se desfășoară o tragedie. Deși tragedia este jucată pe scenă, scena nu poate fi tragică, doar piesa (conținutul) poate fi tragică. Dar piesa (conținutul) apare pe scenă (forma), în cadrul scenelor, folosind costumele, muzica, actorii etc. Acestea sunt doar aspectele formale care exprimă ceva, dar nu și conținutul în sine.

Capra (1983) încearcă să formuleze sănătatea aproximativ după cum urmează: "Sănătatea este o experiență subiectivă, a cărei calitate poate fi cunoscută intuitiv, dar nu poate fi niciodată descrisă sau cuantificată exhaustiv". Dar poate că putem începe definiția noastră afirmând că sănătatea este o stare de bine care apare atunci când organismul funcționează într-un anumit mod. Descrierea acestui tip de funcționare va depinde de modul în care descriem organismul și interacțiunea acestuia cu mediul său ... Prin urmare, termenul "sănătate" și termenul asociat "boală" nu se referă la unități precis definite, ci fac parte integrantă din modele limitate și aproximative care reflectă relația dintre mai multe aspecte ale fenomenului complex și fluid al vieții.

Odată ce s-a recunoscut relativitatea și natura subiectivă a termenului de sănătate, devine, de asemenea, clar că experiența sănătății și a bolii este puternic influențată de contextul cultural în care apare ... În plus, contextul cultural influențează și modul specific în care oamenii se comportă atunci când se îmbolnăvesc.

În concepția lui Capra, sănătatea este expresia unei interacțiuni multiple a individului cu realitatea sa socială (macro- și mezo- sisteme) și cu mecanismele generatoare rezultate, precum și cu viziunea sa subiectivă.

În acest sens, sănătatea este înțeleasă în ansamblul modelului de echilibru peseschkian, în care conținuturile și așteptările complexe și eterogene trebuie să fie integrate în dependența realităților multidimensionale

pentru a oferi răspunsuri individuale satisfăcătoare la diverse cerințe, condiții și situații.

Modelul de echilibru peseschkian este o metaforă pentru integritate și sănătate. În acest fel, interrelațiile complexe, cum ar fi sănătatea, devin accesibile vizual și intuitiv, ceea ce nu este suficient de satisfăcător doar cu comunicarea. În același timp, acest model rămâne ambiguu și poate totuși rezuma domenii diferite și complexe din punctul de vedere al similitudinilor.

Pentru a fi sănătoși, oamenii au nevoie de flexibilitate și de dorința de a face ceva activ. El/ea trebuie să cunoască posibilitatea de a se modela și de a lua decizii. Cu cât o persoană a învățat să își folosească și să își dezvolte energiile în mod mai dinamic în cadrul celor patru domenii ale modelului de echilibru, cu atât mai mare este flexibilitatea și alternativele persoanei respective de a reacționa la probleme și la noi provocări. Ca urmare a acestui act dinamic de echilibrare, Peseschkian consideră sănătatea ca fiind un sentiment subiectiv de bunăstare, care îi oferă persoanei care ajută posibilitatea de a-și experimenta capacitățile fizice (corpul), psihologice (performanță, contact) și intelectuale (imaginație / viitor), care colaborează pozitiv cu mediul natural (animale, plante etc.) și social (contact). Acest lucru ar permite acestui individ să accepte fazele de criză ca intervale naturale de viață - ca o vale între doi munți. Peseschkian (2016) presupune că capacitatea indivizilor de a se ajuta pe ei înșiși este mai probabil să fie așteptată atunci când oamenii știu cum să își folosească energiile și nevoile.

În acest context, modelul echilibrului poate ajuta oamenii să se orienteze și să obțină o busolă a sănătății pentru a-și organiza autoajutorarea.

Concluzie

Sănătatea poate fi înțeleasă ca o construcție subiectivă care este modelată de procesul de socializare. În plus, obiceiurile culturale rafinează dezvoltarea personalității. Acest lucru conduce la o viziune autoevidentă asupra propriei persoane. Dar, de fapt, sunt doar obiceiuri bazate pe repetiții relative în spațiul de viață cultural-social-individual care devin un fel de lege strictă cu privire la modul în care înțeleg ce ar trebui să fac și ce nu ar trebui să fac pentru a fi eu însumi. Acest proces are loc în mare parte inconștient, în sensul de obișnuință.

Înțelegerea sănătății și a bolii este, de asemenea, modelată de construcțiile individuale ale realităților. Această evoluție devine problematică atunci când individul înțelege obiceiurile ca fiind singura modalitate de a fi el însuși, chiar împotriva emoțiilor și nevoilor sale, doar pentru că așa crede el că trebuie să fie. Ca urmare, individul își reduce procesul creativ de gândire la noi posibilități care au existat până acum încă în afara propriei realități, dar care au fost considerate până acum ca nefiind permise de concepția mea despre mine însumi.

Dacă, totuși, dorințele și nevoile nu pot fi reconciliate cu posibilitățile creative, simptomele sunt, pe de o parte,

exprimarea nevoilor nerealizate și, pe de altă parte, informații privind lipsa de creativitate, utilizarea insuficientă a noilor posibilități. Rezultatul este o auto-reducere inconștientă a posibilităților de a rămâne în obiceiuri care nu reconciliază nevoile individului.

Prin urmare, înțelegerea modelului de echilibru în psihoterapia pozitivă este, de asemenea, o invitație de a gândi "în afara cutiei" realității anterioare și solicitarea de a-și reconcilia nevoile cu sine însuși, din care ar deriva indirect sănătatea și satisfacția vieții.

Referințe

[1] **ANTONOVSKY, A.** (1979). *Sănătate, stres și coping: [Noi perspective asupra bunăstării mentale și fizice]*. San Francisco, California: Jossey-Bass.

[2] **ANTONOVSKY, A.** (1984). *Sentimentul de coerență ca determinant al sănătății. În: Matarazzo, J.D. ș.a.: Sănătatea comportamentală: Un manual de sănătate și îmbunătățirea și prevenirea bolilor.* New York. pp. 114- 129.

[3] **ANTONOVSKY, A.** (1993). *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung* [Cercetarea sănătății versus cercetarea bolilor]. În: 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* [Sănătate mintală și controlul comportamentului]. Wahlstedt: Hogrefe.

[5] **BERGER, PETER L., & LUCKMANN, T.** (1963). "*Sociologia religiei și sociologia cunoașterii". În Sociology and Religion*: A Book of Readings, editat de Norman Birnbaum și Gertrude Lenzer, 410-418. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

[6] **CAPRA, F.** (1983). *Tao-ul fizicii*. Boston: Shambhala Publications.

[7] **DAMASIO, A. R.** (2000). *The feeling of what happens - Body and Emotion in the making of consciousness.* New York: Mariner Books.

[8] **DENEKE, F.-W.** (2001). *Psychische Struktur und Gehirn - Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten* [Structura mentală și creierul - 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. 288 p.

[10] **DÖNER K., PLOG U., BOCK, T, BRIEGER, P., HEINZ, A., WENDT F**. (2017). *Irren ist menschlich: Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie* [A greși este uman: Manual de psihiatrie și psihoterapie]. Psychiatrie Verlag, Köln 1978, 1984, 2002, 2017.

[11] **JASPERS, K.** (1913). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen.* [Psihopatologie generală. Un ghid pentru studenți, medici și psihologi]. Berlin: J. Springer. 338 s.

[12] **JORK, K., / PESESCHKIAN, N.** (2006). *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden - gesund bleiben* [Salutogeneză și psihoterapie pozitivă. Fii sănătos - rămâi sănătos]. Bern: Hogrefe AG; 2., aktualisierte und ergänzte Edition. 297 s.

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

[14] **PESESCHKIAN, H., REMMERS A.** (2020). *Psihoterapie pozitivă: O introducere*. În: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds) Positive Psychiatry: Psychotherapy and Psychology. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2.

[15] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *În căutarea sensului: Positive Psychotherapy Step by Step,* Bloomington, SUA: AuthorHouse UK.

[16] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Psihosomatică pozitivă: Manual clinic de psihoterapie pozitivă,* Bloomington, SUA: AuthorHouse *UK*

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

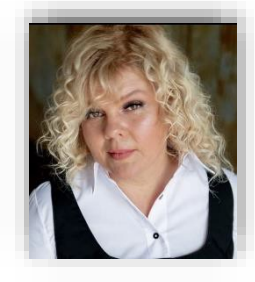
[18] **SIMON, H. A.** (1995). Raționalitatea în comportamentul politic. *Psihologie politică 16 (1). pp. 45-61.* DOI: 10.2307/3791449.

[19] **DICȚIONARUL GERMAN OXFORD-DUDEN**: germană-engleză, engleză-germană (1963) editat de Dudenredaktion și Secția germană a Departamentului de Dicționare al Oxford University Press ; redactori șefi,
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* [Cât de reală este realitatea?: Iluzie, decepție, înțelegere]. Piper Taschenbuch; 19. Edition. 256 s.

[21] **WEIL A.** (1991). *Healthy Living (Ask Dr. Weil*): Ivy Books; 1st ed. 85 p.

STĂRILE DE PERSONALITATE SUICIDARĂ: CERCETARE ȘI PERSPECTIVĂ ȘTIINȚIFICĂ



Oksana Kovanda
Doctor, practică privată (Odesa, Ucraina) Consultant de bază al PPT
Email:
neiro.psicho.game@gmail.com

Primită la 16.11.2020.
Acceptat pentru publicare 25.01.2021. Publicat 01.02.2021.

Rezumat

Acest articol este scris pe baza materialului de disertație pentru obținerea gradului științific de candidat în științe psihologice (doctorat), pe baza materialului scris de mână. Tema tezei de doctorat este "Corectarea socială și psihologică a stărilor suicidare la persoanele de vârstă matură". Analiza teoretico-metodologică a abordărilor problemei stării suicidare la adulți a fost efectuată într-un mediu științific modern. S-a demonstrat că starea suicidară înseamnă dezintegrarea temporară, situațională sau condiționată intern a unei personalități, care apare atunci când se consideră imposibilă depășirea obstacolelor în realizarea obiectivelor vitale prin utilizarea metodelor formate pe baza experienței de viață anterioare. Este indicativ faptul că starea suicidară se poate manifesta prin semne de diminuare și inflexibilitate a integrării sociale care conduc la încălcări în sferele interpersonale, sociale și profesionale ale personalității. Analiza astfel cum a fost efectuată a permis identificarea trăsăturilor caracteristice ale stărilor suicidare în stadiul actual de dezvoltare a relațiilor sociale și economice și identificarea trăsăturilor caracteristice ale acestor stări care indică intenții suicidare. Un punct important este că, pentru a determina riscul real de suicid la adulți, este necesar să se ia în considerare nu numai factorii care contribuie la suicid, ci și predictorii care descurajează stările suicidare și acționează ca factori de protecție împotriva suicidului.

Pe baza cercetărilor efectuate în materialul de disertație se marchează legătura dintre abilitățile reale ale persoanei și modalitățile de procesare a conflictului, care pot duce la formarea și manifestarea unor reacții comportamentale, în urma cărora pot exista consecințe ireversibile sub forma sinuciderii. Ca urmare, articolul analizează subiectul abilităților reale ale persoanei, care ajută să facă față situației opresive, aparent de nerezolvat. O atenție deosebită în articol este acordată faptului că datorită abilităților reale este posibil să se formeze noi viziuni asupra conflictului care conduce la gânduri suicidare și să se formeze o nouă viziune asupra unei situații conflictuale "intolerabile". Sunt evidențiate și descrise trăsăturile caracteristice ale metodei PPT care este centrată pe conflict; prin aplicarea unei interpretări pozitive a simptomului care rezultă dintr-o situație extrem de stresantă, devine posibilă schimbarea condiției umane din "intratabilă" în "rezolvabilă" și dezactivarea intensității gândurilor suicidare, scăzând în consecință riscurile și probabilitatea ca gândurile suicidare să fie puse în aplicare. Disperarea și dorința de a pune capăt propriei vieți se îndepărtează, ceea ce dă speranță pentru o schimbare a situației de viață, prin intermediul competențelor nou dezvoltate.

Principiul speranței, este extrem de important și este unul dintre conceptele fundamentale ale PPT. În articol se urmărește faptul că, prin utilizarea încurajării situaționale și a extinderii obiectivelor, devine posibilă identificarea individualității și unicității unei anumite persoane, clarificarea perspectivelor de viață ale viitorului, care vor conduce în mod inevitabil la descoperirea potențialelor creative inerente acestei persoane, care au fost deplasate sau suprimate de situații de stres și traume acute (macro) sau cronice (micro), rezultând o "gândire în tunel", care a creat un sentiment de "lipsă de speranță" și de lipsă de ieșire din situația actuală

Pe baza studiului, s-a constatat că utilizarea metodei PPT în lucrul cu persoanele sinucigașe oferă perspective mari de schimbare a abilităților cognitive ale personalității, a percepției și reacției sale la situațiile stresante, precum și a dobândirii unor noi semnificații ale vieții și a altor idei despre calitatea acesteia.

Cuvinte cheie: personalitate, stări suicidare, comportament suicidar, suicidokinezie, psihoterapie pozitivă

Introducere

Relevanța temei de cercetare. Prezența stărilor suicidare și frecvența sinuciderilor finalizate sunt printre cei mai obiectivi indicatori ai sănătății mintale precare, ai bunăstării sociale și ai calității vieții. În același timp, cercetarea problemei stărilor suicidare, trebuie să aibă un caracter interdisciplinar și devine posibilă numai dacă se recunoaște că aceste stări sunt rezultatul unui număr de factori socio-culturali și psihologici care caracterizează spațiul numit "societate - microsocium - persoană". Aceasta înseamnă că, în ciuda "individualității" lor, stările suicidare nu pot fi ignorate ca fiind influențate de factori sociali.

Se remarcă faptul că doar un sfert dintre persoanele care se sinucid au suferit de boli mintale, ceea ce înseamnă că ponderea sinuciderilor nepatologice este în creștere.

În acest sens, este important să se optimizeze sistemul de sprijin socio-psihologic al personalității, cu scopul de a depăși factorii care stimulează activitatea suicidară a acesteia.

S-a observat că setul de studii empirice ale factorilor socio-psihologici ai stărilor suicidare se concentrează în principal pe studierea particularităților sistemului de relații strânse dintre o persoană suicidară și sfera sa de valoare și sens.

Stratul socio-psihologic al studierii stărilor suicidare se referă într-o mai mare măsură la microsocium, adică la mediul apropiat al persoanei suicidare, cel mai adesea familia. În același timp, analiza psihologică a unei personalități este imposibilă fără analizarea sistemului de relații semnificative ale acesteia și cercetarea structurală în sfera motivației și a nevoii, deoarece motivele comportamentului suicidar și tentativele de suicid depind în mare măsură de starea proceselor socio-politice și economice care au loc în societate.

Metodologie

După cum a arătat analiza, problema diagnosticării în timp util a stărilor suicidare la adulți este extrem de actuală.

Perioada următorului an este deosebit de amenințătoare, ca urmare a faptului că persoanele predispuse la sinucidere ar trebui să fie plasate în grupul de risc maxim. Acest lucru necesită o supraveghere profesională eficientă și corectarea socială și psihologică direcționată a recidivelor suicidare, pe baza unei previziuni individuale a crizei. Între timp, rezultatele studiilor psihodiagnostice speciale de acest tip sunt practic absente (Kudryavtsev, 2010).

În acest sens, este deosebit de important să se identifice și să se evalueze caracteristicile, factorii personali și semnele prognostice ale stărilor suicidare la adulți în conformitate cu psihodiagnostic-studii pentru dezvoltarea markerilor psihologici - predictori ai riscului de suicid și mijloace socio-psihologice eficiente pentru corectarea acestor condiții. Au fost utilizate principalele metode psihodiagnostice de identificare a markerilor sociali și psihologici ai stărilor suicidare:

- interviul motivațional, care a dezvăluit principalii stimuli și semnificațiile verbalizate ale comportamentului suicidar la vârsta adultă, nivelul de conștientizare a componentelor motivului și atitudinea față de tendința suicidară (Kudryavtsev, 2012);
- metode de determinare a nivelului de conflict motivațional și personal;
- scara de depresie (Beck, Ward & Mendelson, 1961);
- scara de anxietate (Beck & Steer, 1993);
- scara de disperare (Beck, 1974; 1975);
- scara gândurilor suicidare (Beck, 1988);
- testul de evaluare a riscului de suicid (Patterson, 1983);
- metode de diagnosticare a strategiilor de adaptare și protecție (Libina, 1998);
- scara de evaluare subiectivă a satisfacției vieții (Libina, 1998);
- chestionarul privind structura temperamentului (Rusalov, 1990);
- testul M. Lucher (1985; 2010);
- tehnica Mass Media (Sobchik, 2000).

Scopul studiului a fost de a identifica și evalua factorii socio-psihologici și regularitățile stărilor suicidare ale adulților conform datelor unui studiu psihodiagnostic pentru a determina factorii socio-psihologici ai riscului suicidar și măsurile de corecție socio-psihologică.

Pentru atingerea scopului, au fost stabilite următoarele obiective în stadiul declarat al cercetării:

- Validarea practică și selectarea celor mai eficiente metode psihodiagnostice care dezvăluie mecanismele stărilor suicidare ale adulților și direcțiile principale ale corecției socio-psihologice a acestora
- Descoperirea valorii prognostice a rezultatelor testelor, identificarea criteriilor de risc suicidar crescut și a mecanismelor de implementare a acestuia la adulții cu afecțiuni suicidare.

Metodele de diagnostic psihologic au vizat obținerea de date privind caracteristicile sferelor emoționale, motivaționale și comunicative ale personalității, a căror prezență ar putea fi importantă pentru formarea condițiilor suicidare la respondenți.

Procedura de cercetare a constat în măsurarea pe unul și același eșantion a trei rânduri de variabile - strategii de coping și de protecție, caracteristici ale temperamentului și

evaluări subiective ale satisfacției față de viață, de sine și de relațiile cu ceilalți.

Pentru a realiza partea experimentală a cercetării, a fost alcătuit un set de metode adecvate scopului lucrării - studierea specificului socio-psihologic al stărilor suicidare la adulți și descoperirea diferențelor individuale în strategiile de interacțiune ale respondenților cu situațiile complexe de viață. Astfel, la etapa de stabilire a cercetării, a fost determinată specificitatea social-psihologică a stărilor suicidare la adulți. Participarea voluntară la studiu și anonimatul garantat al rezultatelor au asigurat cea mai optimă formă de experiment psihodiagnostic și au exclus factori precum presiunea socială și dezirabilitatea socială. Astfel, organizarea condițiilor experimentului a îndeplinit criteriile necesare pentru validitatea studiului științific.

Cercetarea empirică a fost efectuată la Centrul științific și practic de tehnologii medico-sociale și psihotehnologii, Centrul de tratament restaurativ și reabilitare a veteranilor de război, Centrul de sănătate mintală, Institutul ucrainean de nord-est de medicină clinică și aplicată.

Eșantionul a fost format din 132 de respondenți [72 (54,5%)
bărbați și 60 (45,5%) femei) cu vârste cuprinse între 35 și 56 de ani, cu stări suicidare (cu tulburări non-psihotice) care au apărut ca reacție la o situație stresantă (psiho, socio - sau somatogenă). Participanții aveau diferite niveluri de educație, statut familial și financiar, durata experienței profesionale.

Având în vedere natura kinezei suicidului și natura sa etapizată, constatările au fost analizate în cadrul a două tipuri (modele) de activitate suicidară: pre-suicid (gânduri suicidare) și post-suicid (tentative suicidare incomplete).

La utilizarea scalei gândurilor suicidare (Beck, 2003), cea mai informativă a fost discutarea subiectului descurajărilor (familie, credințe religioase, posibilitatea de invaliditate în cazul unei tentative nereușite, ireversibilitatea acțiunii etc.), ai căror descriptori relevă nivelul de control asupra tendințelor suicidare. În discuție, afirmațiile semnificative făcute de majoritatea persoanelor sinucigașe intervievate au fost evaluate ca indicând faptul că acestea au un control redus asupra comportamentelor suicidare. Markerul de risc suicidar a fost lipsa de referire la valorile personale care ar putea descuraja suicidul. Au fost abordate doar semnificațiile blocate (frustrante) reale responsabile de tentativa de suicid sau cele care au format intenții suicidare serioase. Unii factori de descurajare au fost evaluați ca fiind caracteristici formale inerente altor persoane, dar nesemnificative pentru respondenți. Toate acestea înseamnă că barierele semantice în realizarea sinuciderii nu erau prezente în mintea subiecților (Kudryavtseva, 2016).

Trebuie admis faptul că aplicarea scalei lui A. Beck (Beck, 2003) arată în mod marcant negarea gândurilor suicidare. Rezultatele sale fac posibilă stabilirea absenței sau insuficienței semantice a factorilor personali de descurajare a suicidului, adică obiectivarea amenințării latente de recidivă în activitatea suicidară (I. Kudryavtsev 2016). Se arată că aplicarea scărilor general acceptate ale riscului de suicid A. Beck și W. Patterson are o serie de limitări constructive (Kudryavtsev, 2012).

Indicatorii de evaluare subiectivă a riscului, cum ar fi o stare de disperare, nu pot diferenția complet și fiabil nivelul ridicat de risc suicidar.

Trebuie remarcat faptul că metodologia de diagnosticare a strategiilor de coping și protecție (Libina, 1998) se bazează pe clasificarea diferențială și psihologică a strategiilor de stăpânire a situațiilor de viață complexe.

Pentru analiza indicilor cantitativi ai comportamentului de protecție și de copiere, au fost utilizate valorile scării care măsoară severitatea fiecăreia dintre cele 18 strategii de comportament de protecție și 18 strategii de comportament de copiere. Expresia strategiilor a fost estimată pe o scară de cinci puncte, unde 1 punct corespunde valorii minime și 5 puncte - valorii maxime a scalei.

M. Testul Lucher a fost utilizat în cadrul studiului ca metodă de determinare a stării emoționale și motivaționale a persoanelor mature cu stări suicidare, a nivelului lor de activitate, determinare, nevoi și atitudini dominante, precum și pentru determinarea stării de stres. După cum se știe, testul Lucher aparține unui instrument metodologic destul de fiabil care poate fi utilizat pentru a determina stările emoționale și motivaționale, nivelul de activitate, determinarea și atitudinile personale ale acestora.

Având în vedere natura suicidokinezei la adulți și etapele acesteia, datele au fost analizate în cadrul a două modele de activitate suicidară: pre-suicid (gânduri suicidare) și post-suicid (tentative incomplete de suicid).

Rezultatele interviului motivațional pentru a identifica principalele motive ale comportamentelor suicidare și pentru a determina nivelul de conștientizare a componentelor acestora de către respondenții din ambele grupuri au fost utilizate pentru analiza semnificativă a factorului psihotraumatic.

Utilizarea analizei existențiale a conținutului traumei psihologice pentru examinarea științifică a făcut posibilă, de asemenea, dezvăluirea nivelului de încălcare a mecanismelor inconștiente de percepție și a mecanismelor conștiente de prelucrare a acesteia. Aceasta, la rândul său, a dezvăluit sistemul de interacțiune a mecanismelor de protecție antistres, a căror cunoaștere a definit în continuare conținutul programului de corecție social-psihologică și măsurile de protecție secundară

profilaxia psihologică a sinuciderilor persoanelor mature cu stări suicidare.

De asemenea, s-a constatat că, odată cu creșterea severității tulburării depresive, există o tendință de creștere a numărului de sinucideri cu un nivel ridicat de anxietate personală (cu depresie severă 54,3% cu un nivel ridicat de anxietate) (Tsygankov, 2012), ceea ce poate indica importanța acesteia în diagnosticarea riscului crescut de suicid.

După cum s-a menționat deja, cel mai important subiect al interviului de diagnosticare a fost aflarea posibilității conștientizării de către respondent a unei reacții diferite, mai constructive (non-auto-agresive) la un eveniment psihotraumatic. Gradul și calitatea unei astfel de reflecții sunt considerate un criteriu al riscului suicidar (Kudryavtsev, 2012). Analiza în această direcție a arătat că 66,7% dintre indivizii din grupurile de pre-suicid nu văd nicio altă oportunitate de a prelungi viața, în momentul interviului. Acestea leagă decizia de a se sinucide de boala lor - 28,6%; teama de a pierde controlul - 71,4%. Pentru a înțelege sursele și mecanismele activității suicidare a adulților maturi intervievați, o importanță semnificativă a fost acordată examinării nivelului și surselor de tensiune psiho-emoțională și analizei caracteristicilor de respondenți maturi cu tendințe suicidare.

Niveluri mai ridicate de anxietate cu prevalență a componentelor somatice au fost găsite în grupul de femei cu senzații somatice non-localizate.

Markerii cognitiv-comportamentali ai riscului suicidar crescut în grupul de pre-suicidați includ, de asemenea, evitarea satisfacerii nevoilor (în cazuri severe, subdezvoltarea sistemului de formare a nevoilor); strategia de coping a evitării, care este deosebit de tipică pentru strategia de comportament în conflict; subdezvoltarea și/sau epuizarea resurselor, sistemului flexibil de realizare a nevoilor. Autoagresiunea se bazează pe un sistem rigid de blocare și înghețare în situații frustrante. Principala nevoie frustrantă - dorința internă de relații confortabile - nu se manifestă activ; conținutul conflictelor intrapersonale - incapacitatea de a influența schimbările în relațiile care nu satisfac.

Complexul simptomatic psihogen-psihotic (inadaptare profundă) a inclus tulburări emoționale, fixații psihosomatice, fenomene de epuizare a activității mentale, prezența conflictului intrapersonal, reacții neadaptate și inadecvate la situația psihotraumatică, tulburări severe ale sistemului personal de relații, inadecvarea sistemelor cognitive și comportamentale.

Analiza datelor arată o legătură între activitatea suicidară și condițiile de depresie profundă. Episoadele depresive severe nu au fost doar cele mai frecvente cauze ale tentativelor de suicid, ci au avut și cele mai mari preponderența în grupul sinucigașilor, determinând dominanța gândurilor suicidare în mintea adulților.

Rezultate informative și semnificative au fost obținute folosind indicatori predictivi ai scalei de disperare (Beck, 1961;1988) și ai scalei de risc suicidar (Patterson, 1983).

Rezultatele obținute nu au evidențiat diferențe semnificative între grupurile de pre- și post-suicid la indicatorii de evaluare subiectivă a riscului ca stare de disperare. Acest lucru indică faptul că indicatorii scalei de disperare nu pot face o diferențiere fiabilă între persoanele mature cu un risc real de suicid.

Astfel, aplicarea scalelor de risc suicidar are o serie de limitări constructive. Aplicarea acestor scale oferă o orientare valoroasă în starea suicidară, ne permite să determinăm prezența și severitatea acesteia, dar nu dezvăluie esența semnificației semantice. Aplicarea scalelor este posibilă numai dacă respondentul este de acord să coopereze informal cu un psiholog și este potrivită în principal pentru orientarea evaluării preliminare a unui specialist, atât în construirea unui program de corecție socio-psihologică, cât și în monitorizarea efectului corectiv psihologic rezultat.

Trebuie recunoscut faptul că utilizarea scalei gândurilor suicidare a lui A. Beck (Beck, 1961;1988) arată negarea gândurilor suicidare în modul cel mai accentuat. Rezultatele sale ne permit să stabilim absența sau insuficiența semantică a factorilor personali de descurajare a suicidului, adică să obiectivăm indirect amenințarea latentă de recurență a activității suicidare.

Trebuie remarcat faptul că cel mai informativ marker al stărilor suicidare la vârsta adultă sunt rezultatele discuției factorilor de restricție în metoda lui A. Beck. Avantajul acestei metode este capacitatea de a lucra direct cu conținutul valorii semantice a factorilor intrapersonali care reduc riscul de suicid.

Astfel, rezultatele analizei datelor psihodiagnostice privind persoanele cu tentative de suicid permit identificarea și ierarhizarea markerilor psihologici ai riscului de suicid recurent, evaluarea celor mai periculoase combinații ale acestor complexe de simptome personale și dezvăluirea mecanismelor semnificative asociate genezei suicidului. Datele obținute ne permit să identificăm principii generale și metode specifice (instrumente metodologice) de corecție socio-psihologică atât în perioada post-suicid timpurie a stării suicidare, cât și în stadiile sale îndepărtate - la monitorizarea indicatorilor de prognostic.

Un studiu al comportamentului suicidar în străinătate în ultimii ani a arătat că riscurile comportamentului suicidar depind de mulți factori, inclusiv de sex, vârstă și diferențe rasiale, dar există factori comuni inerenți în dezvoltarea modernă a societății.

N. Peseschkian (2016) scrie în cartea sa "Psychosomatics and Positive Psychotherapy" în secțiunea "Suicidal Attempts" că cel mai mare număr de sinucideri din lume a fost înregistrat în 1988 în Ungaria, Finlanda pe locul al doilea și Franța pe locul al treilea. În Statele Unite, aproximativ 30.000 de persoane se sinucid în fiecare an. În Japonia există un număr mare de sinucideri. Cele mai scăzute rate ale sinuciderilor sunt în Grecia și Arabia Saudită.

Sinuciderile nu sunt întâlnite la populațiile indigene din Australia și Țara de Foc. În India, sinuciderea este întâlnită sub forma sacrificiului de sine în locuri sfinte (autoimolarea văduvelor sati). Sinuciderea este des întâlnită la eschimoși atunci când ajung la o vârstă înaintată sau au boli cronice. (Peseschkian, 2016).

Rezultate

Dacă luăm în considerare comportamentul suicidar prin prisma psihoterapiei pozitive, modelul echilibrului este bine integrat aici și putem vedea ce schimbări în distribuția energiei în sferele vieții și în zona deficitară a modelului însuși se regăsesc în semnificațiile menționate mai sus. Semnificațiile pierdute sau distorsionate duc la o deformare treptată a personalității în următoarele domenii de activitate, contacte și, în concluzie, apar astfel de schimbări în organism, uneori reversibile, încât se formează un "plan sinucigaș" cu privire la modul de a pune capăt la toate. Folosind modelul echilibrului în procesul terapeutic, văd o oportunitate de a atrage atenția persoanei asupra domeniilor din viața sa dintr-o perspectivă diferită, de a lua în considerare oportunitățile disponibile în viața sa, de a găsi o interpretare pozitivă a situațiilor și evenimentelor care pot arăta resurse pentru îmbunătățirea calității vieții, dobândind astfel noi viziuni și sensuri în ceea ce pare imposibil de rezolvat în momentul de aici și acum. De asemenea, văd ca un moment deosebit de important utilizarea abilităților actuale în lucrul cu pacientul. De cele mai multe ori, o persoană, nu numai o persoană suicidară, nu este conștientă de potențialul și resursele disponibile și este foarte important să subliniem faptul că, prin aplicarea exclusivității și individualității lor, este posibilă schimbarea vieții prin adăugarea de bucurii și culori, pentru a dobândi noi semnificații și un conținut mai complet al vieții.

Psihoterapia pozitivă este o metodă de psihoterapie centrată pe conflict, orientată pe abilități, cu o abordare umanistă a individului. În acest sens, lucrul cu comportamentul suicidar este orientat spre găsirea conflictului care duce la gânduri suicidare, deoarece viața devine insuportabilă și clientul "vrea să iasă din ea". Tulburarea individului este etichetată ca un conflict cu propria sa viață, care este reacția sa la provocarea mediului extern.

În psihoterapia pozitivă, se pune accentul pe capacitățile reale ale persoanei al cărei conflict a cauzat tulburarea, precum și pe cele care o ajută să facă față acestui conflict. Simptomul pe care individul îl manifestă în timpul unui stres sever care a condus la gânduri suicidare este singura sa reacție posibilă și disponibilă la conflictul cu mediul său și

experiențele sale. Analizând abilitățile reale care conduc la această reacție și specificul apariției lor în cursul vieții, este posibil să se schimbe aceste abilități în procesul terapeutic prin formarea de noi atitudini și abilități. Ca urmare, reacțiile la evenimente se schimbă și simptomul dispare.

Cel mai important în analiza PPT este:

1 Determinarea domeniului de aplicare și a conținutului conflictului (prezența și frecvența microtraumelor este importantă).

2 Interpretarea pozitivă a simptomului.

3 Identificarea conflictului de bază.

4 Verbalizare.

5 Schimbarea scenariului obișnuit care se repetă în răspunsul la stres.

6 Dezvoltarea abilităților de autoajutorare pentru situațiile de stres.

Interpretarea pozitivă a unui simptom în psihoterapia pozitivă descrie o atitudine față de boală care diferă într-o oarecare măsură de interpretarea tradițională din medicină și încearcă să descopere în diferitele simptome și boli un anumit sens și o anumită funcție pe care acestea le poartă. Adică, pune în centrul atenției persoana, personalitatea și individul, mai degrabă decât un mecanism care a funcționat defectuos și care trebuie tratat conform unui anumit tipar. (Пилявская, 2016) Scopul principal al psihoterapiei pozitive este de a schimba perspectiva pacientului asupra bolii sale și de a oferi noi oportunități de a găsi rezerve în lupta cu afecțiunea. Și deoarece psihoterapia pozitivă se bazează pe faptul că multe boli psihiatrice și psihosomatice au la bază un conflict, schimbarea perspectivei asupra simptomelor sau sindroamelor permite terapeutului (și pacientului) să abordeze conflictul într-un mod mai diferențiat.

Pentru o înțelegere mai holistică a bolilor și afecțiunilor, trebuie să se răspundă la întrebări:

- De ce și în ce scop a apărut această sau acea tulburare de funcționare?
- Ce se află în spatele simptomului?
- Ce vrea să ne spună simptomul?

Fundamental pentru metoda PPT este accentul pus pe resursele, abilitățile și nevoile care stau la baza suferinței unei persoane.

Analizând nevoia de a se priva de viață, prin prisma interpretării pozitive, se poate vedea dorința persoanei de a-și schimba viața și perspectiva asupra acesteia. De asemenea, ipotetic posibile sunt:

1. Căutarea unei oportunități de a face față situației care a condus la gânduri suicidare
2. Găsirea unei oportunități de a fi remarcat și de a atrage atenția asupra sa.
3. Găsirea unei oportunități de a se distanța de situația dificilă.
4. Găsirea unei oportunități de a depăși frica.
5. Găsirea unei oportunități de a scăpa de o durere fizică sau psihică dureroasă.
6. O modalitate de a scăpa de singurătate.

Zone frecvente de conflict:

1. 1.stări de sănătate (boli fizice și psihice).
2. conflicte în activitățile profesionale.
3. Conflicte familiale.
4. 4.Conflicte legate de comportamentul asocial (alcool, droguri). 5.Conflicte materiale și cotidiene (lipsa finanțelor, credite).
6. Criza existențială (neînțelegerea sensului propria viață și perspectivele sale ulterioare).

Aceste sfere pot fi distribuite conform modelului de echilibru al lui N. Peseschkian. Modelul echilibrului arată un dezechilibru în cele 4 sfere ale vieții și devine evident care sfere sunt deficitare și cărora li se acordă o atenție specială și, deși localizarea conflictului devine vizibilă, conținutul conflictului nu a fost încă stabilit.

Modelul echilibrului este un instrument universal care poate fi utilizat pentru a reface o situație de conflict. Deși fiecare persoană este individuală, unică, există un model comun de comportament la care majoritatea oamenilor apelează atunci când se confruntă cu un conflict.

Dacă există probleme, oamenii sunt adesea furioși, se ceartă, se simt neînțeleși, nu văd sensul vieții, toate aceste dificultăți pot fi exprimate în 4 forme de procesare a conflictelor, care corespund celor 4 dimensiuni ale capacităților cognitive ale oamenilor. Acest model poate arăta clar cum este percepută lumea din jurul nostru și în ce fel este stăpânită. Atunci când apare o dizarmonie în oricare dintre vârfurile modelului de echilibru, toată energia din celelalte poziții este retrasă pentru a restabili armonia în acesta.

O trăsătură distinctivă a psihoterapiei pozitive este analiza diferențială, care consideră abilitățile reale drept un potențial eficient pentru dezvoltarea personală și soluționarea conflictelor (Гончаров). Peseschkian s-a referit la abilitățile reale ca la acele norme comportamentale care sunt în mod constant în vigoare în relațiile noastre interpersonale zilnice și, prin urmare, păstrează întotdeauna un sens real. Deși abilitățile reale încep să se formeze încă din perioada prenatală, acestea nu sunt înnăscute sau ereditare. Capacitățile reale se formează și se manifestă în comportamentul unei persoane în funcție de influența a trei factori de dezvoltare: caracteristicile corpului, mediul și spiritul vremii. (Пилявская 2016)

Conceptul de terapie pozitivă se bazează pe ideea că fiecare persoană are două abilități de bază: capacitatea de a cunoaște și capacitatea de a iubi. În funcție de funcționarea interioară a individului și de mediul său, aceste abilități sunt diferențiate și formează o structură de caracter distinctă. Cu alte cuvinte, toate abilitățile reale cresc din aceste abilități de bază și din dezvoltarea lor, care pot fi împărțite în două categorii: primare și secundare. Abilitățile reale primare cresc din capacitatea de a iubi, ele apar pe baza relațiilor emoționale. Este capacitatea de a iubi, de a avea răbdare, de a acorda timp unui lucru, de a putea stabili contacte, de a arăta și accepta tandrețe și sexualitate, de a capacitatea de a avea încredere, de a spera, de a putea crede și de a se putea îndoi, de a dobândi încredere. Abilitățile efective secundare se dezvoltă din abilitățile cognitive care se referă la capacitatea de a acționa în lume, cum ar fi punctualitatea, curățenia, ordinea, supunerea, politețea, onestitatea/ deschiderea, loialitatea, corectitudinea, diligența, economisirea, obligația, acuratețea, conștiinciozitatea. Aptitudinile reale reprezintă esența, conținutul educației. Ele sunt predate în conformitate cu nevoile societății. În funcție de familie, de mediul în care a crescut persoana, unele abilități reale sunt accentuate, în timp ce altele sunt dezvoltate mai puțin. (Гончаров)

Dezechilibrul dintre ceea ce se așteaptă și ceea ce există în realitate, poate deveni un subiect de conflict, traumă, contradicții, rezultând iritare, anxietate, agresivitate, somn perturbat. Motivul multor conflicte interpersonale și, în consecință, al apariției unor posibile gânduri suicidare este diferența de grad de dezvoltare a capacităților reale ale diferitelor persoane. De asemenea, este posibil să se prevadă posibilele conflicte prin înțelegerea gradului de dezvoltare a abilităților reale.

Se disting patru direcții de comportament într-o situație de conflict, patru modele de urmat, care sunt descrise sub forma unui conflict de bază:

"Eu" - Dacă din copilăria timpurie nevoile copilului nu au fost luate în considerare, au fost ignorate, frustrate, atunci se formează o atitudine de tipul "eu nu sunt suficient de bun", nu există o formare a valorii proprii a persoanei și a semnificației pentru mediul apropiat, ca o consecință, formarea încrederii de bază este încălcată.

"Tu" - Modelul de comportament al părinților și al persoanelor apropiate, relațiile lor reciproce, ideile despre căsătorie, determină stereotipurile de comportament ale copilului care a crescut în această familie. Prin urmare, concepte diferite de viață.

"Noi" - Modelul de comportament se formează în funcție de imaginea opiniei părinților despre oamenii din jurul lor.

"Pro Noi" - Comportamentul este determinat de viziunea asupra lumii, religia, tradițiile formate.

Principiul autoajutorării corespunde modelului în 5 pași utilizat ca strategie de armonizare, adaptare și dezvoltare a personalității, - mai întâi în procesul de psihoterapie propriu-zis și apoi în procesul ulterior de autoajutorare a persoanei față de sine și față de mediul înconjurător. Vreau să remarc faptul că acțiunile suicidare repetate continuă să fie o problemă; prin urmare, un pas important în psihoterapie este dezvoltarea abilităților de autoajutorare.

1. Observație.
2. Inventar.
3. Reasigurare situațională.
4. 4.Verbalizarea.
5. Extinderea scopului.

Etapa finală a psihoterapiei este extinderea scopului, când interacțiunea dintre psihoterapeut și pacient este îndreptată spre realizarea faptului că energia vieții trebuie investită nu numai în conflicte, ci și în alte domenii ale vieții. "Cealaltă persoană" aduce adesea conflicte, dificultăți, probleme și crize. În același timp, ea oferă, de asemenea, o șansă de dezvoltare personală ulterioară și de rezolvare adecvată a acestor conflicte.

Avantajele psihoterapiei pozitive sunt:

1. Terapia centrată pe conflict (spre deosebire de terapia centrată pe simptom).

2.Termen scurt (10 ședințe de consiliere și 50 de ședințe de terapie).

3.Aplicarea universală la probleme.

4.Transculturalitatea.

5.Tratează individul ca pe un sistem holistic. 6.Utilizează metaforele, parabolele ca instrument.

7.Oferă clientului un rol activ.

8.Se concentrează pe viitor.

9.Tratează problemele terapeuților.

9.Tratează problemele terapeuților în cadrul ședințelor de supervizare.

Rezultatele analizei din teza mea (care sunt reflectate în articol) au arătat că gradul de reflecție, profunzimea înțelegerii relației dintre evenimentul psihologic traumatizant și actele mentale și comportamentale ulterioare este cel mai important criteriu pentru riscul suicidar la nivel social și psihologic.

Materialul din teză atrage atenția asupra faptului că una dintre variantele marginale ale instabilității neuropsihiatrice este o înclinație spre autoagresiune (Zotov, 2002). Complexitatea acestei probleme constă în faptul că comportamentul suicidar este extrem de dificil de diagnosticat, deoarece principalele instrumente de diagnostic sunt interviurile și metodele de auto-raportare (Popov, 2009). În același timp, mulți indivizi își ascund cu grijă gândurile și experiențele suicidare într-un efort de a scăpa de viață cu o publicitate prealabilă minimă.

În acest sens, aș dori să menționez că principiul principal al asistenței acordate persoanelor mature care au tendințe suicidare ar trebui să fie alegerea individuală a direcției și metodei de corecție socio-psihologică cu o combinație rezonabilă sau avantajul pas cu pas al diferitelor sale metode, precum și luarea în considerare a oricărei condiții suicidare specifice. În același timp, cunoașterea particularităților dinamicii comportamentului suicidar și a elementelor psihologice individuale importante ale kinezei suicidului ne permite să efectuăm o muncă individuală mai bine diferențiată și eficientă, care este importantă în prevenirea stărilor suicidare.

Concluzie

Analiza condițiilor și cauzelor stărilor suicidare la adulți a oferit posibilitatea de a diferenția factorii socio-psihologici ai acestor stări prin luarea în considerare a nivelului de risc suicidar în perioada de vârstă specificată a ontogenezei. S-a stabilit că cei mai importanți factori interindividuali sunt: psihoza și tulburările psihiatrice limită; declarațiile suicidare, acțiunile suicidare repetate, perioada post-suicidară timpurie; condițiile extreme, în special marginale (în special, închisoarea), singurătatea; pierderea prestigiului social; scăderea statutului social, a nivelului de bunăstare materială; situațiile conflictuale și psihotraumatice; pierderea celor dragi, a unei persoane de referință; comportamentul împovărat sau dependent. Factorii intraindividuali includ: modificări ale organismului legate de vârstă, cu creșterea influenței suicidare a factorilor somatici; prevalența tipurilor de caracter epileptoid și cicloid; toleranță redusă la stresul emoțional, depresie, inferioritatea sistemelor de contact comunicativ; stimă de sine inadecvată a capacităților personale; absența sau pierderea atitudinilor care determină valorile vieții; perspective de viață limitate.

Referințe

[1] **BECK, A., KOVACS, M., WEISSMAN A.** (1975). Disperarea și comportamentul suicidar. O privire de ansamblu. *JAMA*. Vol. 234. pp. 1136-1139.

[2] **BECK, A., WEISMAN, A., LESTER, D., TREXLER, L**. (1974). Măsurarea pesimismului: scara de disperare. *Jurnalul de* psihologie *clinică*. Vol. 42. pp. 861-865.

[3] **BECK, A.T., FREEMAN, A., DAVIS, D. D**. (2003). *Terapia cognitivă a personalității: Tulburări*. The Guilford Press. 412 p.

[4] **BECK, A.T., STEER, R.A.** (1993). *Manualul inventarului anxietății Beck.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company. pp. 12 - 80.

[5] **BECK, A.T., STEER, R.A., RANIERI, W.** (1988). Scala Beck pentru ideația de sinucidere (BSS). *Jurnalul de* psihologie *clinică*. Vol. 44. pp. 499-505.

[6] **BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M.** et al. (1961). Un inventar pentru măsurarea depresiei. *Arch. Gen. Psychiatry*. Vol. 4. pp. 561-571.

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

[8] **PATTERSON, W.M., H.H. DOHN, J. PATTERSON** et al. (1983). Evaluarea pacienților sinucigași: scara persoanei triste. *Psihosomatică*. Vol. 24, № 4. pp. 343-349.

[9] **PESESCHKIAN, N** (2016). *Psihosomatică pozitivă: Manual clinic de psihoterapie pozitivă,* Bloomington, SUA: AuthorHouse *UK*

[10] **ГОНЧАРОВ, М.А. [GONCHAROV, M.A.] Дифференциальный** анализ в терапии суицидального поведения [Differential analysis in the therapy of suicidal behavior]. Центр позитивной психотерапии СРР. Retrieved from: http://www.cpprussia.ru/ru/center/science/science2

[11] **ЗОТОВ, М.В., ПЕТРУКОВИЧ, В. М. [ZOTOV, M. V., PETRUKOVICI, V. M.]** (2002). Внимание к мотивационно значимым стимулам как основа методического подхода к исследованию мотивации и его реализация на примере оценки суицидальных тенденций [Attention to Motivation-Significant Stimuluses as Basis of Methodical Approach to Research of Motivation and Actualization Thereof on the Example of Suicide Trends Assessment]. *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 на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук* [Corectarea social-psihologică a stărilor de pericol suicidar ale personalităților adulte: teză pentru obținerea titlului de doctor în științe psihologice]. 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 [Positive Psychotherapy: un manual pentru studenții sistemului de educație profesională suplimentară pentru medici și specialități conexe]. 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 [Psychological Diagnostics of Suicide Risk as Criterion for Involuntary Hospitalization of Sick Persons in the Preventive Treatment System Based on Social Behavior]. *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 [Factorii psihologici și mecanismele genezei suicidului ca criterii de risc suicidar și tratament preventiv țintit]. *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 [Post-Suicide Psychological Assessment]. *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 [Style of Reacting to Complicated Situations]. В кн: Либин А. В. (Ред). Стиль человека: психологический анализ [Stilul uman: analiză psihologică]. М.: Смысл.

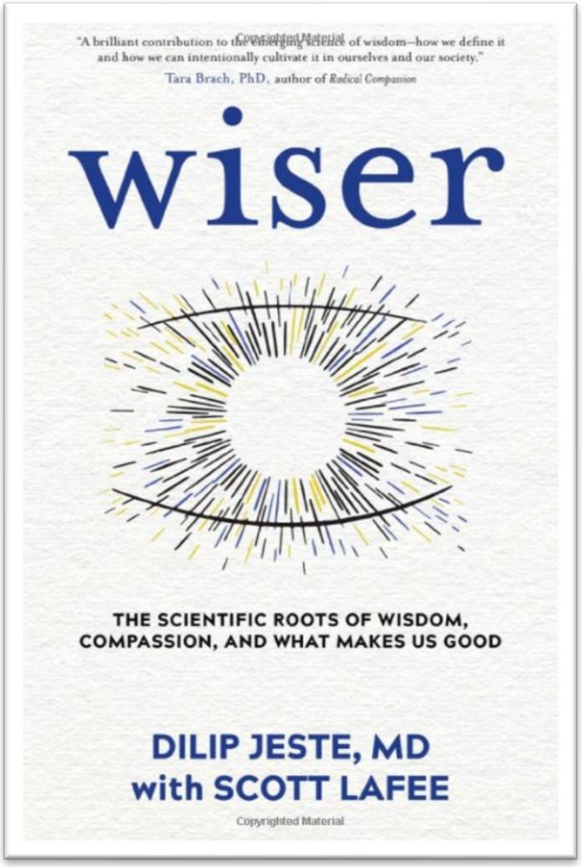
[18] **РУСАЛОВ, В. М. [RUSALOV, V. M.]** (1990). *Опросник структуры темперамента* [Studiu privind structura temperamentului]. М., IPRAN. 55 с.

[19] **СОБЧИК, Л. Н. [SOBCHIK, L. N.]** (2000). *Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики* [Introducere în psihologia individualității. Teoria și practica psihodiagnosticului]. 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* [Sinucideri și tentative de suicid (clinică, diagnostic, tratament): monografie]. Смоленск: СГМА. 232 с.

RECENZIE DE CARTE

de Erick Messias
MD, MPH, PhD, Profesor de psihiatrie
Decan asociat pentru afacerile facultății
University of Arkansas for Medical Sciences
Little Rock, AR, SUA
ELMessias@uams.edu



WISER: RĂDĂCINILE ȘTIINȚIFICE ALE ÎNȚELEPCIUNII, COMPASIUNII ȘI A CEEA CE NE FACE BUNI

Dilip Jeste, MD
& Scott Lafee

Sună adevărat, 2020
336 pagini
ISBN-10 : 1683644638
ISBN-13 : 978-1683644637

Cu peste zece ani în urmă, Dr. Dilip Jeste - recunoscut drept părintele fondator al psihiatriei pozitive - a publicat un articol științific în care compara conceptualizarea înțelepciunii din vechiul text indian Bhagavad Gita cu ideile moderne despre înțelepciune (Jeste și Vahia, 2008). În acea incursiune inițială a găsit mai multe asemănări, inclusiv cunoașterea vieții, reglarea emoțională, perspicacitatea și compasiunea, împreună cu diferențe în ceea ce privește accentul pus pe controlul asupra dorințelor și renunțarea la plăcerile materialiste. Acest studiu comparativ a fost urmat de o analiză a neurobiologiei înțelepciunii, în care cortexul prefrontal ocupă un loc proeminent ca reglator al regiunilor limbice și striatale (Meeks și Jeste, 2009). În anul următor, Dr. Jeste a coordonat un consens al experților cu privire la caracteristicile înțelepciunii, care a enumerat acordurile cu privire la afirmații precum faptul că este o "calitate personală", "rară", "bazată pe experiență", "învățată", "o formă de dezvoltare emoțională/cognitivă avansată" și, mai important, că este măsurabilă (Jeste et al., 2010). Câțiva ani mai târziu, lucrările au continuat prin propunerea înțelepciunii individuale ca mecanism de explicare a paradoxului creșterii bunăstării în ciuda unei sănătăți fizice mai proaste la bătrânețe (Jeste și Oswald, 2014). Măsurarea înțelepciunii a fost explorată de Dr. Jeste în alte două lucrări, în primul rând prin dezvoltarea unei versiuni mai scurte a Scalei de înțelepciune tridimensională cu 39 de elemente (3D-WS) în versiunea cu 12 elemente 3D- WS-12 (Thomas et al., 2017); și în al doilea rând prin dezvoltarea Scalei de înțelepciune San Diego (SD- WISE) (Thomas et al., 2019). Toate aceste lucrări remarcabile sunt acum disponibile publicului larg, precum și practicienilor din domeniul sănătății mintale, în cartea "*Wiser: rădăcinile științifice ale înțelepciunii, compasiunii și a ceea ce ne face buni*" (Jeste și LaFee, 2020). Cartea este organizată în trei părți: "Ce este înțelepciunea?", "Componentele înțelepciunii" și "Sporirea înțelepciunii practice și societale".

În prima parte a cărții, autorii îl recunosc pe psihologul german Paul Bartes și pe colaboratorii săi ca fiind printre primii care au elaborat o teorie a dezvoltării umane în ceea ce privește înțelepciunea, prin crearea Proiectului înțelepciunii de la Berlin - un

model care, potrivit autorilor, punea un accent deosebit pe cunoaștere și cogniție. Această lucrare a fost urmată de lucrări în SUA și Canada care au condus la o mai bună înțelegere a înțelepciunii și

numeroasele sale componente. În cele din urmă, acest corpus de lucrări a indicat aceste numeroase componente ca fiind: atitudini și comportamente prosociale - cum ar fi empatia și compasiunea; reglarea emoțională; capacitatea de a lua decizii, recunoscând în același timp incertitudinea vieții; perspicacitatea și reflecția asupra propriei persoane; luarea de decizii sociale bazate pe cunoașterea pragmatică a vieții; spiritualitatea fiind adăugată după o analiză mai aprofundată. Acest capitol privind definiția înțelepciunii și componentele sale este urmat de un capitol privind neuroștiința înțelepciunii, apoi de relația dintre înțelepciune și vârstă și, în final, de un capitol privind măsurarea acesteia. Acest capitol final din partea 1 este important deoarece include elementele Scalei înțelepciunii din San Diego - care poate fi accesată și la adresa sdwise.ucsd.edu

Partea 2 dedică câte un capitol fiecărei componente propuse a înțelepciunii: compasiunea, reglarea emoțională, capacitatea de decizie în fața incertitudinii, autoreflecția și spiritualitatea. Toate aceste capitole urmează o structură similară: contextul istoric, social și științific, definițiile, măsurile și biologia, urmate de intervenții specifice menite să manipuleze și să stimuleze fiecare componentă. Aceste capitole sunt dense în informații, împletind în același timp povești și anecdote care fac lectura mult mai ușoară și plăcută.

A treia parte a cărții este dedicată practicilor de îmbunătățire a înțelepciunii practice și societale și include două capitole: "Să devenim mai înțelepți mai repede", "Stimulatori de înțelepciune: medicamente, gadgeturi și înțelepciune artificială?" și "Viitorul înțelepciunii: trecerea de la înțelepciunea individuală la cea societală". Aceste ultime capitole clarifică ambiția acestui proiect, care, în ultimă instanță, vizează o societate mai înțeleaptă. Aici, autorii folosesc îmbătrânirea societăților pentru a specula dacă acești ani de viață în plus au contribuit la apariția unor societăți mai înțelepte. Juriul nu a răspuns încă la această întrebare.

O potențială limitare a cărții este concentrarea autorilor asupra referințelor în limba engleză și asupra societăților occidentale. Rămâne de lucru pentru a aplica aceste concepte de înțelepciune la întreaga umanitate de astăzi, inclusiv la contingentele mari care trăiesc în China, Japonia și în multe națiuni africane, împreună cu America Latină.

Această carte scurtă se bazează pe un corp enorm de muncă și funcționează ca un bilet de intrare în lumea densă a neuroștiinței funcționale și a studiului fericirii. În general, experiența de lectură este fluidă, cartea este bine documentată și oferă o listă mare de referințe pentru studii ulterioare. Probabil că nu este nimic altceva de spus decât să afirmăm că se termină cartea mai înțelept - și nu există un motiv mai bun pentru a o recomanda fără rezerve.

REFERINȚE

[1] **JESTE, D. V., ARDELT, M., BLAZER, D., KRAEMER, H. C., VAILLANT, G. & MEEKS, T. W**. (2010). Consensul experților cu privire la caracteristicile înțelepciunii: un studiu prin metoda Delphi. *Gerontologist,* 50**,** 668-80.

[2] **JESTE, D. V. & LAFEE, S.** (2020). *Wiser: rădăcinile științifice ale înțelepciunii, compasiunii și a ceea ce ne face buni.* Boulder, CO: Sounds True,.

[3] **JESTE, D. V. & OSWALD, A. J.** (2014). Înțelepciunea individuală și societală: Explicarea paradoxului îmbătrânirii umane și a bunăstării ridicate. *Psihiatrie*.

[4] **JESTE, D. V. & VAHIA, I. V.** (2008). Compararea conceptualizării înțelepciunii în literatura indiană antică cu opiniile moderne: accent pe Bhagavad Gita. *Psihiatrie,* 71**,** 197-209.

[5] **MEEKS, T. W. & JESTE, D. V.** (2009). Neurobiologia înțelepciunii: o prezentare generală a literaturii. *Arch Gen Psychiatry,* 66**,** 355-65.

[6] **THOMAS, M. L., BANGEN, K. J., ARDELT, M. & JESTE, D. V**. (2017). Dezvoltarea unei scale de înțelepciune tridimensională abreviată 12-Item (3D-WS-12): Selectarea elementelor și proprietățile psihometrice. *Evaluare,* 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). O *nouă scară pentru evaluarea înțelepciunii bazată pe domenii comune și un model neurobiologic*: Scala de înțelepciune San Diego (SD-WISE). *J Psychiatr Res,* 108**,** 40-47.

OBITUAR

DNA MANIJE PESESCHKIAN

(15 iulie 1940 - 3 martie 2020)

de către Asociația germană pentru cercetare pozitivă și Psihoterapie Transculturală (DGPP) și Fundația Peseschkian

Dragi prieteni și colegi,

Cu inimile triste, profundă solidaritate și recunoștință, ne luăm rămas bun de la președintele nostru de onoare, Manije Peseschkian, care a părăsit această lume la 3 martie 2020, după o boală scurtă, dar gravă. Deși sănătatea sa a fost afectată timp de mai multe luni, ea a continuat să lucreze pentru toată lumea, chiar și până cu câteva săptămâni înainte de moartea sa, ca "mamă a psihoterapiei pozitive".

Manije Peseschkian s-a născut la 15 iulie 1940, al doilea din cei trei copii ai familiei Eghrari din Teheran. A urmat gimnaziul, a terminat liceul cu profil științific ca fiind cea mai bună din anul ei și apoi a început să studieze biologia. La acest lucru ea însăși a spus: "În această fază a vieții mele, a contat doar dobândirea de cunoștințe - până în 1961, când a apărut Nossrat". În decembrie 1961, cuplul s-a căsătorit și apoi, în 1962, s-a mutat la Frankfurt, iar în cele din urmă la Wiesbaden. Fiii lor, Hamid și Nawid, s-au născut în 1962 și, respectiv, 1964. Manije Peseschkian a absolvit o ucenicie ca asistent EEG și a lucrat mulți ani la cabinetul lui Nossrat. Cu puțin timp înainte de împlinirea vârstei de 40 de ani, și-a atins adevăratul obiectiv profesional de "pedagogie și terapie de familie" și a lucrat apoi mulți ani ca terapeut de familie.

Cel de-al treilea copil al lor a fost Psihoterapia Pozitivă (PPT). Nu putem decât să aproximăm contribuția lui Manije Peseschkian la dezvoltarea Psihoterapiei Pozitive. Expresia muncii de echipă a acestui cuplu se regăsește în formarea numeroaselor centre din țară și din străinătate, precum și în gestionarea editării a peste 30 de cărți în întreaga lume, în nu mai puțin de 26 de limbi! În fața poveștilor și a zicerilor, în întâlnirile personale s-a aflat din nou și din nou cum cuplul Peseschkian a fost co-creator în dezvoltarea PPT. Manije Peseschkian a fost

curând percepută ca "mama psihoterapiei pozitive". Cu toate acestea, într-un interviu din noiembrie 2019, ea s-a descris drept "moașa psihoterapiei pozitive" și, de asemenea, a făcut cunoscut acest copil în numeroase conferințe și seminarii. Acesta a fost important pentru ea de-a lungul întregii sale vieți; forța și angajamentul ei îi aparțineau.

Împreună cu soțul ei, a înființat "Fundația Prof. Peseschkian", în cadrul căreia a lucrat până la sfârșit în calitate de președinte al consiliului. După decesul lui Nossrat Peseschkian în 2010, ea a adus o contribuție semnificativă la continuitatea și unitatea psihoterapiei pozitive - atât în Germania, cât și în întreaga lume. Prin menținerea arhivei fundației, ea a asigurat o poziționare strategică, iar prin organizarea de evenimente de formare avansată (nu numai) pentru consilieri și terapeuți din Germania și Etiopia, ea a asigurat diseminarea și aprofundarea PPT și, în cele din urmă, prin cursurile pentru profesori din Hesse, ea a asigurat utilizarea PPT în alte domenii sociale.

Ea a avut întotdeauna o relație deosebit de strânsă cu DGPP. Prin prezența sa constantă, prin sfaturile sale, prin contribuțiile sale la diverse evenimente și, nu în ultimul rând, prin găzduirea sa, ea a consolidat, a încurajat și, spre bucuria noastră, a acceptat președinția de onoare în 2018. Cu toții ne amintim de căldura inimii sale, iar după contactul direct cu ea, te simțeai imediat observat de ea și că ești important.

Manije Peseschkian a fost o mamă și o bunică iubitoare, un membru devotat al comunității Bahai din Wiesbaden. Obișnuia să întâlnească pe toată lumea cu căldură, deschidere, bunătate extraordinară și umor, fie în întâlnirile cu colaboratorii profesioniști sau voluntari - în esență, în toate contactele sale cu ceilalți. Manije Peseschkian avea o capacitate rară și specială de a-i face pe toți să se simtă bineveniți și confortabil. Credința ei i-a modelat percepția asupra oamenilor și a lumii încă din copilărie și i-a dat putere și încredere de bază. În 2003, ea a relatat despre întâlnirile sale speciale cu Îngerul Morții și a adăugat că "prin astfel de experiențe am devenit mai tolerantă, mai răbdătoare și mai umilă. Anii care mi-au mai rămas sunt un bonus. Prețuiesc viața, infinitul și misterul lui Dumnezeu și sper că pot accepta în mod corespunzător sfârșitul inevitabil al vieții".

Ar putea fi așa. Cu câteva zile înainte de a muri, ea ne-a scris următorul mesaj:

"Dragă familie și prieteni,

2020 a fost al 80-lea meu an pe planeta Pământ. M-am bucurat foarte mult de această călătorie, deoarece am putut călători pe toate cele 5 continente și am văzut mai mult de 70 de țări și regiuni. Fiecare dintre voi, personal, ați fost o parte importantă a însoțirii călătoriei mele prin viață, pentru care vă sunt infinit de recunoscător. Acum este momentul să încep cea mai lungă călătorie din viața mea. Acum câteva luni, am rezervat un bilet pentru ultima mea aventură în Regatul Abha."

Manije Peseschkian a rămas în viață cu doi fii și patru nepoți mari. Gândurile noastre sunt alături de familia ei. Fie ca ei să găsească suficientă putere, calm și curaj în aceste momente.

Înmormântarea a avut loc la 13 martie 2020 în cimitirul din Wiesbaden-Sonnenberg. Ea este înmormântată alături de soțul său.

Consiliul de administrație, Consiliul consultativ, Consiliul de administrație și sediul central al DGPP și Fundația Peseschkian

Raport privind înmormântarea doamnei Manije Peseschkian de Larisa Schicker din Kiev (Ucraina)

"Dragi prieteni, permiteți-mi să vă încredințez adâncul sufletului meu și să vă împărtășesc impresiile mele de la ceremonia de adio pentru iubitul nostru Manije Peseschkian. Astăzi, sunt plin de dulce tristețe, credință, dragoste de viață, responsabilitate pentru viață și momentul de

tranziția către lumea cealaltă.

Manije a fost modelul perfect pentru mine. A reușit să termine toate lucrurile pe care intenționa să le facă pe acest pământ și a aranjat totul, inclusiv numirea unui succesor pentru proiectul ei de o viață. Relatarea mea ar putea fi de interes pentru toți prietenii care erau nerăbdători să meargă la Wiesbaden, dar nu au reușit să meargă. Familia Peseschkian a organizat o ceremonie de adio în conformitate cu tradițiile credinței bahá'í. Toți prietenii care au venit să îi aducă un ultim omagiu lui Manije Peseschkian au primit broșuri memoriale care conțineau mesajul de adio al lui Manije către familia și prietenii săi dragi, precum și câteva rugăciuni bahá'í.

Toți cei prezenți au fost impresionați de discursurile de rămas bun ale fiilor lui Manije - Dr. Hamid Peseschkian și Dr. Nawid Peseschkian - precum și de rugăciuni și muzică. Nu a fost un doliu - a fost, în schimb, o ocazie de a prețui amintirea dragei noastre Manije și de a exprima dragostea sublimă pe care toată lumea o avea pentru ea.

După ceremonia spirituală, ne-am îndreptat spre locul de înmormântare, unde am văzut sicriul închis, acoperit cu flori proaspete, ca simbol al vieții veșnice. Sicriul a fost înmormântat în timp ce următorul citat Baha'i era cântat: Dumnezeu este suficient pentru mine, El este Al-suficientul! Cei încrezători să aibă încredere în El, cei încrezători să aibă încredere! Toți cei prezenți, unul după altul, s-au apropiat de coșul plin cu petale de trandafiri și au aruncat o mână de petale în mormânt. Ne-am luat un ultim rămas bun de la iubitul nostru Manije cu petalele noastre de trandafir ale iubirii. Fotografia locului de înmormântare, care a fost făcută de Dr. Hamid Peseschkian, arată florile care acoperă ambele morminte ale lui Manije și ale soțului ei, Dr. Nossrat Peseschkian. Așa cum trupurile lor se odihnesc unul lângă altul, tot așa și sufletele lor sunt acum împreună în Regatul Abha.

Celebrarea vieții lui Manije Peseschkian a avut loc de la ora 15.00 până la ora 20.00 în frumoasa sală a restaurantului "Dorint". Toți cei prezenți s-au bucurat de mâncare delicioasă, o atmosferă cordială și muzică divină. Fiecare membru al familiei a împărtășit povești personale, amintiri și fotografii. Am fost cufundați în oceanul de iubire și recunoștință pe care îl aveau față de marea lor mamă, bunica iubitoare, soția credincioasă, om de știință, președinte al Consiliului de administrație al Asociației Mondiale de Psihoterapie Pozitivă, președinte al Fundației Nossrat Peseschkian; iubita noastră Manije Peseschkian. Acest eveniment ne-a unit pe toți, ne-a întărit în credința și dragostea noastră, astfel încât să ne străduim să continuăm să slujim oamenii așa cum a făcut-o îngerul nostru Manije de-a lungul vieții sale.

Vom păstra mereu amintirea ei în inimile noastre. Colegii mei - Natalia Ruda și Yanina Danish - și cu mine, în numele tuturor celor care au cunoscut-o și au iubit-o din partea psihoterapeuților pozitivi din regiunea de est, am lăsat o înregistrare în Cartea memorială și ne-am exprimat sincerele condoleanțe membrilor familiei.

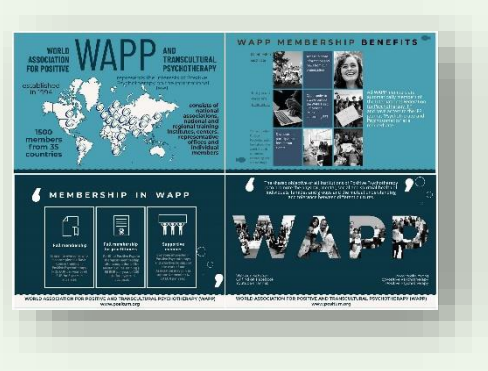
Suntem recunoscători Dr. Hamid și Catherine Peseschkian, copiilor lor Leyla și Farid, Dr. Nawid și Shida Peseschkian, copiilor lor Tara și Samira, tuturor rudelor, prietenilor apropiați și colegilor familiei Peseschkian pentru atenția, grija și atmosfera de dragoste și prietenie din timpul zilei. Cu dragoste și respect pentru viața demnă a lui Manije Peseschkian. În memoria iubirii. Moștenirea lui Manije va fi continuată".

ISSN 2710-1460WAPP

ȘTIRI WAPP

Bilanțul anual al WAPP 2020

Dragi membri WAPP,
Dragi prieteni și susținători ai psihoterapiei pozitive din întreaga lume,



Anul 2020 a fost un an extraordinar, cu schimbări pe care nu le-am fi imaginat cu 12 luni în urmă. Pandemia a fost tema principală a acestui an, dar a fost uimitor să vedem cum ați profitat cu toții de această criză ca de o oportunitate de a vă ridica la un nou nivel. Comunitatea noastră mondială de PPT a devenit mai puternică și mai unită decât a fost acum un an. A devenit cu adevărat o mișcare globală. Astăzi, dorim să împărtășim cu dvs. câteva dintre cele mai importante momente și evenimente din 2020, dar aceasta este doar o mică parte din toate activitățile care au avut loc în întreaga lume.

Din cauza pandemiei, aproape toate modulele de formare în psihoterapie au trebuit să fie anulate și transformate în seminarii online. Și, de asemenea, sesiunile de psihoterapie și consiliere cu pacienții și clienții de multe ori au trebuit să fie modificate pentru formatul online. Acum, după nouă luni de la această practică, am acumulat multă experiență cu ea și suntem fericiți să vedem că funcționează bine. În special, continuarea terapiei cu pacienții în aceste vremuri incerte de pandemie a fost necesară și o opțiune bună pentru a păstra legătura și pentru a nu întrerupe tratamentul.

Întâlnirile online prin Zoom sau alți furnizori ne-au oferit chiar noi oportunități de a ne întâlni și de a face schimburi. Seminarul nostru internațional de formare (ITS) s-a desfășurat pentru prima dată sub forma unui seminar-conferință online în luna august și a fost bine primit de aproximativ 120 de participanți din 15 țări.

De asemenea, am avut și alte reuniuni plenare și conferințe online, cum ar fi o reuniune Zoom deschisă tuturor membrilor WAPP, reuniuni doar cu formatori, reuniuni cu grupuri de lucru, iar conferințele online au fost organizate de diferiți organizatori, formatori, organizații naționale și grupuri de interese. Înainte de pandemie, Consiliul WAPP se întâlnea doar de două ori pe an, acum au loc întâlniri lunare. Acest lucru face ca deciziile să fie mult mai rapide.

În luna august a fost ales un nou consiliu WAPP pentru anii 2020-2022. Alegerile s-au desfășurat și online. Membrii WAPP au primit un link și un cod individual pentru a-și exprima votul. Membrii noului Consiliu sunt: Hamid Peseschkian (președinte), Ewa Dobiala, Maksim Goncharov, Gabriela Hum, Ivan Kirillov, Olga Lytvynenko, Richard Werringloer și Tinia Tober (ca reprezentant al

Fundației Peseschkian).

ISSN 2710-1460WAPP

În acest an, am angajat doi noi colaboratori pentru a asista și a ajuta la activitatea asociației noastre: Dr. Kateryna Lytvynenko din Ucraina ca asistent WAPP și Dr. Dorothea Martin din SUA/Albania pentru editarea limbii engleze. Suntem foarte recunoscători pentru ajutorul lor valoros.

În ultimele 12 luni de la ultimul nostru Congres mondial din Kemer (Turcia), asociația noastră a trecut rapid la o altă etapă. Au fost stabilite multe impulsuri noi, membrii noștri ne-au inspirat cu idei tinere și contemporane, cum ar fi **conceperea de materiale informative oficiale, inițierea unui canal YouTube** și - care este unul dintre cei mai importanți pași - am reînviat Revista electronică pentru psihoterapie pozitivă. De acum înainte va fi cunoscut ca **"Psihoterapeutul global"**, iar primul său număr îl citiți acum.

În prezent, asociația noastră are 1.600 de membri în 36 de țări. Printre aceștia se numără 144 de formatori de bază și de masterat în psihoterapie pozitivă, dintre care 8 și-au primit licența de formator în acest an.

Un proiect important din acest an este și a fost recertificarea formatorilor, care a început în Ucraina. 39 de formatori au trebuit să susțină un interviu de examinare online. În plus, începând din acest an, candidații la funcția de formator trebuie să susțină un interviu similar. În prezent, 16 candidați formatori de bază și 13 candidați formatori master au susținut acest interviu. Examinatorii sunt destul de mulțumiți de rezultatele acestor interviuri. Aproape toți candidații au promovat examenul.

Marca comercială "Positive Psychotherapy (PPT după Peseschkian, din 1977)" a fost înregistrată în Statele Unite ale Americii în iunie 2020. Aceasta a fost o realizare importantă pentru noi, pentru a ne revendica și a ne proteja numele în SUA.

United States of America
United States Patent and Trademark Office
Reg. No. 6,082,225
Registered Jun. 23, 2020
Int. Cl.: 16, 41, 44
Service Mark
Trademark
Principal Register

Anul acesta ne-a adus și câteva vești triste:
Trecerea în neființă a doamnei Manije Peseschkian la 3 martie 2020. "Mama" psihoterapiei pozitive a părăsit această lume muritoare pentru a se reîntâlni cu soțul ei și fondatorul PPT. Din luna august a anului trecut nu s-a simțit bine, dar a fost foarte important pentru ea să participe la Congresul Mondial de la Kemer. Câteva săptămâni mai târziu, a fost diagnosticată cu cancer, iar ultimele săptămâni din viața sa le-a petrecut alături de familie și de prietenii apropiați, acasă. O vom păstra în amintirea noastră iubitoare și îi vom continua munca de o viață.
Ne gândim, de asemenea, la colegii noștri care au suferit de Covid-19 sau care încă suferă și le dorim să redevină sănătoși în curând.

Consiliul de administrație ar dori să mulțumească fiecăruia pentru sprijinul acordat în anul 2020. Este atât de încurajator să vedem că există psihoterapeuți pozitivi activi în întreaga lume care contribuie la sănătatea mintală a concetățenilor lor. Ne face mândri să facem parte din familia profesională mondială a psihoterapeuților pozitivi.

Vă dorim toate cele bune pentru anul 2021.

Consiliul de administrație și sediul WAPP

Asociația Mondială pentru Psihoterapie Pozitivă și Transculturală (WAPP)
WAPP Head Office - Luisenstrasse 28 - 65185 Wiesbaden - Germania
Tel. +49-6 11-450 34 40 - Email: wapp@positum.org - Website: www.positum.org

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

INFORMAȚII ȘI ORIENTĂRI PENTRU AUTORI

"Informații și orientări pentru autori" complete și actualizate sunt disponibile pe site-ul JGP: https://www.positum.org/ppt-journal/

Psihoterapeutul global (JGP) este o revistă digitală interdisciplinară dedicată Psihoterapiei pozitive (PPT după Peseschkian, din 1977)™. Această revistă semestrială evaluată de colegi publică articole privind experiențele și aplicarea metodei umanist-psihodinamice a Psihoterapiei Pozitive și Transculturale. Subiectele variază de la articole de cercetare pe teme teoretice și clinice, recenzii sistematice, inovații, articole de management de caz, diferite aspecte ale formării și educației psihoterapeutice, aplicații ale PPT în consiliere, educație și management, scrisori către editori, recenzii de carte etc. Există o secțiune specială dedicată tinerilor profesioniști care urmărește să încurajeze tinerii colegi să publice. Revista salută manuscrisele din diferite culturi și țări.

Limbile articolelor sunt: Engleză și rusă. Fiecare articol trebuie să aibă rezumatul în limba engleză, iar pentru articolele în limba rusă - în engleză și rusă. Pentru editarea în limba engleză, autorii pot solicita asistența editorului nostru de limbă engleză, Dr. Dorothea Martin (SUA/Albania). Acest serviciu este gratuit pentru autori. Dar, aceasta este doar pentru editare, nu și pentru traducere - trimiteți un e-mail la journal@positum.org.

Procesul de evaluare: Toate manuscrisele trimise - cu excepția recenziilor scurte de carte - vor fi anonimizate și trimise la cel puțin 2 referenți independenți pentru recenzii colegiale "dublu-orb". Recenziile acestora (de asemenea anonimizate) vor fi apoi trimise înapoi autorului. Articolele trimise sunt verificate în sistemul "Antiplagiat" și sunt acceptate în cazul unui rezultat satisfăcător (determinat pentru fiecare dintre articole în parte prin raportul dintre fragmentele de text originale, fragmentele împrumutate și prezența legăturilor formalizate).

Subiectele pot fi trimise numai prin atașare la un e-mail în format Word la adresa journal@positum.org.
Fiecare articol trebuie să aibă între 3 și 10 pagini, inclusiv cuvintele-cheie, rezumatele și referințele (Times New Roman, font 12, spațiere între rânduri 1,5).

Structura: Titlu, rezumat cu cuvinte cheie, introducere, metodologie, rezultate, concluzie, referințe.

Un autor poate publica o singură lucrare pe număr.

În circumstanțe excepționale, redacția poate lua în considerare articole mai lungi (sau variații ale acestor orientări), însă autorii vor avea nevoie de o aprobare specifică din partea redacției înainte de trimiterea lor. (De obicei, acordăm o marjă de eroare de 10%+/- la numărul de cuvinte).

Referințe: Autorul trebuie să enumere referințele în ordine alfabetică la sfârșitul articolului sau pe o foaie (foi) separată (separate), folosind stilul de bază Harvard-APA. Lista de referințe trebuie să se refere numai la acele referințe care apar în text, de exemplu (Fairbairn, 1941) sau (Grostein, 1981; Ryle & Cowmeadow, 1992): nu se acceptă recenzii bibliografice și bibliografii mai ample. Detalii privind stilul comun Harvard-APA vă pot fi trimise la cerere sau sunt disponibile pe diverse site-uri web.

În esență, se utilizează următorul format, cu majuscule, italice și punctuație exacte.

Iată trei exemple de bază:

[1] Pentru articolele din reviste / periodice (titlurile revistelor nu trebuie prescurtate):

FAIRBAIRN, W.R.D. (1941). O psihopatologie revizuită a psihozelor și neuro-psihozelor. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 22, pp. 250-279.

[2] Pentru cărți:

PESESCHKIAN, N. (2016). *Psihosomatică pozitivă: Manual clinic de psihoterapie pozitivă, Bloomington*, SUA: AuthorHouse UK.

[3] Pentru resurse care nu sunt în limba engleză:

ШПИГЕЛЬБЕРГ, Г. М. [SPIEGELBERG, H. M.] (2002). *Феноменологическое движение. Историческое введение* [Mișcarea fenomenologică. Introducere istorică]. M.: "Логос". 608 c.

[4] Pentru capitole din cărți cu autori multipli:

PESESCHKIAN H., REMMERS A. (2020) *Psihoterapia pozitivă: O introducere*. În: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds), Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology, (pp. 3-9). Springer, Cham.

Frecvență și drepturi de autor

Revista este publicată de două ori pe an. Revista susține politica accesului liber, bazată pe principiul distribuirii libere a informațiilor științifice și al schimbului global de cunoștințe pentru progresul social comun. Autorii care publică sub orice licență permisă de revistă își păstrează toate drepturile. Politica editorială a revistei permite ca toate versiunile articolelor publicate să fie depozitate într-un depozit instituțional sau în alt depozit la alegerea autorului, fără embargo. Comitetul editorial al revistei își rezervă dreptul de a corecta articolele trimise spre publicare.

Informații suplimentare și datele de contact sunt disponibile pe site-ul JGP: https://www.positum.org/ppt-journal/