THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

JOURNAL OF POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY

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

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

The Global Psychotherapist (JGP) - междисциплинарный цифровой журнал, посвященный Позитивной и Транскультурной Психотерапии (ППТ по Песешкиану, с 1977 года)™. В этом рецензируемом полугодовом журнале публикуются статьи, посвященные опыту и применению гуманистическо-психодинамического метода Позитивной и Транскультурной психотерапии. Тематика варьируется от исследований

Статьи по теоретическим и клиническим вопросам, систематические обзоры, инновации, статьи по ведению случаев, различные аспекты психотерапевтической подготовки и образования, применение ППТ в консультировании, образовании и менеджменте, письма в редакцию, обзоры книг и т.д. Существует специальный раздел, посвященный молодым специалистам, цель которого - поощрять молодых коллег к публикации. Журнал приветствует рукописи из разных культур и стран.

Со-главный редактор журнала: *Ольга Литвиненко, Украина: dr.olgalytvynenko@gmail.com*
Со-главный редактор журнала: *Эрик Мессиас, США: ELMessias@uams.edu*
Редакция: *journal@positum.org*
Английский редактор: *Доротея Мартин journal@positum.org*
Русский редактор: *Катерина Литвиненко journal@positum.org*

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ЖУРНАЛА:
Ольга Литвиненко, Украина **Эрик Мессиас**, США **Людмила Сердюк**, Украина
Али Эрыилмаз, Турция
Роман Цесельски, Польша

Веб-сайт JGP: https://www.positum.org/182-0-PPT-Journal.html

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ КОМИТЕТ (МНК):
Андре Р. Марсель, США; **Евгений Карпенко**, Украина; **Златослав Арабаджиев**, Болгария; **Денис Лавриненко**, Украина.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ (МКС):
Арно Реммерс, Германия; **Иван Кириллов**, Турция; **Максим Чекмарев**, Россия; **Тодор С. Симеонов**, Болгария; **Александра Низдран-Федорович**, Украина; **Полина Ефремова**, Россия; **Ева Добиала**, Польша; **Александра Зарек**, Польша; **Людмила Москаленко**, Украина; **Шридхар Шарма**, Индия.

Профессиональная принадлежность членов Редакционного совета и Международного консультативного совета теперь указана на соответствующих страницах сайта JGP.

Опубликовано: Всемирная ассоциация позитивной и транскультурной психотерапии (WAPP) Luisenstrasse 28, 65185 Wiesbaden, Germany
E-mail: wapp@positum.org
Сайт: www.positum.org

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

Журнал использует международную лицензию Creative Commons Attribution 4.0 (CC-BY 4.0).
ISSN: 2710-1460 (Online)

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

EDITORIAL:

Приветственное письмо президента WAPP 5

Приветственное письмо редакционной коллегии..... 8

Позитивная психотерапия во время глобального кризиса

Носсрат Песешкиан 9

ИССЛЕДОВАНИЯ И ИННОВАЦИИ:

Украинскоязычная адаптация Висбаденского опросника для позитивной психотерапии и семейной терапии (WIPPF)

Людмила Сердюк, Светлана Отенко 11

ПРЕМИЛИАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Модель равновесия в русской и китайской культуре: Предварительное исследование и сравнительный анализ

Татьяна Ильина 15

Предварительное исследование феномена "тревоги разлуки" глазами метода позитивной и транскультурной психотерапии

Елена Дражева 22

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

Изгиб Гелы 27

Семейная динамика в психотерапии подростков с анорексией

Вероника Иванова 34

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ:

Быть или не быть - Гамлет и психотерапевтическая техника: О терапевтическом альянсе, росте и эффективной терапии

Арно Реммерс 39

Инструменты позитивной транскультурной психотерапии как модель системных констелляций

Светлана Кириченко 45

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ:

Подросток между двумя берегами. Представление случая из психотерапевтической практики

Стефанка Томчева **49**

Исцеление и духовность: Психотерапевтический случай

Антонелла Матеи **53**

СПЕЦИАЛЬНЫЕ СТАТЬИ:

Здоровье - болезнь с точки зрения позитивной психотерапии

Гюнтер Хюбнер **57**

Суицидальные состояния личности, исследования и научная перспектива

Оксана Кованда **62**

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ:

Мудрее: Научные корни мудрости, сострадания и того, что делает нас хорошими", Дилип Джесте, доктор медицины, и Скотт Лафи (2020)

Рецензия Эрика Мессиаса... ..... **70**

НЕИЗВЕСТНЫЙ:

Г-жа Манидже Песчкян

Немецкой ассоциацией позитивной и транскультурной психотерапии (DGPP) и Фондом Песешкиана **72**

WAPP NEWS75

ИНФОРМАЦИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ АВТОРОВ77

ПРИВЕТСТВИЕ ПРЕЗИДЕНТА WAPP

ДР. ХАМИД ПЕСЕШКИАН

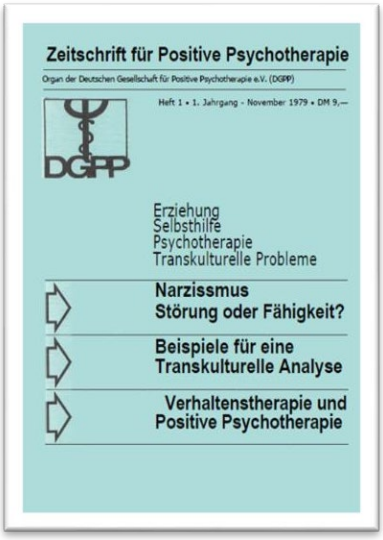
"Я считаю, что для каждого пациента должна быть разработана своя терапия, потому что у каждого из них своя уникальная история".
Ирвин Д. Ялом

Дорогой читатель,

В ваших (виртуальных) руках первый номер *"Глобального психотерапевта"*, международного журнала позитивной и транскультурной психотерапии. Как и у всего, у него есть прошлое, настоящее и - надеемся - светлое будущее.

Прошлое:

Через пять лет после того, как Носсрат Песешкиан (1933-2010) основал "Позитивную психотерапию" (ППТ) и опубликовал первую из своих 29 книг в 1974 году, он решил создать в 1977 году Немецкую ассоциацию позитивной психотерапии и издавать регулярный журнал. Первый номер "Немецкого журнала позитивной психотерапии" (Zeitschrift für Positive Psychotherapie) вышел в ноябре 1979 года, и в качестве основной цели журнала были названы четыре темы: образование, самопомощь, психотерапия и транскультурные проблемы. Как пояснил Носсрат Песешкиан в своей редакционной статье: *"Эти четыре аспекта Позитивной психотерапии являются важными элементами психотерапии, которая имеет превентивную функцию и понимает человека в его социальном и экономическом окружении"* (1).



Первый номер немецкого журнала PPT за ноябрь 1979 года

Включение транскультурной точки зрения в повседневную работу психотерапевта было не только центральной задачей Носсрата Песешкиана с самого начала, скорее транскультурные вопросы имели для него политико-социальное измерение: *"Транскультурный подход проходит красной нитью через всю Позитивную психотерапию. Мы рассматриваем его в первую очередь потому, что транскультурная точка зрения также предлагает материал, полезный для понимания индивидуальных конфликтов. Кроме того, эта точка зрения обладает необычайной социальной значимостью: Проблемы гастарбайтеров [иммигрантов], помощи в развитии, проблемы, возникающие при общении с людьми из других культурных систем, проблемы транскультурных браков, предрассудки и их преодоление, альтернативные модели, происходящие из других культурных рамок. В этой связи мы также можем рассмотреть политические проблемы, которые возникают в транскультурной ситуации".* (1).

С распространением PPT, особенно в Восточной Европе, в 1990-х годах появились журналы на других языках и в других странах.

Настоящее:

Сегодня позитивная психотерапия стала международным движением: Всемирная ассоциация позитивной и транскультурной психотерапии (WAPP) насчитывает более 1600 членов в 35 странах и на пяти континентах; учебные центры позитивной психотерапии действуют более чем в 20 странах; более 150 тренеров ежегодно проводят сотни тренингов по ППТ; Издано несколько ведущих книг; написаны и защищены десятки диссертаций по ППТ; создана первая Национальная ассоциация и ППТ-центр на Африканском континенте; в 2019 году состоится 7 Всемирный конгрессth ; Позитивная психотерапия (ППТ по Песешкиану, с 1977 года) зарегистрирована как торговая марка.

Наш мир сильно изменился с 1979 года, но послание Позитивной психотерапии с каждым днем становится все более и более актуальным. И не только потому, что ППТ как метод гуманистической психодинамической

психотерапии объединяет подходы четырех основных психотерапевтических модальностей: гуманистическое представление о человеке, психодинамическое понимание расстройств, а также

системный подход к культуре, работе и окружающей среде, а также практический, ориентированный на достижение целей подход с использованием некоторых когнитивно-поведенческих техник (2). Но эта ориентированная на конфликты и ресурсы краткосрочная психотерапия может применяться в различных областях человеческой деятельности и, таким образом, привносить психотерапевтические идеи в повседневную жизнь.

В связи с таким расширением и прочным фундаментом PPT за последнее десятилетие, логичным шагом стало решение Совета директоров WAPP вновь запустить международный журнал. С профессором Ольгой Литвиненко и профессором Эриком Мессиасом в качестве главных редакторов, которым помогает опытный международный редакционный и консультативный совет, журнал находится в хороших и очень умелых руках.

Будущее:

Научные статьи и журналы часто бывают скучными, но так быть не должно (3, 4). Публикации "Позитивной психотерапии" за последние 50 лет показали, что можно публиковать захватывающие, освежающие и стимулирующие статьи, которые в то же время очень глубоки и заставляют задуматься.

Правление WAPP надеется, что этот журнал станет международной платформой, и, по словам Носсрата Песешкиана, "*наша цель - предложить как высококачественные научные статьи и информацию, так и возможность для международного диалога и дружбы"* (5). Являясь интегративным и транскультурным методом, этот PPT-журнал предлагает уникальные возможности для обмена профессиональным опытом со всего мира. Молодые специалисты найдут здесь возможность совместить научную и практическую работу и стать будущими экспертами в обеих областях. Позитивные психотерапевты во всем мире сформировали свою идентичность как *глобальные психотерапевты* и хотят поделиться своим опытом с коллегами-единомышленниками.

Теперь, дорогой читатель, журнал во многом находится в ваших руках. Ваши статьи и материалы будут поддерживать его жизнь и привлекательность. Я надеюсь, что *"Глобальный психотерапевт"* будет способствовать более глубокому пониманию глобального общества и сможет найти ответ на вопрос: *"Что общего у всех людей?"* (5).

***Доктор Хамид Песешкиан**, доктор медицины, доктор медицины, доктор медицины, доктор медицины, IDFAPA*
Президент
WAPP Медицинский и
академический директор
Висбаденской академии
психотерапии

Ссылки:

[1] Zeitschrift für Positive Psychotherapie. Heft 1, 1. Jahrgang, November 1979.
[2] **PESESCHKIAN H., REMMERS A.** (2020) *Positive Psychotherapy: An Introduction*. In: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds) Positive Psychiatry, Psychotherapy and

Psychology. Springer, Cham.

[3] **САНД-ДЖЕНСЕН К.** (2007) *Как писать неизменно скучную научную литературу*. Oikos 116. pp.723-727

[4] **ЧАПМАН, П.** (2014). Научные статьи не должны быть скучными. *Бюллетень загрязнения морской среды*. 87. 10.1016/j.marpolbul.2014.08.020.

[5] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2011). Послание бывшего президента. Постум опубликованной редакционной статьи для первого номера Международного журнала позитивной психотерапии и исследований, стр. 3.

ПРИВЕТСТВИЕ РЕДАКЦИИ ЖУРНАЛА

ЖУРНАЛ PPT "ГЛОБАЛЬНЫЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ"

Дорогой читатель,

С большой гордостью и радостью мы представляем вам первое издание *"Глобального психотерапевта"* - международного журнала позитивной психотерапии. Как вы узнаете, *"Глобальный психотерапевт" был* подготовлен выдающейся группой редакторов, которые отвечают за отбор и расположение статей, составляющих его содержание. Все статьи прошли слепое рецензирование учеными, имеющими опыт работы с позитивной психотерапией в области медицины и консультирования. Мы благодарим вас за глубокую работу, внимание и время, потраченное на подготовку журнала к публикации.

Журнал "Глобальный психотерапевт" призван информировать, стимулировать дискуссии и помогать профессии психотерапевта развиваться, преодолевая границы и континенты. Цель журнала - рассказать о транскультурных преимуществах позитивной психотерапии (ППТ) и ее уникальном подходе к исцелению, расширить доказательную базу эффективности ППТ и рассказать о ее огромном практическом применении в различных областях, включая медицинскую, образовательную и социальную.

Позитивная психотерапия была основана в 1968 году нашим любимым Носсратом Песешкианом (18 июня 1933 - 27 апреля 2010), автором более 26 различных психотерапевтических книг, как "дифференциальный анализ", ода тому, как люди развивают и совершенствуют свои врожденные способности. К 1977 году это направление официально стало называться "Позитивной психотерапией". Позитивная психотерапия - это транскультурная по своей сути форма психотерапии, которая является частью психодинамической и частью гуманистической. Она призвана помочь клиентам переориентироваться и защищать себя, используя свои внутренние ресурсы для преодоления проблем, понимания и признания областей роста, а также сосредоточиться на работе над устойчивостью и развитием большего чувства собственного достоинства.

Наша долгосрочная цель для журнала "Глобальный психотерапевт" - помочь представить ППТ миру, который быстро модернизируется и становится транскультурным, и который действительно нуждается в модели психотерапии, чувствительной к этой динамике и легкой для изучения, практики и применения.

Мы надеемся, что на этих страницах вы найдете очень доступный обзор того, что предлагает сегодня Позитивная психотерапия. Кроме того, мы надеемся, что она поможет вам открыть для себя новые и захватывающие способы понимания психотерапии и того, как она может быть полезна в вашей собственной практике и работе.

Поэтому этот журнал необходим для чтения информированным психологам, медикам и педагогам-практикам, преподавателям и студентам, которые признают ценность транскультурных подходов к лечению и хотят лучше понять развитие психотерапии во всем мире.

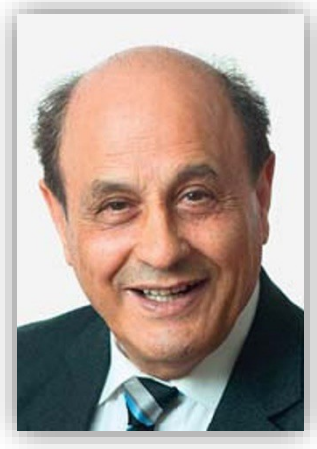
Наконец, мы верим, что вам понравится читать эти статьи и вы будете достаточно заинтригованы, чтобы приехать на наш следующий Всемирный конгресс в 2022 году, вступить во Всемирную ассоциацию позитивной психотерапии и стать сертифицированным позитивным психотерапевтом.

Редакционная

коллегия

"Глобальный психотерапевт",
Журнал позитивной и транскультурной психотерапии

ISSN 2710-1460WAPP



ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ПЕРИОД ГЛОБАЛЬНОГО КРИЗИСА

ПРОФ. ДР. НОССРАТ ПЕШЕШКИАН,
доктор медицины, ВИЕСБАДЕН,
ГЕРМАНИЯ

Впервые опубликовано в
Международный журнал позитивной психотерапии и исследований. Выпуск 1 (2011)

Введение

Транскультурные трудности - в личной жизни, на работе и в политике - становятся сегодня все более актуальными. Учитывая то, как развивается общество сейчас, решение транскультурных проблем станет одной из главных задач будущего. Если раньше люди разных культурных кругов были разделены огромными расстояниями и вступали в контакт только в необычных обстоятельствах, то в наше время технические инновации резко расширили возможности для контактов. Просто открыв утреннюю газету, мы выходим из своего жизненного пространства и соприкасаемся с проблемами людей из других культурных кругов и групп. Как правило, мы интерпретируем эти события в привычном для нас ключе. Мы готовы критиковать, проклинать или высмеивать их за предполагаемую отсталость, наивность, жестокость или непонятное отсутствие заботы. В процессе транскультурации мы имеем дело с понятиями, нормами, ценностями, моделями поведения, интересами и точками зрения, характерными для той или иной культуры.

Методы

Характерные черты для времени глобализации с ее позитивными и конструктивными последствиями:

1. Что общего у всех людей и чем они отличаются друг от друга? (Принцип надежды).

Наш мир изменился. Впервые в истории человечества возникает глобальное, взаимосвязанное общество, характерной чертой которого является его культурное разнообразие. Процесс глобализации - не только на политическом уровне, но, прежде всего, на уровне ментального уровня - не происходит без вызовов. Перед нами стоит задача придать новое направление нашим областям специализации, чтобы они могли адекватно справляться с требованиями современного мира. Это, однако, требует изменения подхода - от монокультурного и монокаузального рассмотрения к мультикультурному и мультикаузальному.

Эти изменения и проблемы влияют на каждого человека и, прежде всего, на его здоровье.

2. Существующие проблемы мира **(Этап наблюдения - дистанцирование).**

Факт, что наше общение сегодня поражено всемирным кризисом, который достигает масштабов эпидемии. В супружеском общении партнеры сталкиваются с болью взаимного непонимания и игнорирования, семьи страдают от почти отсутствующего или просто поверхностного общения между родителями и детьми.

Точно так же общение между правительствами и их народами свидетельствует о взаимном недоверии, инвективах, обмане и вражде. Более того, возник беспрецедентный кризис в общении между сверхдержавами - ситуация, которая легко могла привести к уничтожению всего живого на этой планете.

3. Различные значения одного и того же поведения в разных культурах **(кросс-культурные аспекты)**.

Такая релятивизация понятия болезни особенно важна для динамики внутри семьи. Она наделяет болезнь определенной функцией и задает тон отношениям между членами семьи. В данном случае

ISSN 2710-1460WAPP

независимо от того, является ли болезнь психической, психосоматической, психотической или соматической.

Мы исследуем, как одно и то же расстройство или болезнь воспринимается и оценивается в других культурах, как люди в конкретной культуре или семье сталкиваются с болезнью, какое особое значение имеют конфликты для человека и какое содержание они затрагивают.

4. Искоренение расовых и национальных предрассудков в некоторых странах мира. Уменьшение религиозных предрассудков в мире, взаимодействие и диалог между различными религиями - благоприятные признаки этого развития **(способность знать - способность любить)**.

5. Активная роль многих неполитических, гуманитарных институтов (например, НПО), которые работают на благо мира во всем мире, защиты меньшинств и борьбы с бедностью. Совершенствуются международные и национальные ассоциации, такие как "Врачи без границ" (Ärzte ohne Grenzen), Красный Крест и т.д. Вовлечение все большего числа людей в стремление к миру жизненно необходимо, а их готовность помогать друг другу во время кризисов и природных катастроф важна, как и в вопросах, представляющих взаимный интерес **(Позитивная психотерапия во всеобъемлющем смысле).**

6. Распространение молодежных движений за интерес к изучению иностранных культур, стремление к пониманию и доверию к ним, а также вовлечение в активную деятельность в развивающихся странах. Межрасовые и межкультурные браки между людьми из Африки, Азии, Европы, Австралии и Америки указывают на то, как можно решить практические проблемы человечества **(будущее семьи и культуры)**.

7. Все большее число людей требует честного признания того, что материалистические идеи не смогли удовлетворить потребности человечества, и теперь предпринимаются новые усилия для развития семейной жизни, духовности и других качеств человека **(модель "Принцип равновесия"**).

8. Увеличивается число богатых людей, которые считают, что неравенство между богатыми и бедными поддерживает мир в состоянии нестабильности, и пытаются использовать свое богатство для внесения изменений в общество, например, путем создания фондов образования, здравоохранения, ликвидации бедности и т. д. **(сначала зрелость, а потом богатство)**.

9. Повышение активности и партнерства женщин во всех сферах человеческой деятельности (экономической, социальной, политической и т. д.). Благодаря этому развитию цель эмансипации женщин и достижения полного равенства между полами становится новым стимулом в политике, экономике и науке **(равенство женщин и мужчин).**

10. Наш мир приближается к всеобщей глобализации (мир во всем мире, глобальная экономическая модель, стандарты мировой валютной политики, экологические вопросы, стандарты образования и т.д.). Это происходит благодаря вовлеченности и активности граждан мира.

11. Этот транскультурный взгляд прослеживается во всех разделах "Позитивной психотерапии". Мы придаем ему такое большое значение, потому что он помогает нам понять конфликты человека. Он также может быть важен при решении таких социальных вопросов, как отношение к нелегальным иммигрантам и беженцам, иностранная помощь странам третьего мира, проблемы в общении с представителями других культурных систем, межрасовые и транскультурные браки, предрассудки и альтернативные стили жизни, принятые в других обществах. Он также может быть применен к политическим проблемам, возникающим в транскультурных ситуациях.

12. Европейский союз - пример совместной работы 27 стран. Средства массовой информации, такие как телевидение, радио, информационные бюллетени, интернет и т. д., создают глобальную информационную сеть **(этап расширения целей)**.

Инструментарий позитивной психотерапии:

1. Три принципа позитивной психотерапии.
2. Девять тезисов.
3. 20 Техники.
4. Опросник позитивной психотерапии.

Заключение

Точно так же, как существуют культурные круги, существуют и образовательные круги, в рамках которых человек развивает свою собственную культурную систему, которая затем сталкивается с другими системами. Таким образом, принцип, лежащий в основе транскультурной проблемы, становится принципом человеческих отношений и переработки внутренних конфликтов. Таким образом, она становится объектом Позитивной психотерапии.

Поскольку позитивная психотерапия имеет дело с элементарными человеческими способностями, она способна разговаривать с людьми всех языков и социальных статусов и эффективно справляться с транскультурными проблемами. В терапевтическом плане Позитивная

Психотерапия предлагает эффективную пятиступенчатую короткую терапию, которая активизирует внутренние терапевтические способности пациента. Другими словами, пациент не только страдает от своей болезни, но и сам работает в качестве терапевта.

ISSN 2710-1460WAPP

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

УКРАИНСКОЯЗЫЧНАЯ АДАПТАЦИЯ ВИСБАДЕНСКОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ (ВИПФ)

Людмила Сердюк
Доктор психологических наук, профессор
Заведующий лабораторией психологии личности,
Институт психологии имени Костюка НАОН Украины
(Киев, Украина) Базовый тренер РРТ
Электронная почта:
Lzserdyuk15@gmail.com

Светлана Отенко
Преподаватель факультета психологии Открытого международного
Университет развития человека "Украина" (Киев,
Украина) Мастер-тренер РРТ
Электронная почта:
svet1608@gmail.com

Получено 24.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

В статье представлена адаптация и проверка психометрических характеристик Висбаденского опросника для позитивной психотерапии и семейной терапии. Показаны психометрические характеристики и другие результаты апробации предлагаемой украиноязычной версии исследуемого опросника. Описаны данные по диагностике Инвентаря и оценены его прогностические возможности по определению факторов самоопределения, психологического благополучия и психологической устойчивости личности.

Ключевые слова: апробация опросника, позитивное психическое здоровье, Позитивная психотерапия, актуальные возможности, психологическое благополучие.

Введение

Движение за позитивное психическое здоровье, включающее в себя позитивную психологию, позитивную психотерапию и позитивную психиатрию, - новое перспективное направление во всем мире. Фундаментальной особенностью этого направления является изменение фокуса подходов к человеку с ориентации на симптомы и дефициты на развитие и поддержку его внутренних ресурсов (Messias et al., 2020). В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия и эффективного функционирования человека, при котором он может реализовать собственный потенциал, эффективно преодолевать трудностей, а также продуктивно и плодотворно работать. Для развития этого направления необходимо эмпирически обоснованно разрабатывать и совершенствовать диагностический инструментарий для измерения конструктов позитивного психического здоровья человека. Поэтому изучение возможностей использования немногих существующих эффективных диагностических инструментов является важной задачей современной психологии, психотерапии и психиатрии.

Висбаденский опросник для позитивной психотерапии и семейной терапии - это оригинальный инструмент, изучающий самооценку характерологических и личностных особенностей (первичных и вторичных способностей), содержание конфликтных реакций, проявляющихся в четырех областях модели баланса,

ISSN 2710-1460WAPP

источники и психодинамика конфликта, лежащие в основе базовых концепций личности.

Инвентарь был разработан Н. Песешкианом в сотрудничестве с Х. Дейденбахом (Peseschkian, & Deidenbach, 1988). Современная английская версия опросника (WIPPF 2.0), переработанная и дополненная А. Реммерсом, предназначена для использования в различных культурах и для перевода на другие языки (Remmers, 1996).

Опросник состоит из 88 утверждений, предусматривающих четыре уровня их оценки: полностью согласен, частично согласен, частично не согласен или полностью не согласен. Для обработки данных эти вербальные оценки переводятся в соответствующие баллы: полностью согласен - 4 балла, частично согласен - 3 балла, частично не согласен - 2 балла, полностью не согласен - 1 балл.

Авторы выделили 27 шкал, оценивающих субъективную значимость для индивида его личностных характеристик в следующих трех областях: 1) актуальные способности (вторичные по отношению к собственному поведению; первичные по отношению к себе); 2) проявляемые конфликтные реакции в четырех областях модели баланса; 3) субъективно воспринимаемые параметры модели отношений.

Инвентарь предназначен для использования преимущественно в психотерапии, чтобы клиенты через рефлексию и самооценку начали понимать свои внутренние ресурсы, содержание конфликтов, в которые они вовлечены, свои конфликтные реакции и психодинамические истоки этих реакций.

Для применения WIPPF в исследовательских целях важна стандартизация данных исследования; в частности, необходимо определить нормативные значения для шкал Инвентаря.

Методы и организация исследования

Адаптация WIPPF была частью комплексного исследования, проведенного в лаборатории психологии личности Института психологии имени Костюка Национальной академии педагогических наук, Киев, Украина.

Для перевода на украинский язык и последующей адаптации использовалась современная версия (WIPPF 2.0) Висбаденского опросника для позитивной психотерапии и семейной терапии (Peseschkian, & Deidenbach, 1988; Remmers, 1996). Перевод на украинский язык был выполнен профессиональными переводчиками и адаптирован к социокультурным нормам украинского языка.

Кроме того, использовались адаптированный вариант шкалы Hardiness Scale С. Мадди (Леонтьев, Рассказова, 2006); адаптированная Шкала психологического благополучия Райфа (Райф, 1995; Шевеленкова, Фесенко, 2005); Шкала общей причинно-следственной ориентации Э.Дечи и Р.Райана, адаптированная О.Дергачевой, Л.Дорфман и
D. Леонтьева (Deci, & Ryan, 2002; Dergacheva, Dorfman, 2008) были использованы в эмпирическом исследовании для определения конкурентной валидности WIPPF, а также его диагностической и

прогностические возможности. Для обработки данных и статистического анализа использовались методы описательной статистики, корреляционного анализа, регрессии, сравнения средних.

Обработка эмпирических данных проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS 21.0 для Windows.

Участники исследования. Выборка для адаптации украиноязычной версии составила 384 человека, из них 96 мужчин и 288 женщин, в возрасте от 19 до 62 лет. Средний возраст составил 37,7 ± 11,1 года. По роду деятельности это были: студенты, проходящие повышение квалификации по методам Позитивной психотерапии, работающие специалисты (учителя, инженеры, менеджеры разного уровня, юристы, экономисты, психологи, врачи, социальные работники, реабилитологи и т.д.). Всех респондентов можно охарактеризовать как психологически благополучных, соматически здоровых, без видимых личностных расстройств.

Результаты

Исследование, проведенное с помощью украиноязычного опросника, показало достаточно высокую внутреннюю согласованность. Мы вычислили внутреннюю согласованность шкал с помощью альфы Кронбаха (согласованность трех утверждений, определяющих значение шкалы). Показатели внутренней согласованности, оцененные с помощью альфа Кронбаха, оказались вполне приемлемыми и варьировались от 0,73 до 0,86 для разных шкал WIPPF.

Повторное исследование было проведено через 1,5 месяца после первого тестирования. Было повторно опрошено 157 человек в возрасте от 19 до 53 лет (средний возраст 34,8 ± 8,4 года), 44 мужчины и 113 женщин. Статистически значимых различий по возрасту и полу (тест Манна-Уитни, $p < 0,05$) между тестовой и ретестовой выборками не было.

Были рассчитаны корреляции между тестовыми и ретестовыми шкалами WIPPF для каждой шкалы (метод Пирсона, $p < 0,05$, $p < 0,001$). Ретестовая надежность опросника после периода 1.5 месяцев был достаточно высоким (среднее $r = 0,78$, $p < 0,001$). То есть тест показал достаточно высокую ретестовую надежность.

Классификация выборки по возрасту проводилась на основе стадий психосоциального развития, предложенных Эриком Эриксоном (от 19 до 35 лет - юность; от 35 до 60 лет - взрослость). Небольшие, но статистически значимые различия между разными возрастными группами (тест Манна-Уитни, $p < 0,05$) наблюдались по шкалам Доверия (среднее значение для молодых людей составило 8,6 ± 1,4; среднее значение для взрослых - 9,3 ± 1,7) и Надежды (среднее значение для молодых людей составило 8,8 ± 1,7; среднее значение для взрослых - 9,6 ± 1,5).

Статистически значимых различий по шкалам WIPPF между мужчинами и женщинами не обнаружено. Очевидно, что шкалы инвентаризации не являются гендерно специфичными. Но поскольку количество мужчин в выборке значительно меньше, в будущем этот вопрос может быть изучен более глубоко.

Что касается деятельности респондентов, то не было статистически значимые различия.

Нормативные значения для шкал Инвентаря, полученные на основе средних баллов и стандартных отклонений для общей выборки (тестовое исследование), показали сильное завышение Искренности, Доверия, Надежды и занижение Бережливости.

Для определения нормативных значений WIPPF, характерных для психологически зрелой личности, в качестве основного критерия отбора респондентов мы использовали показатели психологической выносливости (респонденты демонстрировали значения выше среднего или высокие значения по этим показателям). Это обосновано тем, что жизнестойкость - это предрасположенность, которая помогает преодолевать внутреннее напряжение в трудных жизненных ситуациях путем выносливого преодоления стрессов. Поскольку психологическая выносливость тесно связана с показателями психологического благополучия и самоопределения (Serdiuk, Danyliuk, & Chykhantsova, 2019), эти показатели стали двумя дополнительными критериями отбора.

Нормативные значения были определены с помощью правила 3σ, в соответствии с законом нормального распределения Гаусса: 99,6% данных генеральной совокупности находятся в пределах 3 σ, 94% - в пределах 2 σ и 68% - в пределах 1σ. Таким образом, статистические нормативные значения будут определяться как среднее ± стандартное отклонение (μ ± σ).

Таким образом, стандартные значения для шкал Инвентаря представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Нормативные значения для шкал WIPPF (n=315)

	Шкалы WIPPF	Среднее	Среднее отклонение	Нормы
Вторичные мощности	Упорядоченность	7.8	1.7	6.1 - 9.5
	Чистота	7.9	1.7	6.2 - 9.6
	Пунктуальность	8.1	1.9	6.2 - 10.0
	Вежливость	7.5	1.6	5.9 - 9.1
	Искренность	8.2	1.3	6.9 - 9.5
	Деятельность	8.5	1.5	7.0 - 10.0
	Серьезность	9.1	1.2	7.9 - 10.3
	Thrift	6.2	1.8	4.4 - 8
	Послушание	7.5	1.5	6.0 - 9.0
	Правосудие	9.1	1.4	7.7 - 10.5
	Fidelity	9.0	1.3	7.7 - 10.3
Первичные мощности	Терпение	9.2	1.3	7.9 - 10.5
	Время	8.5	1.5	7.0 - 10.0
	Контакты	9.0	1.5	7.5 - 10.5
	Доверие	9.6	0.9	8.7 - 10.5
	Надежда	9.7	1.2	8.5 - 10.9
	Сексуальность	9.5	1.3	8.2 - 10.8
	Акцепт	9.2	1.0	7.2 - 10.2
	Вера	8.6	1.7	6.9 - 10.3

Проверка соревновательной валидности опросника представляла определенную сложность, поскольку для этого не существовало адекватного диагностического инструментария. С этой целью были исследованы корреляции с личностными конструктами, позволяющими выделить людей с разным уровнем самоопределения, психологического благополучия и жизнестойкости. В таблице 2 представлены корреляции между актуальными способностями и другими личностными конструктами, характеризующими самореализующуюся личность.

Таблица 2.

Корреляции между шкалами WIPPF и показателями психологического благополучия

	Позитивные отношения	Автономия	Овладение экологией	Личностный рост	Цель в жизни	Самопринятие	Психологическое благополучие	Самоопределение	Обязательства	Управление	Вызов
Упорядоченность	-.25	-.16	-.08	.18	-.09	-.15	-.14	-.05	-.28	-.25	**-.39***
Cleanness	-.26	-.21	-.27	.04	-.09	-.26	-.29	-.38	-.24	-.26	**-.45****
Punctuality	**-.51****	-.25	-.18	-.07	-.19	**-.38***	-.32	-.09	**-.45***	**-.39***	**-.48****
Politeness	-.07	-.15	.08	.45**	.19	.16	.18	.28	.16	.01	.04
С тех пор, как	.26	**.55****	**.26**	**.57****	**.55****	.39*	**.48****	**.39***	**.34***	.21	.19
Деятельность	.04	-.21	.27	**.46****	.18	.13	.05	.03	.16	.09	.06
Серьезность	.07	.24	.07	.26	.27	.29	.26	**.45****	.26	.13	.28
Thrift	**-.41****	-.30	-.28	-.17	-.19	**-.33***	**-.38***	-.25	-.17	-.26	-.26
Послушание	-.06	-.08	.05	.29	-.06	-.06	.04	-.19	-.18	-.07	-.19
Правосудие	.13	.09	.13	**.44****	**.33***	.27	.27	**.48***	**.39***	.19	.15
Fidelity	.07	.05	.09	.29	.25	.19	.18	**.59****	.28	.12	-.06
Терпение	-.07	.07	.18	.16	-.15	.08	.07	.25	-.18	-.07	-.06
Время	.14	**.38***	.27	.29	.19	.05	.27	.14	.18	.07	.07
Контакты	**.41***	.25	.26	**.66****	**.58****	**.39***	**.58****	**.35***	**.59****	**.48****	**.44***
Доверие	**.55****	**.38***	**.42****	**.46****	**.49****	**.55****	**.58****	**.65****	**.53****	**.43***	**.36***
Надежда	**.56****	**.43****	**.53****	**.58****	**.69****	**.63****	**.72****	**.57****	**.79****	**.74****	**.55****
Сексуально	**.47****	.19	.11	.32	**.39***	**.47****	**.38***	**.33***	**.56****	**.44****	**.41***

Реакция на

Тело 7.5 1.9 5.6 - 9.4
Достижения 8.1 1.9 6.2 - 10.0
Контакты 7.3 1.8 5.5 - 9.1
Будущее 8.2 1.8 6.4 - 10.0
Я - мать 8.0 2.0 5.4 - 10.6
Я - отец 8.0 2.9 5.1 - 10.9
I - другие 6.6 2.9 3.7 - 9.5
Вы 8.1 2.6 5.5 - 10.7
Мы 8.3 2.4 5.9 - 10.7
Первичная I 7.0 2.4 4.6 - 9.4

Размер модели

*Примечание: * - корреляция значима на уровне 0,05; ** - корреляция значима на уровне 0,01*

Данные, представленные в таблице 2, свидетельствуют: во-первых, о постоянстве значимых связей; во-вторых, о

возможные способы психологической помощи для достижения позитивных жизненных приоритетов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что контакты, доверие, надежда, сексуальность способствуют позитивным отношениям, а завышенная пунктуальность и бережливость, напротив, вносят плохой вклад. Автономии и самоопределению способствуют искренность, время, серьезность, принятие, справедливость, доверие, надежда и т. д. Личностный рост связан с вежливостью, искренностью, справедливостью, контактами, доверием, надеждой и верой.

В целом, следует отметить особую важность первичных способностей в достижении позитивных жизненных приоритетов, которые коррелируют практически со всеми диагностируемыми показателями.

Описанные корреляции, на наш взгляд, очень логичны и раскрывают психологические ресурсы индивида, развитие которых будет способствовать удовлетворенности жизнью во всех областях модели баланса.

Заключение

1. Проведенное эмпирическое исследование психометрических характеристик WIPPF показало достаточно хорошую внутреннюю согласованность шкальных утверждений, достаточную надежность и валидность опросника по отношению к таким конструктам, как психологическое благополучие, психологическая устойчивость и самоопределение.

2. Корреляции, выявленные в ходе конкурсного тестирования валидности, свидетельствуют о наличии у индивида психологических ресурсов, способствующих достижению позитивных жизненных приоритетов и психологического здоровья.

3. Украиноязычная версия опросника хорошо вписывается в концептуальный круг наук о позитивной психике и может быть использована в качестве исследовательского метода в психологии личности.

4. В задачи исследования на ближайшее время должно входить определение прогностической валидности исследуемой украиноязычной версии в отношении показателей психологического здоровья, качества жизни и удовлетворенности жизнью.

Ссылки

[1] **АНТОНОВСКИЙ, А.** (1993). Структура и свойства шкалы "Чувство согласованности". *Социальные науки и медицина, 36,* 725-733

[2] **ДЕЦИ Э.Л., РАЙАН Р.М.** (2002). Исследования самоопределения: размышления и будущие направления. *Справочник по исследованиям самоопределения.* Rochester, NY, 431-441.

[3] **ДЕРГАЧЕВА, О, ДОРФМАН, Л, И ЛЕОНТЬЕВ, Д.** (2008). Русскоязычная адаптация опросника каузальных ориентаций [Русскоязычная адаптация шкалы общей причинно-следственной ориентации]. *Вестник Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология, 3,* 91-106.

[4] **ЛЕОНТЬЕВ, Д., И РАССКАЗОВА, Е.** (2006). *Тест жизнестойкости [Тест психологической выносливости]*. Москва: Смысл.

[5] **МАДДИ, С., И ХОШАБА, Д.** (1994). Упорство и психическое здоровье. *Journal of Personality Assessment, 63(2),* 265-274.

[6] **MESSIAS, E., PESESCHKIAN, H, CAGANDE, C**. (редакторы) (2020). *Позитивная психиатрия, психотерапия и психология - клинические приложения.* Springer International Publishing, Cham.

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

[8] **РЕММЕРС, А.** (1996). WIPPF 2.0 int. Транскултурная адаптация психотерапевтического опросника WIPPF для международного использования. Теоретические и практические аспекты. WIPPF 2.0 int. - Транскултурална обработка на психотерапевтичния въпросник WIPPF за международно приложение / теоретически и практически аспект. *Журнал Позитум, Варна, февраль 1996,* 13-28.

[9] **РАЙФФ, К.** (1995). Пересмотр структуры психологического благополучия. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 719-727.

[10] **СЕРДЮК Л., ДАНИЛЮК И., ЧИХАНЦОВА О.** (2019). Психологические факторы жизнестойкости выпускников средней школы. *Социальное благополучие. InterdisciplinaryApproach , 1,* 93-103. DOI: https://doi.org/10.21277/sw.v1i9.454

[11] **Шевеленкова, Т. и Фесенко, Т.** (2005) Психологическое благополучие личности [Психологическое благополучие индивида]. *Психологическая диагностика*, *3*, 95-121.

Благодарность

Авторы выражают благодарность доктору Хамиду Песешкиану, MD, DM, DMSc, директору Висбаденской академии психотерапии, Висбаден, Германия, за поддержку.

МОДЕЛЬ РАВНОВЕСИЯ В РУССКОЙ И КИТАЙСКОЙ КУЛЬТУРЕ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Татьяна Ильина
Психолог, частная практика (Благовещенск, Россия)
Сертифицированный позитивный психотерапевт
Электронная почта:
tatianailina612@gmail.com

Получено 15.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

Данная статья посвящена транскультурным аспектам модели баланса Пешкиана. Цель - провести предварительное исследование балансовых моделей российских и китайских респондентов, осуществить количественную характеристику балансовой модели двух групп и сравнить количественные характеристики балансовой модели российской и китайской выборочной группы. Объект исследования: населенные пункты России и Китая в соответствии с балансовой моделью Н. Песчкяна. Задачи: сформировать две контрольные группы для исследования; составить анкету на русском и китайском языках для проведения исследования; изучить модель населения Китая (группа 1) с помощью анкеты; изучить модель населения России (группа 2) с помощью анкеты; провести сравнительный анализ количественных показателей группы 1 и группы 2 по четырем направлениям балансовой модели Н. Песешкиана. Были измерены количественные показатели четырех сфер модели баланса группы 1 и группы 2 и проведено сравнение количественных показателей. Было обнаружено, что сфера смыслов и сфера контактов количественно мало отличаются в группе 1 и группе 2, а в сферах активности и сфере тела имеются значительные количественные различия группы 1 и группы 2. Подробные результаты исследования были представлены в таблицах и диаграммах.

Ключевые слова: Позитивная психотерапия, модель баланса, Россия, Китай, транскультуральность.

Введение

Многие авторы признают, что нахождение баланса в жизни имеет решающее значение для психологического благополучия и качества жизни различных групп населения и отдельных людей. Живя в Благовещенске, Россия, который находится на границе с китайским городом Хэйхэ, и вдохновившись идеей Песешкиана (2016) о модели баланса, автор заинтересовался предварительным изучением содержания модели баланса русских и китайцев и сравнением количественных различий между ними, чтобы создать предварительную основу для более глубокого изучения специфики модели баланса и отдельных областей БМ этих двух культур, что, несомненно, имеет значение для развития транскультурных исследований.

Методология

Метод сравнительного анализа был выбран как наиболее универсальный и удобный для предварительного исследования темы статьи, чтобы глубже понять общие черты и различия в сферах Модели баланса двух групп и предварительно сравнить их количественные показатели. Объектом данного исследования являются 4 сферы жизни в Модели баланса Носсрата Песешкиана (Песешкиан, 2016) применительно к жителям России и Китая. Для данного исследования была создана анкета (Приложение 1, 2) на русском и китайском языках, в которой участники отвечают на вопросы о том, как они ощущают каждую из сфер Модели баланса (тело, достижения, контакты, смысл/будущее) в своей повседневной жизни, и оценивают, насколько велика доля их

ISSN 2710-1460WAPP

жизненной энергии и времени приходится на каждую сферу Модели баланса. Для этого участники были разделены на две группы.

Группа 1 - жители Китая, 20 человек из Пекина, Шеньяна, Цзинаня, Чжэнчжоу, работающие в сферах: торговля/услуги, иностранные языки, образование, IT, производство оборудования, родившиеся с 1980 по 1996 год, 10 мужчин, 10 женщин.

Группа 2 - жители России, 20 человек из Москвы, Санкт-Петербурга, Барнаула, Благовещенска, Корсакова, работающие в: IT, торговля/услуги, геология, медиа, энергетика, строительство, иностранные языки, родились с 1980 по 1996 год, 10 мужчин,
10 женщин.

Группы 1 и 2 идентичны по возрасту и полу. Затем с помощью опросника была исследована Модель баланса участников из Китая и России. Затем был проведен сравнительный анализ количественных показателей группы 1 и группы 2 по 4 направлениям Модели баланса.

Результаты

Средние значения балансовых моделей в группах 1 и 2 (табл. 1).

Таблица 1.

Средние значения балансовой модели. Группа 1

Тело %	Достижения, %	Контакты, %	Значение/ Будущее,

Для удобства данные исследования были объединены в диаграмму:

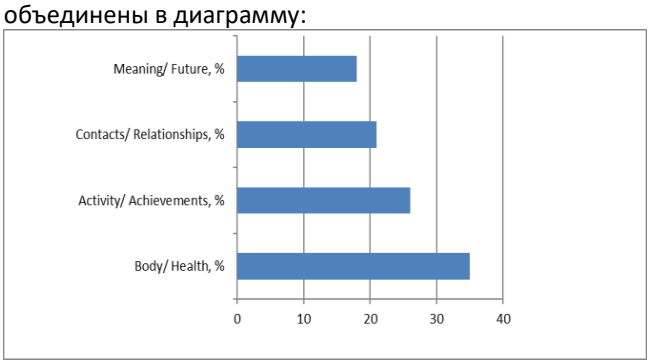


Рис. 1. Средние значения модели баланса. Группа 1

Как видно из графика, в Китае больше всего времени и внимания уделяется сфере Тела (35%), за ней следует сфера Деятельности (26%), затем Контакты (21%) и Смыслы (18%). Сравнение результатов Модели баланса в зависимости от пола для группы 1 показало (табл. 2):

Таблица 2.

Результаты балансовой модели. Группа 1

	Тело, %	Достижения, %	Контакты, %	Значение / Будущее, %

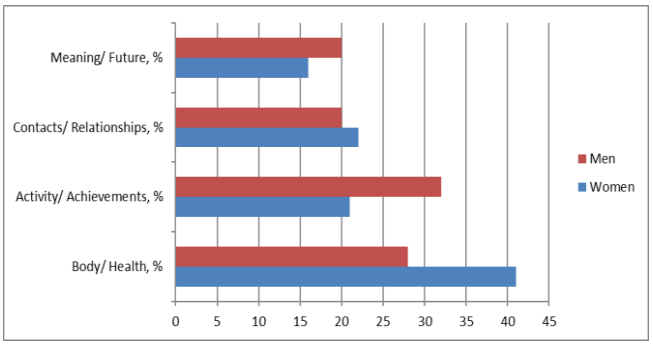


Рис. 2. Средние значения Модели баланса в зависимости от пола. Группа 1

Женщины уделяют области "Тело" на 13% больше внимания и времени, чем мужчины, а мужчины уделяют области "Активность" на 11% больше, чем женщины. В сфере Контактов различия минимальны, женщины уделяют сфере Контактов на 2 % больше внимания, чем мужчины. В сфере Смыслов различия также невелики, мужчины уделяют сфере Смыслов на 4 % больше внимания, чем женщины.

Таблица 3.

Средние значения модели баланса. Группа 2

Тело %	Достижения, %	Контакты, %	Значение/ Будущее, %
17	46	22	15

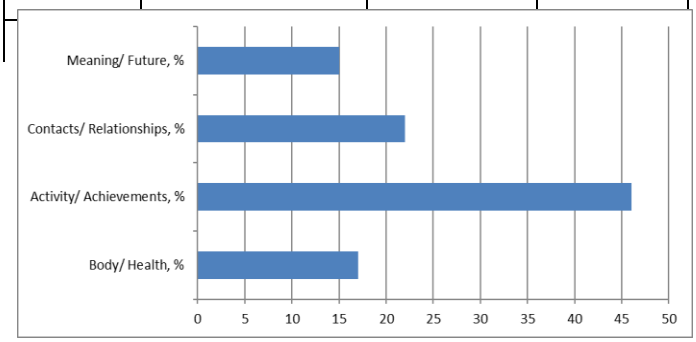


Рис. 3. Средние значения модели баланса. Группа 2

Как видно из графика, в России больше всего времени и внимания уделяется сфере Деятельности (46%), за ней следует сфера Контактов (22%), затем сфера Тела (17%) и Смыслов (15%). Сравнение результатов Модели баланса в зависимости от пола (табл. 4).

Таблица 4.

Результаты балансовой модели. Группа 2

	Тело, %	Достижения, %	Контакты, %	Значение / Будущее, %

Женщины	41	21	22	16
Мужчины	28	32	20	20

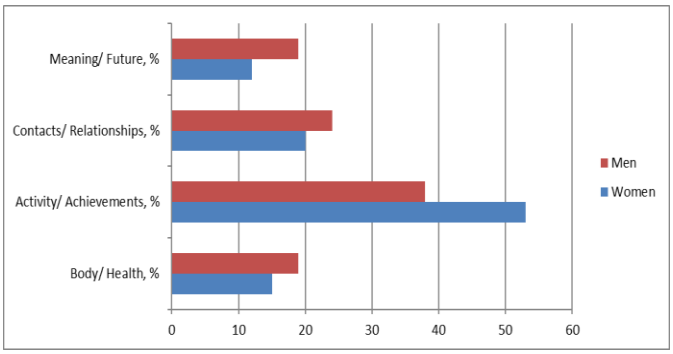


Рис. 4. Средние значения модели баланса в зависимости от пола Группа 2.

Мужчины уделяют телу на 4% больше внимания и времени, чем женщины, а женщины уделяют области "Активность" на 15% больше внимания, чем мужчины. В области Контактов различия минимальны, мужчины уделяют Контактам на 4 % больше внимания, чем женщины. В сфере Смысла мужчины уделяют на 7 % больше внимания, чем женщины.

2.1. Сравнительный анализ вовлеченности в сферу Тела/Здоровья.

Сфера Тела в группе 1 содержит 35% от общего количества, в группе 2 - 17% от общего количества. Было обнаружено, что в группе 1 сфера Тела показывает на 18 % больше, почти в 2 раза больше; разрыв довольно внушительный. Подробно анализируя содержание сферы Тела, мы попытаемся понять, в чем сходства и различия между обеими группами участников в этой сфере и почему количественная разница так велика.

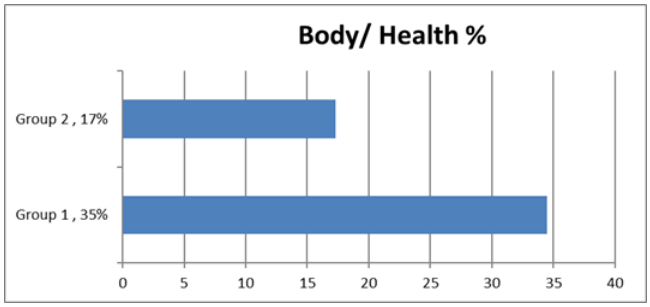
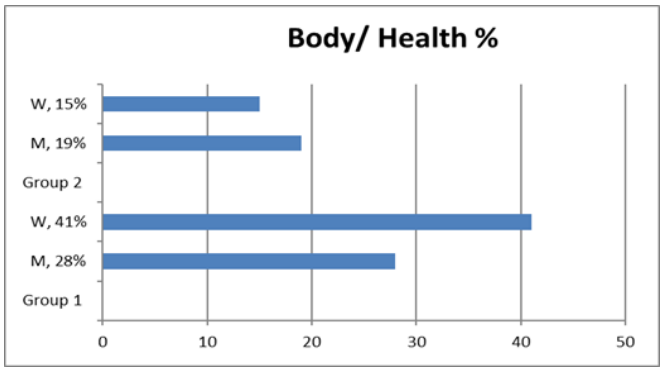


Рис. 5. Диаграмма. Сравнение количественных значений вовлеченности в сферу Тела в группе 1 и группе 2

На диаграмме ниже показано, как распределяются показатели вовлеченности в сферу Тела в зависимости от пола в каждой группе участников. Из диаграммы видно, что мужчины из группы 1 на 13 % меньше вовлечены в сферу Тела, чем женщины из группы 1. Эта разница контрастирует с мужчинами из группы 1, которые тратят на 11 % больше времени и энергии в сфере Деятельности, чем женщины из группы 1. Что касается группы 2, то разница в вовлеченности в сферу Тела между мужчинами и женщинами не является значительной.

как и в группе 1, что свидетельствует о том, что мужчины на 4% больше вовлечены в эту область тела, чем женщины.

Рис. 6. Диаграмма. Сравнение количественных значений уровня вовлеченности в сферу Тела у мужчин и женщин в группе 1 и группе 2



На диаграмме показано объединение в числовом выражении вовлеченности в сферу тела мужчин и женщин в группах 1 и 2. Ниже представлены варианты конкретных видов деятельности и поведения, составляющих эти совокупности взаимодействия со Сферой Тела в каждой группе участников. Для этого будут рассмотрены конкретные ответы на отдельные вопросы анкеты. Анализ этих ответов позволил выявить частоту и тенденции конкретных видов поведения, о которых шла речь в опроснике.

Группа 1: Ответы жителей Китая. Все 20 респондентов написали, что рано ложатся спать и рано встают по утрам. 17 человек отметили, что регулярно ходят пешком, ходят в парк по утрам или ездят на велосипеде на работу и обратно. 6 человек отметили, что следят за тем, чтобы их питание было сбалансированным, стараются есть вовремя, едят много фруктов и овощей. 9 человек сказали, что занимаются спортом (футбол, баскетбол, бег трусцой, плавание), ходят в тренажерный зал, танцуют или занимаются физкультурой.

Группа 2: Ответы жителей России. 7 человек из группы 2 отметили, что дома они обычно отдыхают пассивно. На плохой сон пожаловались 11 человек, хорошим сном не похвастался никто. 10 респондентов рассказали, что следят за красотой, отмечают визиты к косметологу и ежедневно проводят активный косметический уход в домашних условиях (SPA, увлажнение кожи). 5 из 20 респондентов сообщили, что регулярно следят за своим здоровьем и посещают врачей. 6 человек гуляют на свежем воздухе, а 3 респондента сказали, что выезжают на природу, чтобы отдохнуть. Еще 3 человека отдыхают на рыбалке и 2 на охоте, 3 ходят в вапорариум, 11 занимаются спортом (волейбол, тренажерный зал, йога, лыжи, велосипед, сноуборд). 8 человек сказали, что вообще не занимаются спортом. 1 человек отметил, что следит за своим питанием, и 1 человек ответил, что любит вкусную еду. 1 человек периодически ходит на массаж. 2 человека расслабляются, играя в компьютерные игры, и 1 человек расслабляется с помощью интеллектуальных игр. 1 человек отметил, что расслабляется, смотря фильмы, занимаясь рукоделием и играя с ребенком.

2.2. Сравнительный анализ вовлеченности в сферу Деятельности/Достижений

Сфера деятельности в группе 1 составляет 26%, а в группе 2 - 46% от общего количества времени и энергии участников, разница в балансе означает, что группа 2 уделяет сфере деятельности на 20% больше времени и сил, чем группа 1; визуально разница чуть меньше, чем в 2 раза. Это довольно много, несмотря на то, что группа 2 близка к 50 %, а группа 1 находится в оптимальном положении Модели баланса - равном распределении энергии и времени в четырех сферах жизни.

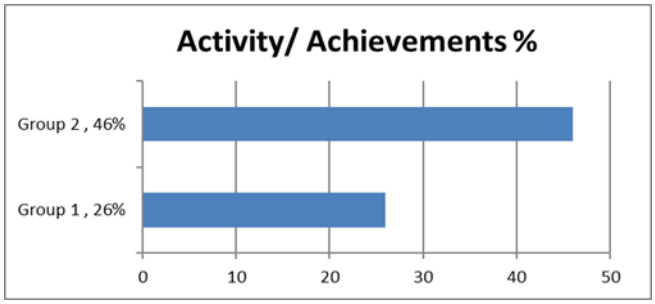
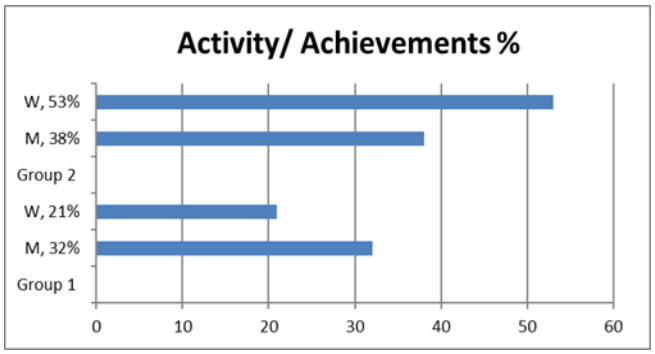


Рис. 7. Диаграмма. Сравнение количественных значений уровня вовлеченности в сферу деятельности у мужчин и женщин в группе 1 и группе 2

На диаграмме ниже показано, как распределяются показатели вовлеченности в Сферу деятельности/достижений в зависимости от пола в каждой группе участников. Мужчины в группе 1 работают на 11 % больше, чем женщины в группе 1 (почти 1/3). В группе 2 уровень достижений выше у женщин - они работают на 15 % больше, чем мужчины. Я могу предположить, что это связано с загруженностью женщин в группе 2, домашними делами и воспитанием детей. Более детально проанализировать это неравенство и выявить причины такой большой разницы



в рамках данного исследования не представляется возможным.

Рис. 8. Диаграмма. Сравнение количественных значений уровня вовлеченности в сферу деятельности/достижений у мужчин и женщин из группы 1 и группы 2

Группа 1. 5 человек из группы 1 отметили, что их работа связана с периодическими или ежедневными перегрузками, двое из них работают по 10-12 часов (перерабатывают по 2-4 часа), двое работают по 9-10 часов в день, а один сообщил, что работает столько часов в течение недели, что это равно 6-му рабочему дню. 13 человек из группы 1 отметили, что работают без перегрузок, по 8 часов 5 дней в неделю.9 человек из группы 1 занимаются воспитанием детей.

Группа 2. В группе 2 13 человек перегружены работой, 4 из них имеют 6-дневную рабочую неделю, двое работают по 12-14 часов в день и
4 человека регулярно задерживаются на работе на 30-90 минут. 6 человек из группы 2 отметили, что работают без переутомления, по 8 часов 5 дней в неделю. 11 человек из группы 2 занимаются воспитанием детей. 2 из них сказали, что занимаются воспитанием маленьких детей практически круглосуточно. 9 из 10 женщин в группе 2 отметили, что регулярно занимаются домашними делами. 6 из 10 мужчин в группе 2 отметили, что регулярно занимаются домашними делами.

2.3. Сравнительный анализ уровней вовлеченности в сферу контактов/отношений

Сфера "Контакты" в группе 1 составляет 21%, а в группе 2 - 22% от общего количества времени и энергии участника. Существенных различий в уровне вовлеченности в эту сферу в целом между двумя группами не обнаружено.

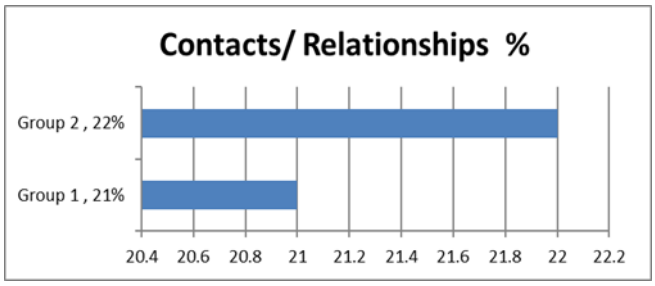


Рис. 9. Диаграмма. Сравнение количественных значений уровней вовлеченности в сферу контактов в группе 1 и группе 2

На диаграмме ниже показано, как распределяются показатели вовлеченности в Сферу контактов/отношений в зависимости от пола в каждой группе участников. На первый взгляд видно, что различия между женщинами и мужчинами в обеих группах невелики. В группе 1 женщины демонстрируют на 2 % большую вовлеченность в сферу контактов, чем мужчины. В группе 2 мужчины демонстрируют на 4 % большую вовлеченность в эту область, чем женщины.

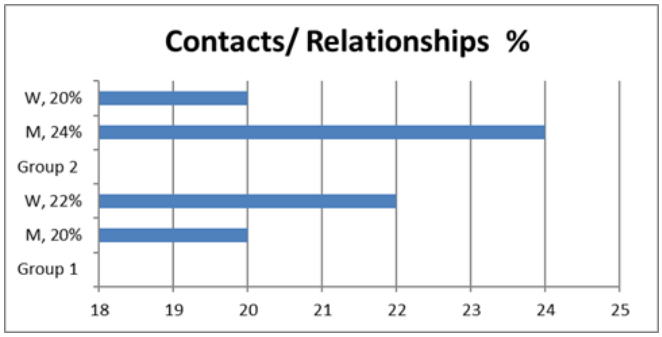


Рис. 10. Диаграмма. Сравнение количественных значений уровней вовлеченности в сферу контактов у мужчин и женщин в группе 1 и группе 2

Группа 1. Для группы 1 обычным делом является встреча с друзьями за ужином. 12 из 20 человек отметили, что часто встречаются с друзьями и обедают вместе. Это неотъемлемая часть сферы контактов в Китае. Приведу несколько цитат из исследования о вовлеченности в сферу контактов, переведенных с китайского. "У меня не так много друзей, настоящих друзей - всего несколько человек, но я очень довольна. Каждый вечер я возвращаюсь домой и общаюсь с друзьями, нам всем очень хорошо и мы счастливы вместе, выходные я провожу с семьей". " "У меня есть друзья, но обычно я общаюсь с членами семьи, особенно с женой. По выходным я обычно куда-нибудь езжу развлекаться с женой". " "У меня есть друзья, мы часто устраиваем совместные ужины, смотрим фильмы". "Обычно мы собираемся с друзьями, чтобы поесть, или общаемся по телефону".

Группа 2. Для группы 2 я выборочно привожу цитаты из исследования о том, как члены этой группы на самом деле вовлечены в сферу контактов. "У меня есть друзья, мы встречаемся несколько раз в неделю, я уделяю своим дочерям 1-2 часа в день". "Мой круг друзей резко ограничен. Почти все свободное время я провожу с семьей". "С друзьями я бываю 2-3 раза в месяц и по праздникам, с семьей - ежедневно". "У меня есть друзья, с которыми я встречаюсь нечасто. Я провожу почти все свое свободное время с семьей, женой и ребенком". "У меня всего несколько друзей, но кажется, что эти дружеские отношения имеют какое-то серьезное качество. Иногда мы встречаемся с родственниками, иногда с друзьями, много переписываемся. Много времени я провожу с семьей. Мы любим валяться, стонать и ничего не делать".

2.4. Сравнительный анализ уровней вовлеченности в сферу Смысла/Будущего

Сфера смыслов в группе 1 составляет 18%, а в группе 2 - 15% от общего количества времени и энергии участников. В этой сфере жизни разница в 3 % между двумя группами невелика.

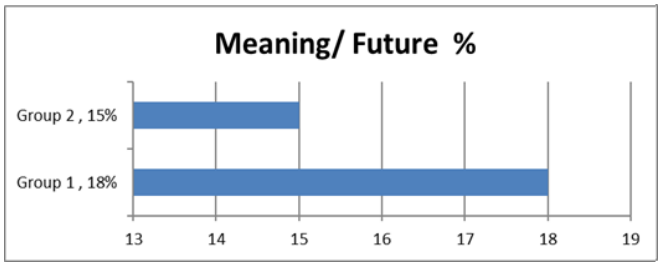


Рис. 11. Диаграмма. Сравнение количественных значений уровней вовлеченности в сферу Смыслов у мужчин и женщин в группе 1 и группе 2

На диаграмме ниже показано, как распределяются показатели вовлеченности в Сферу смысла в зависимости от пола в каждой группе участников. На первый взгляд видно, что различия между женщинами и мужчинами в обеих группах невелики. В группе 1 мужчины демонстрируют на 4 % больше вовлеченности в Сферу смысла, чем женщины. В группе 2 различия чуть более существенны - мужчины демонстрируют на 7 % большую вовлеченность в сферу смысла/будущего, чем женщины.

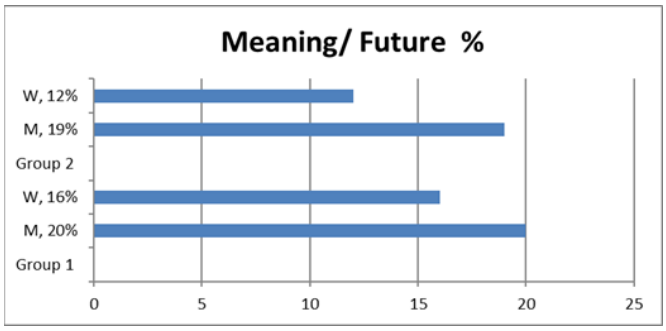


Рис. 12. Диаграмма. Сравнение количественных значений уровней вовлеченности в сферу смысла/будущего у мужчин и женщин в группе 1 и группе 2

Группа 1. Один человек отметил, что считает себя религиозным. 13 из 20 человек строят планы на будущее. 14 из 20 человек в этой группе имеют хобби, среди которых: волейбол, танцы, чтение, просмотр телепередач, футбол, баскетбол, фитнес, пинг-понг, бадминтон, просмотр фильмов, компьютерные игры. Приведу несколько цитат из исследования вовлеченности в смысловую сферу, переведенных с китайского языка. "У меня есть хобби. Мои увлечения - латиноамериканские танцы, гимнастика и чтение. Я не религиозна. Мой план на будущее - приобрести коммерческую страховку для себя и своего ребенка, я уже осуществляю его. Я мечтаю, что в будущем смогу уехать из Китая и увидеть другие страны. "Я читаю книги. Я не религиозна. У меня нет конкретных планов на будущее". "Мое хобби - футбол. Я не религиозен. Мой план на будущее - открыть туристическое агентство. Я мечтаю побывать в каждом уголке Китая или в разных зарубежных странах".

Группа 2. 3 человека сказали, что считают себя религиозными. 10 человек из 20 строят планы на

будущее. У 15 человек есть хобби, у остальных либо нет хобби, либо нет свободного времени на него. Среди увлечений: охота, рыбалка, спорт, чтение, музыка и игра на музыкальных инструментах, поездки на природу, компьютерные и интеллектуальные игры, фотография, различные поделки. Приведу несколько цитат из исследования вовлеченности в смысловую сферу в группе 2: "Мои увлечения - компьютерные игры, интеллектуальные игры, рисование, воспитание ребенка, рыбалка, грибы. Я религиозен. " "У меня есть хобби, я люблю вязать, шить, читать книги. Я не религиозен. Я строю планы". "Мое хобби - музыка (исполнение). К религии я равнодушна. Мне интересно читать. Я больше не строю планов. Моя вовлеченность в сферу смыслов - это компьютерные игры".

Заключение

В результате ответов на анкеты, приведенные в приложениях к данной статье, были получены количественные результаты уровней вовлеченности в четыре сферы жизни по Модели баланса Носсрата Песешкиана в двух группах участников, одной из Китая, а другой из России, и проведен сравнительный анализ показателей. Результаты этого сравнения можно увидеть на диаграмме ниже:

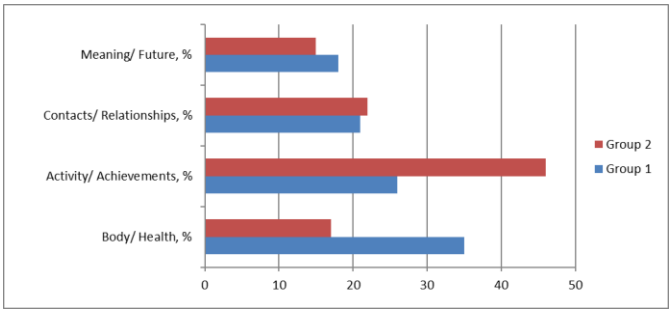


Рис. 13. Диаграмма. Сравнительная диаграмма 4 областей модели баланса в группе 1 и группе 2

Как показано на последней диаграмме, наиболее значительные различия в уровнях вовлеченности в Модель баланса наблюдаются между сферами Тела и Деятельность/достижения. В группе 1 сфера Тела занимает 35 % от всего объема, в группе 2 - только 17 %, причем в группе 1 сфера Тела задействована почти в два раза больше, чем в группе 2. И наоборот, сфера Деятельности в группе 1 составляет 26 % от всего объема, в то время как в группе 2 - 46 %. Эта разница в балансе показывает, что группа 2 уделяет сфере Деятельности на 20 % больше времени и энергии, чем группа 1. Видно, что жители Китая уделяют больше внимания Телу, чем россияне, а жители России уделяют больше времени и энергии сфере Деятельности. Количественные показатели в сфере контактов и смыслов в группе 1 и группе 2 отличаются незначительно. Сфера Контактов в группе 1 занимает 21%, а в группе 2 - 22%. Вовлеченность в сферу Смыслов также незначительно отличается между двумя группами: в группе 1 - 18%, а в группе 2 - 15%. Участники из России и Китая уделяют одинаковое количество времени/усилий Контактам и Смыслу.

Поэтому было проведено предварительное исследование, и на основе опроса двух групп и количественного сравнения данных было предварительно установлено, что в сферах модели баланса России и Китая существуют как значительные количественные различия в сфере деятельности и тела, так и незначительные количественные различия в сферах смысла и контактов.

Ссылки

[1] **ДАМИАН, О.** (2019). Жизнь в общинах кемпхилл: подход на основе модели баланса: доклад на конференции. *Всемирный конгресс по позитивной и транскультурной психотерапии (Кемер/Анталия, Турция).*

[2] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *Позитивная семейная* терапия*: Руководство по позитивной психотерапии для терапевтов и семей*. AuthorHouse UK, Блумингтон, США

[3] **СИНИЧИ, Э.** (2015). Модель баланса для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. *Международный журнал психотерапии 19(3).*

Приложение 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！

Приложение 2.

Здравствуйте! Меня зовут Татьяна, я психолог, приглашаю вас принять участие в моем дипломном исследовании, прошу вас ответить на несколько вопросов. Спасибо за участие!

1.	* объяснение 4 областей модели баланса:
Год рождения：	1) Сфера тела/здоровья: здоровье, питание, сон, спорт, танцы, йога, тренажерный зал, пробежки по утрам, фитнес, красота и личный уход, походы к парикмахеру и массажисту, здоровый образ жизни, отдых, прогулки, сексуальность, а также эмоциональность - то есть все, что связано с телом и заботой о нем.
Секс：	2) Сфера деятельности/достижения: работа, бизнес, обучение, профессиональное развитие, воспитание детей, общественная деятельность, домашние дела.
Место：	3) Сфера контактов/отношений: отношения с близкими людьми, с которыми вам нравится общаться, с целью эмоционального обмена, встречи с друзьями, воскресные походы к бабушке за пирожками, (деловое общение не здесь, общение с любимой девушкой/другом здесь, а прогулка с подругой затронет сферу тела и сферу контактов).
Сфера работы / учебы：	4) Сфера значения/будущего: ваши религиозные, философские, политические взгляды, увлечения, размышления о значении жизни, мечты и фантазии, цели, творчество, построение планов на будущее, чтение книг и т.д.

2. Четыре сферы модели "Баланс".

2.1. Пожалуйста, заполните таблицу ниже, основываясь на своем личном опыте. Прокомментируйте, какие вопросы заполнены в каждой из областей вашей модели баланса?

Тело/Здоровье: Как вы расслабляетесь? Хорошо ли вы спите? Следите ли вы за красотой и здоровьем? Что вы делаете для этого? Занимаетесь ли вы спортом? Как вы принимаете заботитесь о своем теле? Чем еще вы наполняете свою телесную сферу? Ваш ответ:	Деятельность/достижения: Работаете ли вы / учитесь? Сколько дней и часов в неделю? Занимаетесь ли вы переработкой мусора? Занимаетесь ли вы домашними делами? Воспитываете детей? Что еще вы заполняете в своей сфере деятельности? Ваш ответ:
Значение / Будущее: Есть ли у вас хобби? Какое именно Считаете ли вы себя религиозным человеком? Читаете ли вы книги? Строите ли вы планы на будущее? Чем еще вы наполняете свою сферу смыслов? Ваш ответ:	Контакты/отношения: Есть ли у вас друзья? Часто ли вы встречаетесь с друзьями и родственниками? Сколько времени вы проводите со своей семьей? Чем вы любите заниматься с друзьями / семья? Что еще вы заполняете в своей контактной сфере? Ваш ответ:

2.2. Отметьте, пожалуйста, сколько % вашей жизненной энергии и времени приходится на каждую сферу? * сумма должна быть 100%

Тело/Здоровье ____%	Деятельность/достижения ____%

Значение/ Будущее_%	Контакты/отношения_____%

Большое спасибо за помощь и участие!

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА "ТРЕВОГИ РАЗЛУКИ" ГЛАЗАМИ МЕТОД ПОЗИТИВНОЙ И ТРАНСКУЛЬТУРНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Елена Дражева
Аспирант, сертифицированный позитивный психотерапевт Психолог и психотерапевт в Центре психосоциальной поддержки "Думай иначе" (София, Болгария) **Email:** drajevae@gmail.com

Получено 21.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

В статье представлены результаты предварительного исследования, которое является частью подготовки диссертации на тему: "Влияние родительского поведения на тревогу разлуки у детей в возрасте от 1,5 до 5 лет". В статье рассматривается взаимосвязь между симптомами и проблемами детей, проявляющих тревогу разлуки при поступлении в детский сад, и опытом их родителей. В предварительном исследовании приняли участие 38 родителей и их дети, проявляющие тревогу при разлуке. В исследовании использовались инструменты Позитивной психотерапии, которая предоставляет возможность диагностики детско-родительских отношений и поддерживающего вмешательства.

Ключевые слова: Позитивная психотерапия, тревога разлуки, родитель-ребенок, текущие способности.

Введение

Один из семейных кризисов, который заставляет родителей испытывать себя на прочность и направляет их на поиски психотерапевтических клиник, связан с началом посещения детьми яслей/детского сада. Сентябрь - время, когда психотерапевтические кабинеты заполняются родителями и детьми, предпринявшими неудачную попытку сепарации, когда дети начинают ходить в детский сад и адаптироваться к новому месту. Тревога, которую испытывают дети, иногда настолько сильна, что вызывает переживание вины у родителей, которые в свою очередь винят детские сады, закон, учителей и т. д. и, наконец, обращаются к специалистам.

Согласно Фрейду (1991), тревога возникает, когда появляется угроза нарушения близости между ребенком и его матерью. Это проявление протеста против возможной разлуки, которая необходима для существования маленького человека. Гарри Салливан (Стаматов, 2006) определяет тревогу как межличностную эмоцию, проявляющуюся в фрустрация отношений между ребенком и матерью. Эмоции возникают в результате переживания утраты, ассоциируясь с потерей безопасности и любви, что влечет за собой чувство беспомощности и безнадежности. Тревога - это экзистенциальная проблема, связанная с противоречием между безопасностью и незащищенностью, между близостью и разлукой.

Е. Эриксон (1996), в свою очередь, устанавливает связь между тревогой и страхом потери идентичности. Тревога и любовь являются основными мотивами идентификации, а родительская любовь интернализируется в ребенке в виде доверия, безопасности и приемлемости, что является основой для позитивной самооценки. Когда такое поведение поддерживается родителями, оно становится устойчивой моделью. Точно так же и тревога может быть интернализована и стать устойчивым опытом для ребенка.

Возникновение тревоги связано с появлением двух переживаний:

- Опыт разлуки, соответственно, потери;
- Переживания, связанные с потерей любви (отвержение).

ISSN 2710-1460WAPP

Каждый день ребенок сталкивается с моментами одобрения или неодобрения. Реакции матери, связанные с несогласием, гневом, наказанием, могут быть восприняты ребенком как потеря любви со стороны значимых для него фигур, что может повлиять на его самооценку. Переживание, связанное с окончательной потерей любви, является вариантом переживания последующей сепарации.

По мнению Джона Боулби (2005), материнская забота в раннем детстве так же важна для психического здоровья, как витамины и белок для физического здоровья. Это формирует неразрывную, симбиотическую и целостную систему "родитель-ребенок", в которой две основные стороны (обычно мать и ребенок) взаимозависимы в своих потребностях.

Для ребенка разлука - это не только разрыв внешней связи, разрушение этой связи - это переживание потери части самого ребенка.

Подводя итог вышесказанному, становится ясно, что при исследовании тревоги ребенка необходимо учитывать опыт его родителя, поскольку поведение ребенка тесно связано с презентацией родителя как референтной личности. Часто, когда родители приводят ребенка в психотерапевтическую клинику с проблемой тревоги разлуки, их внимание сосредоточено только на ребенке, и они ожидают, что терапевт будет работать только с ребенком, чтобы он перестал беспокоиться.

Обзор литературы показывает, что тема тревоги разлуки и взаимосвязи между переживаниями ребенка, представленными его реакциями и реакциями родителей, является актуальной областью для исследований. На момент проведения исследования информация о наблюдаемом феномене была найдена в работе Dallaire, D., Weinraub, M. (2006). В их исследовании доказано, что модель привязанности является основополагающей для понимания развития тревоги разлуки у 6-летних детей, которая, с одной стороны, не затрагивает проблемы, связанные с психологическим и социальным развитием детей, а с другой - охватывает группу, отличную от изученной нами (1, 5 - 5 лет). В Болгарии не найдено ни одного источника данных по этой теме.

Методология

Объектом исследования являются отношения между матерью (родителями) и ребенком при поступлении в детский сад/ясли.

Предмет исследования: Тревога разлуки у детей в возрасте от 1,5 до 5 лет при разлуке с родителями в связи с поступлением в детский сад/ясли

Цель исследования - изучить взаимосвязь между тревогой детей при разлуке и реакцией родителей.

Методы исследования:

1) Контент-анализ данных по модели обработки конфликтов - области: тело, деятельность, контакты, будущее/фантазии и данных Дифференциально-аналитического опросника (DAI);

2) Обработка индивидуальной информации в совокупности на основе процентного соотношения.

Исследование носит предварительный характер и является частью моей диссертации на тему: "Влияние родительского поведения на тревогу разлуки у детей в возрасте от 1,5 до 5 лет" и продолжается с расширением экспериментальной выборки.

В исследовании приняли участие родители 38 детей в возрасте от 2 до 4 лет, 20 мальчиков и 18 девочек, испытывающих тревогу разлуки.

Результаты

Модель переработки конфликта предоставляет хорошее поле для диагностики происходящего в диаде родитель-ребенок, где расхождение ожидаемого и реального поведения у обеих сторон становится основой для развертывания конфликтных переживаний (тревоги, фрустрации, страха, печали, неудовлетворенности и т. д.). Родители хорошо описывают свою реакцию на ежедневно повторяющуюся ситуацию - приведение и оставление ребенка в детском саду или яслях, более чем у половины (65%) локализация конфликта находится в области: "Будущее/Фантазии", здесь присутствуют сомнения, недоверие и страхи, а у 35% - область: "Контакты", проявляющаяся через раздражение и недовольство. Дети, в свою очередь, реагируют на возникновение "разлуки" через симптом ("Тело"), отказ от деятельности ("Деятельность") и нежелание общаться с другими ("Контакт"), вместе с 38 родителями детей, проявляющих тревогу разлуки. возраст от 2 лет до 4 лет, 20 мальчиков и 18 девочек.

На рисунке 1 представлены данные о том, как то или иное событие влияет на детей и их родителей.

Рис. 1 Модель баланса

В области "Тело" 73 % детей выражают свою тревогу через плач (обрати на меня внимание, ты делаешь мне больно), ночное мочеиспускание (плач снизу), тошноту и рвоту (я хочу избавиться от этого чувства, освободиться от него), бессонницу (я начеку), нежелание есть (я не хочу и не могу ничего принимать), с другой стороны, 70 % матерей выражают свою тревогу через головную боль (лихорадочные мысли о происходящем и поиск решения),

бессонница (больше времени на попытки решить проблему и страх перед предстоящим днем) и напряжение (все зависит от меня). Становится ясно, что в обоих случаях речь идет о сильной тревоге.

В поле "Деятельность" у 80 % опрошенных родителей и детей основным чувством у обеих сторон является апатия. Проявлением этого чувства является нежелание ребенка играть и участвовать в любимых занятиях, а у матери пропадает желание делать работу по дому и заниматься любимым хобби.

В области "Контакты" для 81 % главное, чтобы обе стороны были исключены из внешнего мира, но сливались друг с другом, потому что только это приносит мир обоим. Ребенок не хочет контактировать со взрослыми, кроме матери, а мать, в свою очередь, устанавливает контакт с другими людьми (учителями, психологами), основываясь только на комментариях, связанных с тревогой ребенка. Помимо того, что мать не может установить хороший контакт с другими, она также не может установить контакт с собой (чтобы увидеть свою собственную вовлеченность в ситуацию), но считает, что проблема только в ребенке.

в поле "Будущее / фантазии" для 69% опрошенных общим для обеих сторон является беспомощность, которая у ребенка выражается в страхе потерять любовь: "Мама меня больше не любит!", страхе быть брошенным: "Мама не придет забрать меня обратно!", у родителя - в сильном чувстве растерянности и неуверенности", "Правильно ли я поступаю?", "Хороший ли я родитель?".

Использование дифференциально-аналитического подхода, где области поведения (реального или ожидаемого) описываются вторичными актуальными способностями (аккуратность, послушание, дисциплинированность, трудолюбие, надежность и др.), а области отношения (к себе, другому и окружению) описываются по содержанию через первичные актуальные способности (время, терпение, доверие, модель-образец, внимание, любовь и др.), позволило раскрыть готовность к конфликту.

В основе триггера, сопровождающего тревогу разлуки у детей, лежит вопрос о родительском поведении и о том, как родительские модели прямо или косвенно влияют на тревогу детей и возникновение нарушений привязанности. Исследование показало следующие результаты с точки зрения первичных актуальных способностей родителей. (рис. 2)

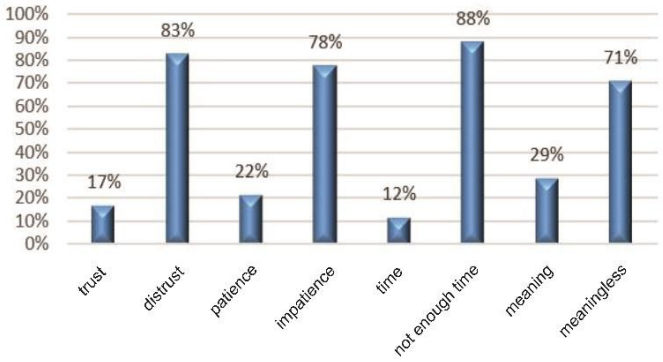


Рис. 2. Первичные актуальные способности у родителей

Для 80 % родителей крайне сложно доверить заботу о ребенке учреждению или другому взрослому, и они относятся к этому с выраженным недоверием. У 78 % наблюдается сильное нетерпение как по отношению к ситуации (ребенок привыкает и перестает плакать), так и по отношению к себе (я больше не могу выносить ситуацию). 88 % родителей пессимистично относятся к тому, что время имеет решающее значение и что со временем ребенок привыкнет, а также не проявляют готовности уделить время. Для 71 % разлука с детьми бессмысленна, и они считают ее "ограблением" детства.

Данные о вторичных актуальных способностях показали, что 65% родителей не уважают авторитеты (послушание, дисциплина), а 77% равнодушны к рекомендациям сотрудников детского сада и оспаривают введенные там правила (ответственность, порядок).

И родители, и дети испытывают одинаковые переживания, связанные с процессом расставания.

Ребенок активно ищет присутствия матери и требует, чтобы она постоянно разделяла каждый его новый опыт или чувства. Хотя ребенок уже не так зависим и беспомощен, как на предыдущих этапах своего развития, своим поведением он, кажется, стремится быть прямо противоположным. Для матери такое поведение кажется запутанным и противоречивым. Одни матери не могут смириться с постоянным требовательным поведением ребенка, другие не могут смириться с постепенным отделением ребенка от них и не могут принять тот факт, что их ребенок становится все более независимым и отдельным и больше не является их частью. В то же время ребенок все больше осознает свою самостоятельность, но не может полностью отделиться от матери, о чем свидетельствуют его постоянные попытки сделать что-то вместе с ней или подражать ей.

Глубокий анализ информации показывает, что часто родители даже не подозревают, как они проецируют собственные травмы на своих детей: "У меня очень плохие воспоминания из яслей!", "Это нормально, что он плачет, я тоже когда-то плакал", "Мои родители до сих пор рассказывают неприятные истории из моего пребывания в детском саду". Трудности, с которыми они сталкивались сами, легко передавались их детям и выводили на поверхность травму их собственного опыта.

Появление сильных (ресурсных) актуальных способностей, таких как: трудолюбие, любовь, безопасность, последовательность, надежность, как у ребенка, так и у родителя, нормализует переживания и позволяет им увидеть ситуацию под другим углом:

- 93 % родителей проявляют свою любовь;
- 90 % опрошенных проявляют нежность к ребенку;
- 87 % проявляют упорство в уходе за ребенком и самопожертвование.

Здесь очень важно, чтобы мать получила поддержку в признании и принятии ребенка как личности, не пытаясь подчинить его своим собственным предпочтениям и желаниям. Вербальная коммуникация и эмпатия - способности, которые важны в отношениях родителей с ребенком. По мнению Маргарет Малер (Mahler, 1979; Mahler et al., 1975), если мать разделяет переживания ребенка и

спокойно принимает их, ребенок строит любящий образ ее и происходящего, начинает подражать ей, и ребенок становится ее "тенью", а ее присутствие и эмоциональное участие - предсказуемым. . Когда мать чрезмерно заботлива и тревожна, грубо вмешивается в мир ребенка и чрезвычайно привязана к нему, она становится его "тенью", что мешает нормальному процессу индивидуализации и выходу из симбиотических отношений с ребенком. Чрезмерная забота матери о ребенке поддерживает иллюзию, что ребенок может функционировать только в симбиотических отношениях. Мать может быть эмоционально отстраненной, чтобы реагировать на порывы ребенка в первую очередь и рационально, что заставит ребенка направить большую часть своей энергии и навыков на попытки завоевать ее любовь, вместо того чтобы вкладывать эту энергию в свое собственное развитие, которое приведет к автономии.

Непринятие и отрицание разлуки со временем приводит к патологической зависимости от объекта и неспособности переносить фрустрации, исходящие от внешней реальности. То, насколько сильно ребенок будет испытывать тревогу во время разлуки, зависит от трех переменных, которые могут быть поддержаны в ходе терапевтического процесса.

Первый касается развития чувства "Я" у ребенка - в какой степени он воспринимает себя как самостоятельное человеческое существо и в какой степени он строит концепцию себя как автономного, насколько это опирается на способности, которые он уже развил в контакте с родителем, и как он связывает их с реальностью?

Вторая переменная связана с переживаниями, возникающими в связи с разлукой, а именно со степенью фрустрации и тем, как она переживается ребенком с точки зрения первичных актуальных способностей (я ожидаю от мамы: любви, внимания, безопасности) и родителем с точки зрения вторичных актуальных способностей (я ожидаю от ребенка: послушания, порядка, дисциплины).

Третья переменная связана со способностью ребенка интегрировать первичные и вторичные актуальные способности в отношения с несколькими людьми.

На этапах развития ребенку приходится отказываться от одних вещей, чтобы приобрести другие. Поход в детский сад - ключевой момент в существовании ребенка, который он хорошо перенесет, если родителям удастся продемонстрировать ребенку поддержку, не жалеть его. Важно прояснить не только социализирующую роль детских садов, но и их значение для психологического развития детей. Именно через пятишаговую модель интервенции Позитивной и Транскультурной психотерапии родители знакомятся с необходимостью "дозировать" любовь и устанавливать гибкие границы в контактах с ребенком. Например: На этапе наблюдения/дистанцирования терапевт учит родителей с любопытством наблюдать за тем, что происходит с их ребенком, как он меняется, что привлекает его внимание, что интересно этому ребенку и т. д.

На этапе инвентаризации родитель с помощью позитивного психотерапевта учится выяснять, что трудно для ребенка на данном этапе его развития, с чем он справляется без проблем и т. д. Во время первой сепарации и родитель, и ребенок претерпевают фундаментальные изменения в своих внутренних мирах, и эти изменения требуют психологической подготовки к переходу к автономии, что переживается эмоционально, особенно матерью.

Особое значение имеют три стадии. На языке позитивной и транскультурной психотерапии это привязанность - дифференциация - отделение. Процесс сепарации происходит бесконфликтно только после успешной дифференциации. Если говорить о хорошей дифференциации, то позитивное отношение родителей к тому, чтобы оставить ребенка в детском саду, будет звучать примерно так: "**Ты** одет и готов к посещению детского сада, **я** готов к работе. Сегодня **ты** будешь играть с другими детьми, спать в детском саду, а **я буду** работать на своей работе". А чтобы внушить ребенку, что происходящее - это не отделение, а отсоединение (подготовка к новой связи), родитель может отреагировать, например, так: "**Ты** останешься здесь с другими детьми и **няней**, а я пойду на работу. Когда ты выспишься и позавтракаешь, **я** приду и заберу тебя".

Заключение

Тревога, которая возникает, когда ребенок начинает посещать детский сад, значима как для него, так и для родителей. Детям этой возрастной группы свойственны сильное любопытство и желание самостоятельно познавать мир, и здесь эти характеристики возрастного кризиса уступают место страхам покинутости, потери любви родителей и неизвестности. Родители знают и понимают, что этот момент разлуки наступит. Они думают, что готовы к этому шагу, но обнаруживают, что им также необходимо встретиться со своими собственными страхами. Позитивная и транскультурная психотерапия дает возможность сформировать общую картину процесса и поддержать систему "родитель-ребенок", чтобы помочь им пройти через это испытание легче, гладко и без конфликтов.

Ссылки

[1] **Боулби, Дж.** (2005) *Надежная база*. Routledge. 224 p.

[2] **ДОЛТО, Ф. [DOLTO, F.]** (2012). *Когато се появилось детето* [Когда появляется ребенок]. София: Колибри. 448 с.

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

[4] **ЕРИКСЪН, Е. [ERIKSON, E.]** (1996). *Идентичност: Младост и криза* [Идентичность: Молодежь и кризис]. София: Наука и изкуство. 340 с.

[5] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *Позитивная психотерапия повседневной жизни: Руководство по самопомощи для отдельных людей, пар и семей с 250 историями болезни*, Блумингтон, США: AuthorHouse UK

[6] **СТАМАТОВ, Р. [СТАМАТОВ, Р.]** (2008). *Детска психология* [Детская психология]. Пловдив: Хермес. 407 с.

[7] **ФРОЙД, З. [ФРЕЙД, С.]** (1991). *Психология на сексуалността* [Психология сексуальности]. Христо Ботев. 198 с.

[8] **ЦИРКОВА, Д. [ЦИРКОВА, Д.]** (2007) *Психологично консултиране на деца, юноши и родители.* [Психологическое консультирование детей, подростков и родителей]. София: Център-за-психосоциална-подкрепаю 126 с.

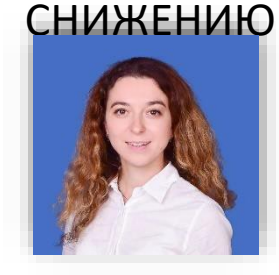
[9] **DALLAIRE, D., WEINRAUB, M.** (2006). Предсказание тревоги разлуки у детей в возрасте 6 лет: вклад безопасности привязанности между младенцем и матерью, материнской чувствительности и материнской тревоги разлуки.
Привязанность и человеческое развитие. 7(4). pp. 393-408

[10] **МАЛЕР, М.** (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] **МАЛЕР, М. С., Ф. ПАЙН И А. БЕРГМАНН**. (1975) *Психологическое рождение человеческого младенца. Симбиоз и индивидуация.* Нью-Йорк: 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)

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



Гела Бенд
Базовый консультант ППТ, слушатель мастер-курса, арт-терапевт Учебное заведение детский сад "Дебора" (Шэньчжэнь, Китай) **Email:** gelya86@yandex.ru

Получено 19.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

Эта статья посвящена использованию арт-терапии и терапии на основе природы в работе с тревогой у детей дошкольного возраста и развитии первичных способностей. Выявление эмоциональных расстройств, а также их профилактика и вмешательство могут помочь детям сохранить свое психическое здоровье. Терапия на основе природы в сочетании с экспрессивными искусствами может быть очень эффективна в помощи детям в изучении своих эмоций, самовыражении и развитии уверенности в себе. В частном детском саду "Дебора" (Шэньчжэнь, Китай) была реализована арт-терапевтическая программа (подход, основанный на терапии природой), направленная на снижение уровня тревожности у дошкольников.

Ключевые слова: тревожность, дошкольный возраст, начальные способности, арт-терапия, Позитивная психотерапия.

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 на 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 экологовом 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 игр, 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 определенный уровень тревожности свойственен всем людям и несет в себе положительную функцию - привлекает вниманиек возможным Трудностям, препятствиям для достижения цели, содержащимся в ситуации, и позволяет мобилизовать силы, тем самым помогая достичь наилучшего результата. То есть, нормальный уровень тревожности рассматривается как необходимый для эффективного приспособления к действительности (адаптивная тревога). Таким образом, когда ребенок испытывает беспокойство по поводу грядущего экзамена, или выступления на сцене перед публикой, мы говорим о реакции приспособления к нестандартным для него ситуациям. В то же самое время, нежелание посещать детский сад, игровые площадки, быть в людных местах без объективных на то причин (например, буллинг или физические травмы, полученные ранее), частые ночные кошмары - могут свидетельствовать о повышенном уровне тревожности. Внешними ее проявлениями удетей являются избыточностью 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 матерью и младенцем, Имея в виду, что имеющееся у матери напряжение тревоги индуцирует тревогу младенца. Он также отмечал, что потребность в устранении тревожности, по сути, равна потребности в межличностной надежности и безопасности, создание которой в раннем детском возрасте может предотвратить развитие тревожности (Калливен, 1999). М. Боуэн, в свою очередь, определял "Передачу тревоги" от матери к ребенку как основную

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, которое 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 сомнений 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, деятельность 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 занятий, 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 При 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 способностей к контакту с собой и другим, к эффективной адаптации, что часто является задачами терапевтического процесса.

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

Важной функцией является совершенствование навыков саморегуляции в результате активного контакта с природой и ее здоровьесберегающими ресурсами. Кроме того, совместная творческая активность группы людей в природной среде может способствовать сплочению и улучшению коммуникативных навыков (Копытин, 2013). Занятия в рамках экологического подхода могут полностью или частично проводиться вне помещений. 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 ощущений безопасности и защиты, а также предоставление некоего пространства для выплеска эмоций. В то же самое время взаимодействие со средой дает толчок к проявлению внутренних ресурсов ребенка, способствует повышению уверенности в себе, и, что особенно важно в работе с детьми, стимулирует воображение и магическое мышление в процессе оздоравливания.

Результаты

Реализация программы

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

Один из участников, проявляющий максимальное количество признаков тревожности в группе по 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, с ним часто снимаются 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 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, 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 эмоциональное 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 по программе:

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 занятиями 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 прогулок.

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 занятий 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 была озвучена тема занятия и задания - 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 занятие программы. Детям было предложено создать свой личный амулет либо помощника. Во время занятий 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 злости 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 того как он взял ветку, поставил и превратил в фонарь уличного освещения, который освещал всю картину. Ребенку очень понравилась 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 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 поездка, 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 котором она может погрузиться в любой момент, притронувшись к предметам на листе. Все дети создали помощников для саморегуляции, к которым они смогут обратиться в любой момент. Это занятие - пример активации восстановительного потенциала человека с помощью средств природы и искусства. Дети смогли выявить свои Потребности и постарались сделать все, чтобы удовлетворить их. Заключительное упражнение было важным для развития способности контакта с собой и роста уверенности в своих силах - дети самостоятельно определяли, что они хотят смастерить, и как они хотят это сделать.

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

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

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

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

Что касается второго участника коррекционной группы, то 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 свободным

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.Терапия 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 сомневайтесь в принятии самостоятельных решений, и почувствуйте дружелюбность окружающей их среды. Опыт взаимодействия семьи в новых условиях со-творчества был полезен для развития способностей к контакту не только для детей - Родители смогли иначе взглянуть на внутрисемейные отношения и наметить пути к позитивным изменениям.

Несмотря на то, что на 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-терапией 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-терапия специалистов, помогающих профессиям, обладает потенциалом для коррекции детской тревожности, равно как и для развития первичных способностей. Описываемая программа не включает в себя встречи для установления контакта, и подразумевает взаимодействие с детьми, с

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] **КОРТНИ, ДЖ. А.** (2017). Искусство использования метафорических элементов природы в качестве "ко-терапевта" в игровой терапии экопсихологии. В книге А. Копытина и М. Руга (ред.) "*Экологическая экспрессивная терапия: Nature-assisted theory and practice* (p. 100-122). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781315310459-7

[15] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *Позитивная психотерапия повседневной жизни: Руководство по самопомощи для отдельных людей, пар и семей с 250 историями болезни.* Блумингтон, США: AuthorHouse UK

СЕМЕЙНАЯ ДИНАМИКА В ПСИХОТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ С АНОРЕКСИЕЙ

Вероника Иванова
Доктор философии,
клинический психолог,
психотерапевт (Варна,
Болгария)
Главный доцент Медицинского университета Варны
Электронная почта:
veronica_ivanovi@abv.bg

Получено 15.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

В статье представлен вопрос о связи семейной динамики с возникновением, развитием и лечением расстройств пищевого поведения у подростков глазами психодинамического и позитивного подходов в психотерапии. Основной вывод заключается в том, что без учета динамики семейных отношений невозможно понять функцию симптома.

Ключевые слова: анорексия, семья, подросток, Позитивная психотерапия.

Введение

Психодинамические теории постулируют, что благодаря аппетиту и отказу от еды предотвращается бессознательное оральное и агрессивное преследование. Пост рассматривался как бессознательный протест и карающая реакция на родителей (Loch, 1971, Alexander, 1971). Своим внешним видом и поведением больные демонстрируют эмоциональный голод. Многие терапевтические стратегии основаны на понимании влияния междоусобиц внутри семьи (Rosman, 1976). Основной конфликт в семьях больных анорексией связан с так называемыми "интактными" семьями с финансовыми отношениями. По данным Peseschkian (2016), типичным для таких семей является акцент одного из родителей на важности порядка, чистоты, вежливости, успеха, а в плане религии внимание также уделяется таким способностям, как послушание. Отношение к телу и сексуальности вытеснено, присутствует ярко выраженный односторонний подход к "одухотворению". В связи с этим такие семьи еще называют "аскетическими" - ограничений в удовольствиях и чувственности не существует, как и радости от чувственных погонь, погонь и нежностей. Любовь дети заслуживают успехами и хорошим поведением. Контактов вне семьи практически нет. Опять же, по мнению Песешкиана (2016), подростки демонстрируют свою автономию через драматический акт отказа от еды, в конфликте между тем, чему они научились в семье, и их собственными желаниями и установками. Психогенная слабость обеспечивает внешнее выражение проблемы в семье, это болезнь всей семьи, где больной человек является лишь носителем. Через свою болезнь он выражает страдания всей семьи, которые никто не осмеливается произнести вслух. Рискуя жизнью, подросток делает семейные проблемы видимыми. Песешкиан описывает несколько случаев анорексии, в которых девочка идентифицирует себя с братом, о чем свидетельствует сохранение тела как мальчишеского, отказ от женственности.

Паттерны семейных связей людей с обсессивно-компульсивной структурой личности, такой как личностная особенность, а не диагностическая категория, описаны в исследовании Нэнси МакВильямс (2018) как включающие родительские фигуры, которые создают высокие стандарты поведения и ожидают их раннего, строгого и последовательного принятия. Стиль воспитания ориентирован на мотивацию к достижениям. Воспитатели имеют неоправданные ожидания, слишком рано начинают требовать от ребенка того, что он не в состоянии сделать в силу своего возраста. Они жестко отвергают не только неприемлемое поведение, но и сопутствующие ему эмоции и чувства, мысли и фантазии. С точки зрения объектных отношений поднимается вопрос о контроле в семье, из которого вытекают расстройства пищевого поведения и,

ISSN 2710-1460WAPP

Соответственно, возникают обсессивно-компульсивные структуры личности. Распространенные страхи заражения, присутствующие у людей с расстройствами пищевого поведения, связаны с тревогой разлуки и чрезмерной опекой со стороны родителей. Маккалоу подчеркивает, что при работе с современными обсессивными и компульсивными психопатологиями, такими как расстройства пищевого поведения, важно учитывать функцию контроля, который осуществляют родители, чтобы насаждать обсессивные и компульсивные паттерны путем пристыжения, а не столько путем проглатывания вины, что было описано в предыдущих исследованиях. Автор также описывает другой тип семейной среды, в корне противоположный описанной до сих пор атмосфере чрезмерного контроля и морализаторства, в которой дети лишены семейных норм, испытывают недостаток контроля и беспечное игнорирование. В этом случае ребенок пытается быть противоположностью рассеянного, недоделанного родителя, создавая чрезмерно строгий и идеалистический стандарт, который не очеловечен, не имеет человеческого лица, поскольку не связан с поведением реальных родителей, и это делает его еще более строгим и абстрактным. Этим детям приходится моделировать себя в родительском образе собственного изобретения. Анализируя эту проблему, Деларош (2004) определил болезнь как "форму медленного самоубийства, замаскированную множеством способов и несущую ответственность перед другими". По этой причине автор считает, что анорексия - это прерывание процесса развития. Если подросток может осознать, что он отказывается от процесса взросления, это постепенно приводит к возвращению в этот процесс. Речь идет о конфликте, который может быть выражен только через драму. Деларош (2004) называет это "голодовкой" и контролем над родителями, продолжающейся иллюзией всемогущества, которая является индикатором сбоя слова в семье, требующего восстановления. Вначале семья принимает диету подростка как часть навязанной СМИ модели - банальная подростковая проблема. Затем происходит реальная потеря аппетита, и тогда родственники пытаются заставить больного есть, что на этой стадии заболевания уже очень сложно, и тогда начинаются конфликты. Однако Деларош (Delarosch, 2011) считает, что если анорексичка решила свои конфликты через симптом, то она не делает этого, договариваясь с помощью слов. По этой причине начинается борьба за соизмерение сил между девочкой и родителями. Автор ссылается на знание взаимосвязи между оральностью и женской сексуальностью, при этом анорексия становится для девушки "триумфальным отрицанием Эдипова комплекса". Анорексия бросает вызов отцу, особенно его безликости***, его кастрации от жены. Другими словами, анорексия - это функция нарушенных эмоциональных и сексуальных отношений между родителями. Деларош (2011) также подчеркивает нежелание девочки походить на мать, вызванное дисгармонией другого типа между родителями, очевидностью Эдипова комплекса. Автор выделяет четыре характеристики анорексии в семейном окружении: "Голодовка", при анорексии подросток видит себя

Возможность реванша, до этого момента подавленная конфликтами в семье, обнаруживает власть, которой она обладает над родителями, отказываясь от еды.

Между родителями и подростком происходит "настоящая проверка на прочность", в которой часто врач выступает в роли посредника, стремящегося объяснить подростку, что каждый удар имеет свой конец. "Всемогущество" - потребность больных анорексией ставить себя выше других в интеллектуальном и духовном плане, ощущать себя высокодуховными существами, возвышающимися над прозаическими и мелкими бытовыми потребностями, такими как питание и сексуальность, - все это можно наблюдать в их речи. Третья характеристика, описанная Деларошем, - это именно отказ от сексуальности, отказ от тела как сексуального - оно остается телом детских форм, без отличительных признаков женского, отказ от идеи сексуальной коммуникации, прекращение менструации - физическое выражение этого отказа. Четвертая характеристика поднимает вопрос о "тени смерти", хотя часто больные не осознают суицидальный характер своего поведения и поддерживаются иллюзорным чувством бессмертия и всемогущества, того, кто может жить без еды, только на воздухе и воде. Деларос описывает анорексию как сбой речи в семье, и во время психотерапии этот обмен речью должен быть восстановлен, между ребенком и родителями, еще до начала психотерапии с ребенком. В своей основе анорексия - это отрицание сексуальности, отрицание того, что она женщина, как и ее мать - отказ от идентификации с матерью, часто из-за несанкционированной Эдиповой ситуации, в которой женская сексуальность делает инсулярную тревогу невыносимой. Лакан (2008) в "Семейных комплексах" говорит о преднамеренной де-ации как о ненасильственном самоубийстве, в котором субъект обречен бесконечно повторять попытку отделиться от матери. На первое место среди причин неврозов он ставит родительский невроз. Психологическая судьба ребенка, прежде всего, обусловлена отношениями, которые родители демонстрируют друг другу". Лакан (2008) говорит, что при анорексии "то, что ребенок ест, - ничто", что, по его словам, происходит потому, что анорексичка была растоптана в плане своей потребности в еде, и теперь она пытается сохранить свое желание, отказываясь удовлетворять эту потребность.

Дольто (1995) в книге "В игре желания" считает желание общаться с другим с самого рождения, через взгляд, слух, более важным, чем инстинкт питания. Именно эта коммуникация нарушается в семье детей-анорексиков.

В книге "Подростки" Дольто (1995) пишет, что разногласия между родителями ребенок терпит до 11 лет, но затем проблема взросления становится очевидной. Автор разрабатывает проблему семейной динамики, выходя за рамки гипотезы о том, что отказ от еды направлен только против матери, Дольто считает, что такое поведение имеет отношение к матери, но не обязательно родной, а к женщине, которая является объектом идентификации со стороны девочки.

Понимая анорексию, Дольто (2005) проходит через свою теорию образа тела (раскрытую в аналитическом диалоге с ребенком). Корень проблемы связан с тем, что произошло в период до Эдипа, между тремя и шестью годами. Анорексия возвращает нас, пишет она, к тому, что произошло на так называемой первичной фазе нарциссизма, когда девочка осознает свой пол, как будущую женщину, как свою мать, и испытывает нарциссическую гордость от того, что она стала такой же женщиной, как ее мать. Конечно, здесь Дольто говорит об организации сексуальности девочки вокруг ценного для нее мужчины, отца. Дольто (2005) пишет в своей книге "Бессознательный образ тела": "Девочки, которые во время первичной кастрации, в возрасте трех лет, отложили свою сексуальную жизнь до взрослого возраста, но которые были убеждены в ценности своей личности как дочери этого мужчины и этой женщины, эти молодые девушки редко или почти никогда не болеют анорексией".

Набирая вес - слово, бессознательно связанное с беременностью, девушка повинуется желанию нравиться себе перед зеркалом, стирая все женские изгибы, даже самые незаметные. Желание отца замаскировано, замаскировано в сложной, противоречивой любви, и ее проблема - в конфликте между любовью, привязанностью и желанием к отцу и в таковом с матерью и соперничеством и борьбой с ней. Иными словами, по словам Дольто, девочка "переживает совершенно автономные бессознательные конфликты в возрасте от трех до шести лет", имеющие очень мало общего с текущей ситуацией и поведением родителей по отношению к ней в данный момент. Анорексия - это реакция на то, каково было маленькой девочке в возрасте от трех до шести лет. Бернард 2016 в книге "Тело" связывает анорексию с материнской депрессией, а расстройства пищеварения - с идентификацией со страданиями матери, и в этом случае отношения между матерью и ребенком должны измениться, чтобы ребенок больше не болел.

В исследовании семейной динамики и анорексии Secondo Fassino, Dragan Svrakic, Giovanni Abbate-Daga (2002) обнаружили свидетельства незрелых отношений между родителями, живущими в симбиозе, и нашли доказательства важной роли родительских личностных паттернов и темперамента в описании отцов анорексичных девочек, чаще обладающих пассивным, зависимым темпераментом, с высоким уровнем личной тревожности и страхов. Авторы рекомендуют в качестве оптимального подхода к лечению тот, который учитывает семейные особенности и характеристики родителей и семейных отношений.

В понятиях PPT мы можем описать анорексию как неспособность добиваться многого с помощью активности и достижений. Мы касаемся темы еды, но без ущерба для темы питания. (Peseschkian, 2016)

В ППТ-психотерапии мы работаем с самооценкой и значимостью, ролью женщины от маленькой девочки до мамы и папы, до маленькой женщины и страхами до

стать "женщиной, как моя мама". Сознательно терапевт избегает обсуждать эту тему с матерью. Терапевт следит за тем, чтобы не превратиться в требовательную, контролирующую мать, но продолжает поддерживать сердечную связь. Аффективное измерение привносится через транскультурный уход, образы, символизм и художественную коммуникацию и, конечно, сказки. В концепциях ППТ мы предполагаем, что конфликт только внешне в области тела, там находится только текущий конфликт, внутренний конфликт находится в области контактов, а основным конфликтом в области смыслов и проблематики является вопрос смерти.

Песешкиан писал о мотиве вечно живых отношений между подростком и семьей, независимо от того, сколько ему лет. Терапия личности всегда включает в себя элементы семейной терапии, даже при работе только с подростком. n ? эти девочки демонстрируют обращение к вторичным способностям, таким как точность, чистота, порядок величин, послушание, усердие, достижения. Они используют свое тело, чтобы восстать против чрезмерно контролирующих, но отдаленных и холодных отношений с матерью, отношений, в которых у девочки нет собственного пространства, ее не признают как личность и субъект.

Методология

Для нашего исследования мы используем "Тематический апперцепционный тест" и проводим контент-феноменологический, качественный анализ. Тематический апперцепционный тест, или ТАТ, - это проективный психологический тест. Сторонники этой методики утверждают, что ответы человека на карточки ТАТ могут дать информацию о его взглядах на себя, мир и межличностные отношения. Было проанализировано 30 протоколов девочек в возрасте 12-18 лет.

ТАТ известен как *метод интерпретации картинок,* поскольку в нем используется серия провокационных, но неоднозначных картинок, о которых испытуемого просят рассказать историю. Испытуемого просят рассказать как можно более драматичную историю по каждой представленной картинке.

Процедура исследования проводится автором, работающим в качестве клинического психолога и психотерапевта в детской и подростковой психиатрической клинике в Варне, Болгария.

Результаты

Для целей исследования мы использовали качественные методы оценки:

- контент-анализ
- интерпретативный феноменологический анализ
- Анализ чувств с помощью лексического анализа

Качественный анализ данных - это описательный метод. Он работает с текстами в форме устной и письменной речи. Содержание текста имеет первостепенное значение в этом анализе. Но помимо непосредственно выраженного содержания, речь транслирует эмоциональное состояние говорящих, отношение к тому, что говорит партнер, бессознательное

контексты. Интерпретативный феноменальный анализ - метод, который используется, когда нас интересует то, как человек переживает то или иное явление и, соответственно, психологическая интерпретация этого переживания. Контент-анализ - метод эмпирического анализа содержания текста. Характеризуется частотой употребления определенных речевых единиц или ментальных категорий и, исходя из этого, оценкой обратных ментальных концептов.

Вначале обобщаются отдельные тематические блоки следующих сегментов:

- агрессия по отношению к матери;
- смерть;
- вина;
- зависимость;
- бунт.

Таблица 1.

Основные тематические блоки в рассказах ТАТ

Основные тематические блоки в рассказах ТАТ	Частота
Агрессия по отношению к матери	86%
Фигура отца	3,3%
Смерть	83%
Чувство вины	80%
Зависимость	78%
Бунт	75%

Сравнительный анализ обобщенных данных по 30 случаям (табл. 1) показывает следующие значимые тенденции: бессознательная агрессия по отношению к матери проецируется в 26 из 30 протоколов, и это сопровождается чувством вины и самонаказания. Образ отца идеализирован и менее представлен, чем образ матери (в 10 из 30 протоколов). отсутствует и т. д.). Восприятие себя напоминает восприятие маленькой девочки, находящейся под властью сильной женской фигуры, со стремлением к побегу и независимости, смешанным с ужасом разделения и дифференциации. В то же время отношения между матерью и дочерью чрезмерно контролирующие и тревожные, но эмоционально прохладные. Отсутствие стабильной эмоциональной привязанности и связи делает стадию дифференциации проблематичной. Основной конфликт этих девочек - между потребностью в привязанности и любви и потребностью в дифференциации и бунтарстве. Контролируя свою еду и тело, они пытаются показать симптом семье, рискуя собственной жизнью.

Исследователи семейной патологии указывают на различные типы проблем в семье, Биверс (2000) отмечает, что семьи с больным членом обычно те, в которых нет четких границ, определенных ролей. В основе коммуникативных трудностей исследователь использует так называемую двойную слепоту, она заключается в диспропорции и несоответствии между содержанием вербального сообщения, обращенного к ребенку, и способом его выражения. С точки зрения системного подхода, другой формой патологического семейного поведения является непринятие перемен, отсутствие гибкости к изменениям, что

создает конфликтную динамику, часто различные коалиции в семье, функциональные от личных неврозов тех, кто их составляет.

В случае с девочками интерес к отношениям с матерью и сексуальное желание в самом широком смысле этого слова полностью вытесняются, не переходя в межличностные отношения с матерью и женщинами. Дольто делится, что ее клинический опыт показывает, что родители этих девочек часто живут инфантильно, в приятном или не очень климате, но в таком, в котором мысль о возможной беременности и родах у девочки совершенно невыносима для этих девочек и всех символов плодородия. - Грудь, формы женского тела уничтожаются навязчивой мыслью о том, чтобы не набрать вес. Этот факт не нуждается в анализе, продолжает Дольто, потому что это "нарушение реальных отношений между девочкой и матерью, между девочкой и едой, между девочкой и ее отцом, между ее воображаемой женственностью и ее неопытностью в отношениях с мальчиками, между девочкой и ее зеркалом".

Заключение

По словам девушек, главная проблема на данный момент - разлука с матерью, на фоне противоречивой связи, поскольку субъект стремится отделиться, показывая своим телом, что в семейных отношениях есть невысказанные вещи. Кажущиеся бесконфликтными, семейные отношения в проекции несут в себе скрытое и постоянное напряжение, и страдания ребенка - это выражение невысказанного во всей системе. Анорексия также является символической защитой субъекта, стремящегося оставаться свободным и дифференцированным. Отказ от женского тела, связанный с нарушением отношений со значимыми другими, приводит к регрессии, которая останавливает естественный процесс прощания подростка с детством, и важно, чтобы этот процесс был доведен до сознания, чтобы продолжить рост от тела девочки-мальчика к телу женщины.

Ссылки

[1] **БИВЕРС, У. Р. И Р. Б. ХЭМПСОН** (2000). Системная модель функционирования семьи Биверса. *Журнал семейной терапии*. No. 22. pp. 128-143.

[2] **ФАССИНО, С., СВРАКИЧ, Д., АББАТЕ-ДАГА, Г., ЛЕОМБРУНИ, П., АМИАНТО, Ф., СТАНИЧ, С., РОВЕРА, Г. Г.** (2002). Динамика аноректических семей: Данные о темпераменте и характере. *Comprehensive Psychiatry*. 43(2). pp. 114-20. DOI: 10.1053/comp.2002.30801

[3] **ВЕСТЕН, Д** (1991) Клиническая оценка объектных отношений с помощью ТАТ. *Журнал оценки личности*, с. 56.

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

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

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

[7] **ДОЛТО, Ф., [ДОЛЬТО, Ф.]** (1995). *Тийнейджърите. Най-после отговорки на вашите въпроси* [Подростки. Последний ответ на ваши вопросы]. София: Наука и изкуствою 320 с.

[8] **ДОЛТО, Ф., [ДОЛЬТО, Ф.]** (2005). Несъзнаваният образ на тялото [Бессознательный образ тела]. София: Център-психосоциална-подкрепа. 320 с.

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

[10] **МАКУИЛЯМС, Н., [MCWILLIAMS, N.]** (2018). *Психоаналитична диагностика. Разбиране на структурата на личността в клиничния процес* [Психоаналитическая диагностика, понимание структуры личности в клиническом процессе]. Кофия: Издателство "Леге Артис". 456 с.

[11] **МИХАЙЛОВА, К. [МИХАЙЛОВА, К.]** (2004). МИХАЙЛОВА, К. *Жени, секс, анорексия* [Женщины, секс, ано*рексия*]. София: изд. Весела Люцканова. 144 с.

[12] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *Позитивная психосоматика: Клиническое руководство по позитивной психотерапии,* Блумингтон, США: AuthorHouse UK.

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

БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ - ГАМЛЕТ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА: О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ АЛЬЯНСЕ, РОСТЕ И ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Арно Реммерс
Доктор медицины, психотерапевт, международный тренер ППТ (Германия), частный преподаватель и супервизор Висбаденской академии психотерапии (WIAP)
Электронная почта:
arno@arem.de

Получено 15.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

Построить помогающий альянс для достижения наилучших результатов в терапии можно, помня об этом полезном процессе терапии, начиная с создания привязанности, необходимой для интерактивного дифференцирования терапевтического контракта, целей и собственной активности клиента между сессиями, и, наконец, используя обратную связь в конце каждой сессии. Терапевтический альянс будет расти благодаря изменениям, кризисным ситуациям и пороговым значениям в рамках терапии. Важно, чтобы мы знали партнеров клиентов и позволяли им знать о нас, чтобы способствовать росту наших клиентов и уменьшить побочные эффекты, а также чтобы мы включали взаимодействие с социальным окружением клиентов и заканчивали обратной связью о процессе терапии.

Ключевые слова: терапевтический альянс, стадии взаимодействия, модель баланса, позитивная психотерапия

Введение

Как работников целительской профессии, нас должны волновать экзистенциальные вопросы в жизни наших пациентов. Они страдают от них, будь то панические атаки, ощущение, что они умрут, депрессия с полным отсутствием чувств или компульсивное навязчивое расстройство с ощущением, что они всегда должны делать что-то бессмысленное. Как правило, пациенты возлагают большие надежды и обретают надежду в тот момент, когда записываются к нам на прием. Перед нами стоит задача разобраться с их экзистенциальными вопросами: как жить в депрессивных фазах, как пережить диагноз пограничной личности или как справиться с непредсказуемостью жизни и ее конечностью.

Методология

Как терапевт, который в основном не сталкивался с такими симптомами, какие испытывают мои пациенты, но уже давно года обучения конкретным методам лечения, я задаюсь вопросом: Кто я в этой встрече с пациентом? Кем я могу быть для своего клиента? Как я веду себя в этих отношениях с клиентом? Что действительно важно в психотерапии, что действительно помогает?

Как это ни удивительно - не метод или теория являются лечебным средством, их влияние составляет не более 15% на результат терапии. Эти данные подтверждаются новейшими публикациями, такими как доклад Брюса Вампольда на конференции по системным исследованиям 8.-11. марта 2017 года в Гейдельберге. Нас, терапевтов, изучающих или даже преподающих психотерапевтические методы, может разочаровать тот факт, что не психотерапевтический метод, с которым мы идентифицируем себя, а факторы пациента, ожидания пациента и терапевтические отношения оказывают сильнейшее влияние на результат терапии (Norcross, 2009). Лучший метод" или "отличная техника" - это не то, чем они кажутся, это не самая важная основа, на которой мы можем помочь нашим клиентам жить лучше. Тем не менее, психотерапевтическая

ISSN 2710-1460WAPP

Метод как таковой кажется необходимым в любом случае; для себя, как для терапевта, я чувствую необходимость развивать идентификацию с одной из теоретических моделей (Kernberg, 2005), чтобы лучше понимать себя и мир клиентов с помощью четкой, логичной и "эмпирически обоснованной" теории.

Пройдя психотерапевтическую школу, испытав на себе психотерапию, применив интервенции, научившись у наших пациентов, как действовать или что делать, как терапевты, мы вскоре приходим к вопросу Гамлета - Быть или не быть, или, как сформулировано для терапевтов: Быть или как быть? Чтобы выжить как терапевты. Этот вопрос возвращает меня к размышлениям о том, кем я являюсь на самом деле, играя терапевтические роли, к нашим терапевтическим отношениям, к паттернам, которые мы создаем друг с другом, к смыслу, который мы находим вместе в терапевтической обстановке. Я могу быть отождествлен с методом, который мне нравится, с теорией, в которую я верю, и все равно - исследования уже давно показывают, что для моих клиентов не очень важно, какую теорию я применяю к их расстройствам. Скорее, важно, есть ли у меня исцеляющая личность. И все же мне помогает выжить то, что я могу идентифицировать себя с конкретным методом психотерапии.

Психотерапевтическая школа с ее теорией и учениями о вмешательстве поможет мне вырасти как терапевтической личности. Теоретическое объяснение расстройств дает мне внутреннюю рабочую модель. Методология помогает мне отразить себя, используя термины из методов, в которые я верю, и дает мне веру в то, что это полезно для нас и клиентов. Методы становятся внутренними рабочими моделями. Таким образом, я могу понимать, видеть смысл и управлять ситуацией, касаясь салютогенетических принципов Антоновского (Антоновский, 1997). В спектре между фактами и религией мы можем рассматривать наш метод либо как хорошую, эмпирически обоснованную, логическую теорию, либо как инструмент управления проблемами, который "приятно иметь". Он может стать прочной основой для того, что мы переживаем друг с другом в терапевтическом процессе, и помочь выяснить, что помогает моим клиентам лучше организовать себя. Мы можем стать приверженцами психотерапевтической веры и идентичности, чтобы объединиться с другими людьми, которые верят в ту же идею. Это даст нам сильное ощущение того, что мы на "правильной стороне". Таким образом, мы можем чувствовать себя в безопасности и отделенными от опасных других, будучи членами сильного сообщества "лучших психотерапевтов всех времен", объединенных ярлыком лучшего из когда-либо найденных методов, как в религиозной общине.

Поэтому я возвращаюсь к вопросу: Быть или как быть терапевтом? Настоящим лекарством в психотерапии является терапевтический альянс, по крайней мере, последние исследования утверждают, что это не так.

показывают другие результаты.[1] Психотерапевт, как личность, как человек, находится во взаимодействии с клиентом. Союз друг с другом - это полезный ингредиент, действительный для всех видов методов, как цитировал Майкл Балинт в 1973 году: "...наиболее часто даваемое лекарство - это сам врач. Это не лекарство в упаковке, а атмосфера, в которой пациент воспринимает другое лекарство" (Бончева, 2004).

Результаты

"Персона" - на латыни: *per - sonare*, означает "звучать сквозь маску актера на сцене" в театре, на древнегреческом фоне πρόσωπον/prosopon = лицо. Карл Густав Юнг (1971) определяет "Персону" как "маску или лицо, с которым человек показывает себя миру".

Итак, давайте поразмышляем над вопросом: Каково реальное влияние наших тренингов, психотерапевтических методов, личности, опыта и подготовки терапевта, влияния самих пациентов и окружения клиентов на результат лечения?

Наибольшую роль в хороших результатах терапии играют **экстратерапевтические факторы,** то есть характер расстройства пациента как таковой, тяжесть симптомов, готовность к изменениям, особенности личности, социальное окружение - все это вместе составляет примерно 40 %. Именно с этим работает семейная терапия - с привлечением семьи как важнейшей части социального окружения, а Позитивная психотерапия также включает в себя семью и более широкое социальное окружение, насколько это возможно.

Качество терапевтических отношений, в более широком смысле, терапевтического альянса и личности терапевта, оказывает влияние примерно на 30% во всех модальностях. Психодинамические методы прямо фокусируются на паттернах терапевтических отношений, их содержании и динамике, а также на сопротивлении как поле терапевтического обучения управлению конфликтами. В клиент-центрированной терапии (К. Роджерс) терапевтическое отношение рассматривается как исцеляющий агент. Также и в СВТ терапевтические отношения играют эту важную роль, но обычно не отражаются как таковые. **Терапевтический альянс** считается наиболее надежной переменной процесса, в значительной степени связанной с положительным терапевтическим результатом в различных психотерапевтических моделях, как утверждали Александер, Г. Е. и Луборски, Л. (1986), Гастон, Л. и Луборски, Л. (1993).

[1] "Известная "модель общих факторов психотерапии" постулирует, что для объяснения успешности различных подходов к психотерапии или консультированию гораздо более ответственным является набор общих факторов (таких как социальный и биографический контекст клиента, жизненные события во время терапии, сила мотивации клиента, личные качества терапевта и терапевтические отношения) по сравнению с отдельными методами или техниками для конкретных проблем и расстройств (например, систематическая десенсибилизация для фобических расстройств)...
" http://www.isr2017.com/news_events/

Хорват, А. О., Дель Ре, А. К., Флюкигер, К., и Саймондс, Д. (2011), считают, что альянс является предиктором эффективности консультирования и терапии. То же самое обнаружили Шедлер и Лейхсенринг (Mellado et al., 2017).

Надежда клиента, перспектива скорой помощи, вера в исцеление - около 15%, а техники и методы терапии влияют на результат терапии примерно до макс. 15 % на результат терапии, все эти результаты приводятся в работе Хаббла, Дункана и Миллера 2001 года (Hubble et al., 2009). В гуманистической терапии, позитивной психотерапии, системной терапии или позитивной психологии надежда клиента сосредоточена на вмешательстве. В когнитивно-поведенческой терапии частое отражение целей терапии имеет косвенную функцию фокусировки на будущем, ориентированном на изменение симптомов, поэтому оно может создавать надежду, в зависимости от того, как оно отражается в качестве обратной связи в терапевтических отношениях.

В одном из крупнейших на тот момент метаисследований Grawe (1994) назвал основными факторами хорошего результата психотерапии: **активную помощь в решении проблем, мотивационную проясненность** (относительно ценностей и целей), и опять же - качество **терапевтических отношений**. Похоже, что личное влияние или **личность терапевта** связана с одним из самых сильных факторов исхода психотерапии.

Все это - точка зрения терапевта. Что говорят **пациенты**? Каковы были их ожидания и что на самом деле им помогло? Слоан и др. (1975):

"Полезный человек или личность терапевта" (как когда пациенты говорят: "Мой терапевт!").

"Помогите мне разобраться в моей проблеме" (см. понятность Антоновского, или очистка Грау)

"Подбадривайте меня, помогайте мне делать что-то, преодолевать трудности" (активная помощь в решении проблем)

"Дайте мне возможность поговорить с понимающим человеком" (качество терапевтических отношений)

"Помогите мне понять себя" (интерактивная встреча с эмоционально значимым человеком в терапевтическом альянсе)

Подведем итог наиболее важным факторам психотерапевтического лечения:

- Качество терапевтических отношений
- Понимание и очищение
- Помощь в конструктивном разрешении конфликтов
- Оптимизм в поиске и оказании помощи
- Мотивация и активное участие
- Личность и зрелость терапевта
- Это справедливо для всех методов (Grawe et al., 1994)

Как мы можем достичь этого качества и альянса в нашей собственной терапии? Что это значит, ведь моя личность как терапевта такова, какова она есть, и она не будет сильно меняться? И: Что все вышесказанное означает для нашей собственной практики? Что предлагают для этого психотерапевтические модальности?

Терапевтический альянс, "помогающий альянс" (Luborsky 1976), достигается и поддерживается **разными методами**:

- Психодинамическая терапия, ориентированная на личность: модель, родительский подход (Рудольф), фокусирование на переносе (Кернберг, 2005) или ориентация на ресурсы (Вёллер).

- Психодинамическая терапия, ориентированная на конфликт, работает с контрпереносом и сопротивлением в рамках создания альянса, совместного преодоления трудностей и создания таким образом способа разрешения внутренних и межличностных конфликтов.

- В гештальт-терапии равенство чувств и позиций пациента и терапевта является важной частью построения прочного альянса.

- Гуманистическая терапия фокусируется на эмпатии, аутентичности, на том, чтобы быть самим собой.

- Позитивная психотерапия использует то же фундаментальное гуманистическое понимание терапевтических отношений, а также добавляет интерактивность, ориентацию на самопомощь, понятный язык и теорию.

- Когнитивно-поведенческая терапия использует ориентацию на цель и поощряет активную экспозицию и конфронтацию пациента для поддержки рабочего альянса.

Что означает создание "терапевтического альянса"? Рудольф (1991) уже отвечал на этот вопрос, и как исследование, он кажется актуальным и сегодня: "...оба партнера должны **развить убеждение, что они** сами и их партнер **подходят** для общего терапевтического предприятия и что они могут/могут опираться на **личную признательность** друг другу. Пациент должен прийти к **выводу, что терапевт может помочь** ему благодаря своим средствам; с другой стороны, терапевт должен создать впечатление, что пациент - это тот, кому **он может помочь** и кого он пока **способен принять**, более того, что он **мотивирован** на оказание терапевтической помощи. В конце концов, оба партнера должны выработать **одинаковый взгляд на проблему** и **одинаковые перспективы ее решения**". (Рудольф, 1991)

Поскольку я уже 3 десятилетия работаю психотерапевтом и преподаю психотерапию с 1992 года в Германии и других странах, работаю в психосоматической медицине, в психиатрической клинике, в больницах и с амбулаторными пациентами, я задал себе вопрос: **что общего и что различного** в этих разных **условиях и терапевтических отношениях,** а также в создании **хорошего терапевтического альянса**? Я хочу показать вам, как мне нравится работать над созданием хорошего терапевтического альянса в качестве семейного терапевта, психотерапевта и консультанта, врача или психиатра:

В четырех ситуациях показаны различные позиции семейного терапевта, консультанта и психотерапевта, врача и психиатра:

- семья с проблемами поведения ребенка,
- депрессивного пациента,
- пациент врача с расстройством сна,
- параноидальный психоз.

Как терапевт или врач я имею в виду свою роль, как быть, как работать с

- мои чувства как терапевта, т.е. быть нейтральным и удерживать свои чувства как врача, или использовать их в психодинамической психотерапии для работы с контрпереносом
- как я понимаю содержание конфликтов как семейный терапевт, или как я должен действовать как в психиатрии, не чувствуя себя понятым психотическим пациентом,
- как управлять психотерапевтическим процессом или как вести пациента в медицине или психиатрии,
- как быть чувствительным к интуиции в психодинамической терапии, или как планировать работу со страдающим пациентом в медицинском лечении и СВТ.

Существует четыре области мышления терапевта:

- чувства против нейтралитета
- Понимание содержания и самопомощь в сравнении с планированием лечения, психообразованием и активной помощью
- слушать, взаимодействовать vs руководить и действовать
- открыться интуиции против четких планов, задач и обязанностей

Для разных пациентов мне потребуется гибкость на континууме между этими установками в зависимости от личности и ситуации клиента/пациента. Они различны в управлении конфликтами, психотерапии, социальной работе, здравоохранении или медицинском лечении. Я должен адаптироваться к тяжести депрессии, тревожных расстройств или к уровню интеграции при расстройствах личности или психозах, предоставляя место или будучи активным, чувствуя или будучи нейтральным, действуя или позволяя клиенту думать и меняться. Мы предоставим пациенту эмоционально безопасное пространство и обстановку, будучи заинтересованными в понимании скрытых связей как психотерапевт. "Врач, выступая в роли коммуникатора, имеет интенсивный контакт с расстройством или болезнью. Субъективная информация, исходящая из опыта пациента в контакте с врачом и болезнью, не имеет (обычно) коммуникативной ценности [для врача]" (Бончева, 2004).

Конструктивный путь к терапевтическому альянсу заключается в том, чтобы рассматривать пациента как специалиста по его чувствам и переживаниям, связанным с расстройством, а врача - как специалиста по тому, как сделать эти переживания понятными. Как врач я буду передавать пациенту свои знания о расстройстве и лечении, в психотерапии я буду использовать свои знания о коммуникации и содержании проблем. Качество обратной связи в нашей встрече будет в большей степени связано с эффектами лечения и активностью пациента, как в медицине, так и в психиатрии. Обратная связь эффективна для создания полезного альянса, если мы делаем это регулярно, что касается терапевтических отношений[2] .

[2] "1. Создать "культуру обратной связи", 2. Интегрировать обратную связь по альянсу и результату в клиническую помощь, 3. Научиться "успешно терпеть неудачу": Практика/медицина, основанная на доказательствах (EBM), против доказательств, основанных на практике (PBE).
Обратная связь как главный важный инструмент. Скотт Д Миллер, Международный центр по

Особенно в периоды пороговых значений или изменений в консультировании и психотерапии. Это поможет клиенту добиться хорошего прогресса.

Работа с социальным окружением клиентов:

Особенно в детской терапии нам необходим подход семейной терапии как полезный альянс с семьей, а не просто лечение ребенка. В молодежной терапии при желании клиента можно пригласить и людей из социального окружения взрослых. Кристиан Реймер предложил, что в терапии мы должны "познакомиться с неизвестным третьим" (Reimer&Rüger, 2012) - партнер или семья клиента должны узнать о нас или встретиться с нами, если клиент этого пожелает, а терапевт должен познакомиться с партнером пациента, чтобы уменьшить побочные эффекты терапии и расширить терапевтический альянс.

Развитие взаимодействия на наших терапевтических сессиях проходит по **трем этапам взаимодействия:**

Привязанность - дифференциация - отстранение, в процессе взаимодействия, понимания и сотрудничества. Они являются естественным способом человеческого общения на многих языках, как "привет!, как дела?, увидимся позже!", или как наши установки на этапах лечения:

1. Привязанность: Пациент чувствует, что человек уделяет ему время, терпеливо выслушивает и действительно интересуется его проблемой, - это отправная точка для доверия к вам как к человеку и надежды на будущее и результат.

2. Дифференциация - это этап обучения друг у друга и выяснения неизвестного: О чем идет речь, каково содержание проблемы, что необходимо?

3. Отстраненность означает взгляд в будущее, обратную связь с сеансом (Engster & Wampold, 1996), а также подготовку к времени после терапии, самопомощи и будущим целям.

Пример, который поможет нам проанализировать этапы взаимодействия: Иногда пациенты приходят и сразу просят поставить диагноз, выписать рецепт на лекарства или план лечения. Тогда я напоминаю пациенту пословицу "Если вы дадите кому-то рыбу, вы накормите его один раз, если вы научите его ловить рыбу, он сможет кормить свою семью всю жизнь". Я возвращаюсь к привязанности, чтобы сначала установить человеческую связь, дать пациенту пространство, в котором он может чувствовать себя свободно, иметь время, ощутить мое терпение, прежде чем мы приступим к предметам и содержанию терапии. Дивегод сказал: "Разговор, или культура разговора, включает в себя то, что человек встречается с самим собой в "я" другого".

Начинать и модерировать терапевтический процесс с **привязанности**, проходить через **дифференциацию** содержания и динамики, организовывать хорошее **отстранение**, внедряя самопомощь клиента, кажется мне важным во всех видах терапевтических встреч, и, кажется, важно иметь

Клиническое совершенство: Сердце и душа перемен: Что работает в терапии p. 21. http://www.scottdmiller.com/

плодотворного терапевтического альянса. Три фазы отношений и взаимодействия терапевта и пациента уже были описаны В. фон Гебсаттелем (1954) и В. Франклом (1953), а позже их ученик Н. Песешкиан (1977) ввел их в практику Позитивной психотерапии как "три стадии взаимодействия".

Как вы уже видели, я должен четко осознавать свою роль в создании хорошего терапевтического альянса, и мне нужны инструменты, которые помогут клиенту и мне лучше понять ситуацию клиента, функцию симптома, ресурсы и самого себя в терапевтическом взаимодействии. Для этого я использую **Модель баланса** (Peseschkian, 1977, по аналогии с Jung, 1971) для отражения терапевтического альянса:

- Чувства и наблюдения,
- Знание и действие,
- Отношения и реляционный паттерн,
- Ожидания и воображение.

С помощью модели баланса мы с пациентом можем наглядно описать

- области симптомов, лучше понять повседневную жизнь клиента и то, как сбалансирована его энергия,
- влияние симптомов на эти сферы жизни, так сказать, функция симптомов,
- ресурсы и способы их поощрения,
- цели и планы самопомощи для пациента,
- личностные способности (например, структурные способности личности, OPD-2),
- наконец, цели и задачи терапии.

Обычно я начинаю эту модель баланса вместе с клиентом, чтобы иметь четкое понимание, подбодрить пациента, подготовить его к самопомощи и понять, в каком окружении находится мой клиент. Это простой, но эффективный способ помочь создать прочный союз в оказании помощи. Кроме того, я могу использовать модель баланса для себя как терапевта, чтобы понять терапевтические отношения как зеркало бессознательных содержаний пациента, когда я описываю в четырех областях, **что я чувствую вместе с клиентом**, чтобы выяснить, что это значит:

- чувства и эмоции,
- рациональные мысли,
- модели взаимоотношений с клиентом,
- интуиция, фантазия.

Модель баланса помогает мне осознать свой собственный контрперенос в психотерапии, понять содержание динамики внутреннего конфликта, сотрудничать как "партнеры, находящиеся на одном уровне бытия" (Gebsattel, 1954). В рамках четырех областей моего контрпереноса, описанных в Модели баланса, я могу прийти на супервизию после лечения и поделиться со своим супервизором тем, что я пережил с клиентом.

Прояснив ситуацию, симптомы и их функции, ресурсы и цели, мы можем продолжить работу с позитивной коннотацией функции симптома,

с языковыми картинами, или транскультурные сравнения концептов семьи, и мы перейдем к содержанию ресурсов, концептов и конфликтной амбивалентности.

Содержание ресурсов и конфликтов можно описать психодинамически в соответствии с OPD, или в Позитивной психотерапии как "Актуальные способности", чтобы работать с клиентами в понятных терминах. Теперь возможна дифференциация содержаний и возможностей поведения, восприятия и взаимодействия. Работа с подсознательными содержаниями и концепциями становится понятной для клиента, когда термины определяются как актуальные способности, такие как доверие, вежливость, открытость, пунктуальность или надежда. Этому учат на семинарах по позитивной психотерапии, чтобы клиент и терапевт имели лучшие терапевтические отношения и большее удовлетворение во время и после терапии.

На психотерапевтических тренингах мы можем обучить терапевтов **пяти основным компетенциям** для создания полезного терапевтического альянса, касающимся чувств, содержания, ресурсов, терапевтического сотрудничества и самопомощи с

Пять шагов по созданию полезного союза в лечении[3]

1. Наблюдение, дистанцирование

... слушать с терпением, сочувствием и добавлять различные точки зрения

2. Дифференциация и вербализация

...попросить точно определить содержание, историю, динамику и возможности.

3. Ситуативное поощрение

...сопровождать пациента и поощрять его самопомощь.

4. Вербализация

...концентрировать внимание на конфликтах путем консультаций и опосредованно нести ответственность за последствия изменений

5. Расширение целей

...увидеть будущее после того, как решение конфликтов перестанет быть в центре внимания.

Чтобы тренировать способность к наблюдению и дистанцированию, чтобы уметь слушать с терпением, сопереживать и добавлять различные точки зрения, нам нужно тренироваться быть чувствительными к собственным эмоциям. Мы можем размышлять о них, будучи открытыми для своих ассоциаций, мыслей, фантазий и чувств, как в психоаналитической свободе свободных ассоциаций. В сочетании со смелостью принять различные и, возможно, странные чувства фантазий, это поможет нам изменить точки зрения в терапии и лучше понять наш опыт контрпереноса.

Чтобы тренировать способность различать, спрашивать, точно определять содержание, пациентов и историю семьи, динамику и возможности, нам необходимо понимать содержание в эпизодах, описании или контрпереносе. Теория

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

Психотерапевтические методы, которые мы изучили, предложат термины для этого, например, термины конфликта и структуры в психодинамической терапии (OPD), схемы, когниции или паттерны в CBT, или актуальные способности и модель баланса в позитивной психотерапии, и эти термины могут быть легкими для понимания клиентов.

Шаг ситуативного поощрения - термин, близкий к методу лечения Альфреда Адлерса, - означает сопровождение пациента и поощрение его самопомощи. Мы можем научить терапевтов стать для пациента более сильной моделью взаимодействия и понимания, отношений и баланса.

Способность фокусироваться на конфликтах в консультации и опосредовать ответственность за последствия изменений на этапе вербализации означает быть эмоционально открытым для изменений и конфликтов в терапевтической встрече как таковой, представляя реальность за пределами терапии. Терапевты должны быть подготовлены к этому, обнаруживая свои внутренние конфликты в самоисследовании, в тренинговых группах и после терапевтических сессий в супервизии.

Расширяя цели клиента, можно сказать, что невозможно увидеть будущее после того, как решение конфликта будет удалено из центра моей перспективы, если я буду думать только об облегчении симптомов. Это также означает, что терапевты должны быть способны постоянно учиться, быть открытыми для новых путей, извлекать уроки из каждой обратной связи с клиентом. Культура обратной связи должна быть заложена в самом начале терапии, чтобы создать хороший и плодотворный терапевтический альянс и учиться друг у друга. Именно этим мы и занимаемся на нашей конференции - учимся друг у друга. В каждой новой терапии я начинаю учиться заново у этого отдельного пациента, а также в дискуссиях с вами сейчас.

Заключение

Построить помогающий альянс для достижения наилучших результатов в терапии можно, помня об этом полезном процессе терапии, начиная с создания привязанности, необходимой для интерактивного разграничения терапевтического контракта, целей и собственной активности клиента между сессиями, и, наконец, используя обратную связь в конце каждой сессии. Терапевтический альянс будет развиваться благодаря изменениям, кризисным ситуациям и пороговым значениям в рамках терапии. Для того чтобы способствовать росту наших клиентов и уменьшить побочные эффекты, важно знать партнеров клиентов и дать им возможность узнать о нас, включить взаимодействие с социальным окружением клиентов и завершить терапию обратной связью о процессе терапии.

Ссылки

[1] **АНТОНОВСКИЙ, А**. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke* [Salutogenesis. To demystify health. German edition by Alexa Franke]. dgvt-Verlag: Тюбинген.

[2] **Данкан, Б.Л., Миллер, С.Д., Вампольд, Б.Е. и Хаббл, М.А. (ред.)** (2009). *Сердце и душа перемен (2-е изд.): Delivering "What Works"*. Вашингтон, округ Колумбия: APA Press.

[3] **ЭНГСТЕР, С. Л., ВАМПОЛЬД, Б.** (1996). Систематические эффекты роли участников на оценку психотерапевтической сессии. *Журнал консультативной и клинической психологии, 64, с. 1020-1028.*

[4] **ГЕБСАТТЕЛЬ, В. И.** (1954). *Prolegomena Einer Medizinischen Anthropologie: Ausgewählte Aufsätze* [Prolegomena of a Medical Anthropology: Selected Articles]. Springer.

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

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

[7] **ЮНГ, К. Г.** (1971). *Психологические типы. Собрание сочинений К.Г. Юнга, том 6. Princeton University Press*. ISBN 0-691-09774.

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

[9] **МЕЛЛАДО, А., СУАРЕС, Н., АЛЬТИМИР, К., МАРТИНЕС, К., ПЕРЕС, Х., КРАУЗЕ, М., ХОРВАТ, А.** (2017). Разбор отношений между изменением и альянсом: Наблюдательная оценка терапевтического альянса во время изменений и эпизодов застревания. *Psychotherapy Research, 27:5, 595- 607, DOI: 10.1080/10503307.2016.1147657*

[10] **НОРКРОСС, ДЖ.** (2009). *Терапевтические отношения. In: B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (eds.): The Heart and Soul of Change*. Washington DC: APA Press.

[11] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (1977). *Позитивная психотерапия*. Франкфурт: Fischer TB-Verlag.

[12] **РЕЙМЕР, К., РЮГЕР, У.** (2012). *Psychodynamische Psychotherapien* [Психодинамическая психотерапия]. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

[13] **RUDOLF, G.** (1991). Die Beziehung zwischen Psychotherapie-forschung und psychotherapeutischer Praxis [The relationship between psychotherapy research and psychotherapeutic practice]. In: 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. [БОНЧЕВА, И.]** (2004). *Психологически параметры на комуникацията "Лекар-Болен"* [Психологические параметры общения "врач - пациент"]. Абилитация, факультет клин. Психология, Университет Софии (Болгария). с. 164.

ИНСТРУМЕНТЫ ПОЗИТИВНОЙ ТРАНСКУЛЬТУРНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАК МОДЕЛЬ СИСТЕМНЫХ КОНСТЕЛЛЯЦИЙ

Светлана Кириченко
Мастер-тренер ППТ (Черкассы, Украина)
Украинский институт позитивной психотерапии **Email:**
kirichenko.sveta2014@gmail.com

Получено 14.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

Статья посвящена методологическим особенностям констелляций в методе позитивной психотерапии. Модели позитивной транскультурной психотерапии определяют структуру личностной дифференциации, которая может быть использована в констелляциях. В соответствии с тремя уровнями работы в позитивной психотерапии (ситуационный, понятийный и базовый), мы можем обсуждать констелляции на трех различных уровнях. Данная статья представляет собой обобщение практического опыта использования констелляций по трем уровням работы в позитивной психотерапии в групповой и индивидуальной психотерапии, а также

Ключевые слова: констелляции, феноменология, конструктивизм, теория систем, Позитивная психотерапия

Введение

N. Позитивная транскультурная психотерапия Н. Песешкиана, являясь метатеорией психотерапии, хорошо интегрируется с другими психотерапевтическими подходами и методами. Психодинамический компонент представлен в модели конфликта. Позитивный взгляд на человека с его врожденными способностями к любви и познанию указывает на гуманистические корни Позитивной транскультурной психотерапии. В работе с актуальными способностями широко используются когнитивно-поведенческие методы. Системный подход также очевиден в так называемых "кругах Пешкиана":

Я (Я) -> Семья -> Общество -> Город -> Страна -> Человечество

Это примеры теоретической интеграции, заложенной в основу "Позитивной транскультурной психотерапии" ее основателем. Наряду с теоретической возможна и техническая интеграция. Она позволяет использовать специфические техники различных психотерапевтических методов в структуре Позитивной психотерапии (ППТ).

О связи ППТ с другими методами Носсрат Песешкиан написал в своей книге "Позитивная семейная терапия". По словам автора (Peseschkian, 2016): "Позитивная психотерапия - это не просто один из методов среди других. Она предлагает инструменты для оценки того, какие методологические подходы могут быть применены в конкретных случаях и как эти методы можно чередовать". "Краткосрочная Позитивная психотерапия универсальна, потому что она может исследовать специфические элементы конкретного случая и целенаправленно применять любой конкретный подход в рамках концепции Позитивной психотерапии". (Peseschkian, 2016).

Методология

Эта статья посвящена интеграции констелляций в Позитивную транскультурную психотерапию и является обобщением практического опыта использования констелляций как в групповой, так и в индивидуальной психотерапии.

Обучаясь методу Системной семейной терапии, я приобрела навык участия в констелляциях, основанных на системно-конструктивистской парадигме, которая по своим философским и теоретическим основам очень близка к философии и мировоззрению Позитивной и Транскультурной психотерапии Носсрата Песешкиана. Я использую термин

ISSN 2710-1460WAPP

"констелляция" не как название метода Берта Хеллингера, а как обозначение одной из техник системной семейной психотерапии. В связи с этим я считаю необходимым разделить эти два понятия: констелляции как подход Хеллингера и констелляции как одна из техник, используемых в рамках системной семейной психотерапии.

Ключевые различия обусловлены разными философскими и методологическими принципами, на которых основаны эти методы: феноменология в одном случае и конструктивизм в другом.

Конструктивизм (от лат. "Constructio" - построение) - одно из направлений современной философии науки, возникшее в конце 70-х - начале 80-х годов XX века. В широком смысле этот термин обозначает определенные аспекты мировоззрения и самосознания: организационный, структурный, формационный и образный. Сторонники конструктивизма считают, что не существует реальности, кроме той, которую создает человек, т.е. нет идентичной объективной реальности, независимой от восприятия людей. (Лебедев, 2004).

Существуют также заметные различия в целях применяемых техник, в позиции психотерапевта, в конкретных технических аспектах и их интерпретациях, а также в конечной цели терапии (Добродняк, 2010).

Результаты

Если изучить историю созвездий, то можно прийти к выводу, что они появились в результате взаимного влияния следующих трех компонентов:

1. Первый компонент - теория систем, которая развивалась от механистического понимания (кибернетика первого порядка) под влиянием биологических моделей (Матурана, Варела) и теории социальных систем Лумана до современного понимания (кибернетика второго порядка).

2. Второй компонент - это техника использования представителей вместо членов семьи, элементов больших систем или даже абстрактных понятий. Первым примером такой техники в западной психотерапии стала психодрама Якоба Морено.

В 1960-х годах Вирджиния Сатир объединила эти два компонента в своей методике "Семейная скульптура".

3. Третья составляющая - это феноменология. Феноменология (от немецкого "Phänomenologie" - изучение явлений) - направление философии XX века. Оно определяет свою цель как самоочевидное описание когнитивного опыта сознания и выявление его существенных черт.

Феноменологическая психология - направление психологии, основанное на идеях и методах феноменологии. Она занимается описательным изучением сознания, субъективности и человеческого опыта.

Философская основа феноменологической психологии коренится в идеях Эдмунда Гуссерля, а также его

ученики и последователи: Александр Пфендер, Мартин Хайдеггер, Жан-Поль Сартр, Морис Мерло-Понти, Альфред Шутц и другие (Spiegelberg, 2002).

Эти исторические корни являются общими как для констелляций в рамках системно-конструктивистского подхода, так и для констелляций в рамках подхода Хеллингера. Теперь давайте рассмотрим различия.

1. Понимание системы

Система - это конструкт, поэтому при выборе участников констелляции терапевты полагаются на опыт клиента. У фасилитатора могут быть свои гипотезы относительно полезности конкретных участников констелляции, но это должно обсуждаться с клиентом, и в конечном итоге решение принимает клиент.

В понимании Хеллингера, взаимодействие внутри системы определяется правилами ("порядками любви"), которые, по мнению автора, являются универсальными. Поэтому участники констелляции определяются правом на принадлежность к системе.

2. Назначение созвездия

В системном подходе цель констелляции - расширить понимание проблемной ситуации, дать возможность воспринимать ее более ресурсно, видеть решения. При этом допускается, что не существует единственно верного решения и что кто-то может направить клиента к нему. Работа повышает собственные ресурсы клиента для разрешения проблемной ситуации.

В подходе Хеллингера к созвездиям приказы диктуют "правильное созвездие", и цель работы над созвездием - найти его.

3. Выбор представителей

Во время работы с констелляцией представители часто испытывают чувства (ощущения, эмоции, импульсы и даже симптомы), которые поразительно похожи на переживания тех, кого они заменяют. Это вызывает вопросы и придает констелляциям атмосферу мистицизма. Однако у этих явлений есть вполне логичные объяснения. Идея представителей принадлежит Якобу Морено, который объяснил такое "знание" без понятия "теле-". Морено определил его как "процесс ощущения людьми друг друга, который, подобно цементу, скрепляет всю группу" (Moreno, 1945). Другими словами, "теле-" относится к явлениям групповой динамики и воплощает в себе процесс обмена эмпатией. Морено считал способность смотреть на мир глазами другого человека одной из базовых способностей.

Хеллингер объясняет феномены поразительных совпадений во время созвездий попаданием в морфогенное поле системы. Такие объяснения кажутся мистическими.

4. Позиция фасилитатора

Позиция терапевта в системном семейном подходе эволюционировала от скорее авторитарной (стратегическое руководство) к позиции сотрудничества и партнерства. Идея

В настоящее время превалирует "компетентный клиент", что исключает любые
давление на клиента со стороны терапевта.

Феноменологический подход Хеллингера диктует наилучшие (с точки зрения терапевта) решения для клиентов благодаря правильному расположению в констелляции.

Таким образом, можно сделать вывод, что использование констелляций в системно-конструктивистском подходе и в методе Хеллингера базируется на разных философских и методологических основаниях, что приводит к различиям в объяснениях и в позиции терапевта (Добродняк, 2010).

Как позитивный психотерапевт, я использую Созвездия как одну из техник в структуре Позитивной транскультурной психотерапии и хочу поделиться с вами методологией такого подхода, а также практическим опытом проведения Созвездий в условиях групповой терапии.

Теория систем универсальна. Она предлагает единый междисциплинарный теоретический язык для явлений любого уровня - от клеточного организма до общества в целом (Shlippe & Schweitzer, 2007).

PTPT предлагает такой системный подход через так называемые "Пешкианские круги". Они представляют собой постоянно расширяющуюся систему идентичности: от "Я" до "Вселенной". "Семья" - лишь один из этих кругов, он следует за уровнем индивида/личности ("Я"), который сам по себе является системой: личностные подмножества, различные роли, единство тела, души и духа, уникальная структура актуальных способностей и т. д. Модели позитивной транскультурной психотерапии дают структуру для дифференциации личности, которая может быть использована в Системных констелляциях. Три уровня работы в ПТПТ (ситуационный, контекстуальный и базовый) предлагают три уровня Созвездий.

I. Ситуативный (симптоматический) уровень

На этом уровне участникам предоставляется возможность поработать с исследовательской Констелляцией на основе Модели Баланса (запрос на исследование без Актуального Конфликта, далее - АК). Если есть запрос на работу с АС или симптомом, то целесообразно рассмотреть систему АС/проблема, в которую входят различные объекты межличностного конфликта. Включение симптома в Созвездия дает возможность осмыслить его функцию/смысл в межличностном взаимодействии (позитивная реинтерпретация симптома), получить обратную связь от представителей (кросс-культурный аспект) и переключить внимание на конфликты, которые стоят за симптомом.

II. Контекстный уровень

На этом уровне можно работать с созвездием, используя актуальные способности (далее - АСП), например, после выполнения Дифференциально-аналитического опросника (ДАИ) или других упражнений, связанных с АСП. Другой вариант - исследовать проявления Ключевого конфликта (КК) в различных отношениях. Если обнаруживается содержание внутреннего конфликта (ВК) и динамика конфликта, они также могут быть использованы в Созвездии в поисках возможного разрешения ВК.

III. Базовый уровень

Базовый уровень или уровень идентичности предполагает работу с базовыми понятиями, сложившимися в родительской семье клиента. Таким образом, может быть полезна Констелляция родительской семьи (семьи происхождения). "Пять вершин судьбы" Эта концепция Владимира Карикаша также подходит для работы с констелляцией на этом уровне (5 экзистенциальных идентичностей: Я-сын/дочь, Я-мужчина/женщина, Я-отец/мать, Я-человек, Я-часть Вселенной) (Карикаш, 2009).

Работа с созвездиями на основе пятиступенчатой модели Пешкиана

Ниже приведен пример структуры процесса Constellation, основанный на пятиступенчатой модели лечения.

1. Дистанцирование.

Перед началом работы с Созвездием важно провести предварительную беседу с клиентом (протагонистом): выслушать его проблему, выяснить его потребности и запросы и в ходе диалога установить, какие фигуры он видит в Созвездии (людей, сферы модели баланса, актуальные способности, идентичности и т. д.) Терапевт должен предложить ему выбрать представителей, распределить их роли и позиции в данном пространстве. Затем клиенту предлагается просмотреть всю Созвездие и сконцентрироваться на своих чувствах и мыслях (наблюдение).

В этот момент клиент принимает метапозицию и наблюдает за Созвездием своей ситуации со стороны, тем самым дистанцируясь от нее. Само Созвездие представляет собой визуальную, кинестетическую метафору, которая также способствует дистанцированию.

2. Инвентаризация

На этом этапе клиент выслушивает обратную связь от всех представителей. Терапевт инструктирует представителей озвучивать свои телесные ощущения, чувства и импульсы без объяснений и рационализаций. Протагонист отвечает за порядок, в котором представители дают обратную связь, получая таким образом дополнительную информацию о ситуации. На этом этапе важно понять, резонирует ли обратная связь с протагонистом. Обычно все сказанное представителями вызывает у клиента "да"-реакцию".

3. Ситуативное поощрение

На этом этапе важно выделить позитивные аспекты Созвездия, задавая вопросы, ориентированные на ресурсы, и вопросы, направленные на позитивную реинтерпретацию:

- Какие ресурсы вы можете увидеть в этом Созвездии?

- Что вы получаете от такого баланса (взаимодействия)?

4. Вербализация

Этот этап работы с Созвездием дает клиенту возможность увидеть пути и способы разрешения конфликта, а также новые возможности для роста и равновесия. После того как клиент подтверждает свою готовность увидеть перспективы изменений, представителям предоставляется

возможность свободно двигаться и находить более удобные позиции в Созвездии. Затем они дают обратную связь о своих ощущениях в новых местах. Протагонист наблюдает за этой динамикой и отмечает свои реакции. Когда Созвездие приобретает окончательную структуру, терапевт предлагает протагонисту поменяться местами с его/ее представителями и встать на это "хорошее место". Часто это приводит к эмоциональной реакции и глубокому осознанию, что может облегчить принятие решения. Затем клиенту предлагается вербализовать свои выводы и завершить Созвездие, освободив представителей от их предполагаемых ролей.

5. Расширение целей

Однако на этом работа с Созвездием не заканчивается. Групповой процесс должен завершиться обменом мнениями: представителей просят отделить свои ощущения и чувства, возникшие в процессе Созвездия, от ощущений и чувств, связанных с их собственной жизнью. Также важно выслушать тех наблюдателей, которые не принимали участия в Созвездии, но могут поделиться своими эмоциональными реакциями и альтернативным восприятием. После того как вся группа завершит свою обратную связь, протагонист должен сообщить, что полезного он/она нашел/а в работе над Созвездием и в отзывах участников.

Заключение

Созвездия дают ценную возможность увидеть существующую динамику внутри семейной системы или личности, которая часто не осознается клиентом в полной мере. Таким образом, протагонист получает доступ к бессознательной информации через участников группы Созвездия, их ощущения и обратную связь. Их физические реакции дают дополнительные сведения о динамике, которую клиент не осознает и не может увидеть (Franke, 2007).

Таким образом, Позитивная транскультурная психотерапия, которая обычно высоко структурирована и работает на сознательном уровне, дополняется бессознательным (иррациональным) компонентом. Следует отметить, что констелляции - это лишь часть большой комплексной психотерапевтической работы. Материал, поднятый в процессе констелляции, может быть исследован в течение многих сессий. Поэтому важно, чтобы психотерапевт имел полное образование по одному из признанных психотерапевтических методов и мог использовать в своей работе не только констелляции. Также важно понимать, что невозможно изучить констелляции, читая книги, смотря фильмы или даже пройдя несколько семинаров у признанного мастера. Изучение констелляций, прежде всего, происходит через личный опыт в групповой форме: через наблюдение, участие в качестве представителей и создание собственных созвездий.

Первый экспериментальный обучающий проект по констелляциям в Позитивной транскультурной психотерапии состоялся в 2018 году.

2019 г. в Полтаве, Украина, под руководством Украинского института позитивной и транскультурной психотерапии.

Я вижу эффективность интеграции констелляций в позитивную и транскультурную психотерапию.

Ссылки

[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 [Использование констелляций в рамках системно-конструктивистского подхода Системной семейной психотерапии (резюме обучающих семинаров, проведенных в рамках Украинского союза психотерапевтов в 1994 - 2010 годах). Сравнение с оригинальной моделью Хеллингера]. *Журнал "Системна та сімейна психотерапія". Київ: "Системний погляд"*. Подвійний випуск №1-2.

[2] **КАРИКАШ, В. [КАРИКАШ, В.]** (2009). Пять вершин на жизненном пути [Пять вершин одной жизни: Терапия через трансформацию экзистенциальной идентичности]. *Позитум Украина*. Черкасы. No 3.

[3] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *Позитивная семейная терапия: Руководство по позитивной психотерапии для терапевтов и семей,* Блумингтон, США: AuthorHouse UK

[4] **ФИЛОСОФИЯ НАУКИ. СЛОВАРЬ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ (**2004**) [**Философия науки: Словарь основных терминов**].** Составитель: С.А. Лебедев [Лебедев, С.А.]. М.: Академический проект.

[5] **ФРАНКЕ, У. [ФРАНКЕ, У.]** (2007). "*Когда я закрываю глаза, я вижу тебя". Семейная расстановка в индивидуальной терапии и консультировании* ["Когда я закрываю глаза, я вижу тебя" - семейная констелляция в индивидуальной терапии и консультировании]. М.: Издательство: Институт консультирования. 182 с.

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

[7] **ШПИГЕЛЬБЕРГ, Г. М. [SPIEGELBERG, H. M.]** (2002). *Феноменологическоедвижение . Историческое введение* [Феноменологическое движение. Историческое введение]. М.: "Логос". 608 с.

ПОДРОСТОК МЕЖДУ ДВУМЯ БЕРЕГАМИ. ПРЕДСТАВЛЯЕМ СЛУЧАЙ ИЗ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Стефанка Томчева
Доктор философии, мастер-тренер ППТ (Шумен, Болгария) Студия психосоциальной поддержки "Селена",
Электронная почта:
stefani_petkova@yahoo.com

Получено 22.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

Случай психотерапевтической практики для подростка между идентичностью, симптомом и балансом. Индивидуальная идентичность важна для психического здоровья. Развитие идентичности - основа самопринятия и хорошей самооценки. Как отмечает Эриксон (2013), субъективное чувство идентичности необходимо продолжать заново открывать и развивать в бесконечном процессе. Эриксон подчеркивает, что термин "идентичность" имеет разные, но в целом взаимосвязанные значения. Во многих ситуациях его можно отнести к осознанному чувству индивидуальной идентичности, в других - к "бессознательной борьбе" за преемственность между традицией и индивидуальностью, в третьих - к стабильности самости, а в четвертых - к механизму поддержания внутреннего баланса с групповыми (традиционными) идеалами и групповой (традиционной) идентичностью.

Ключевые слова: идентичность, симптом, баланс, Позитивная психотерапия, 5-этапная модель

Введение

В своей работе детского и юношеского психотерапевта я постоянно сталкиваюсь с теми или иными родительскими просьбами - "Вы же психолог - сделайте что-нибудь", "Поговорите с ним/ней немного", "Посмотрите... скажите ему/ей пару слов..."

О чем здесь идет речь? Чего ожидают родители?

Я рассказываю этот случай из своей практики психотерапевта в качестве иллюстрации профессионального ответа на подобные родительские просьбы.

Результаты

Презентация случая

Мать по телефону, направленная своим лечащим врачом, связалась со мной. Ее 17-летний сын (которого я буду называть Алексом) страдает тошнотой и рвотой. Проблема началась, когда ему было 12 лет, и с годами усугубилась. (как мы увидим, гораздо раньше). Никаких физиологических причин для этого не было найдено. А В течение трех лет ему было проведено множество медицинских анализов, включая госпитализацию. Мать настаивает на том, чтобы увидеться со мной до встречи с сыном. Обычно для подростков в возрасте от 16 до 19 лет я поощряю и поддерживаю родителей, чтобы они сами мотивировали своего ребенка прийти ко мне на прием. Иногда я делаю это и с подростками младшего возраста - от 13 до 15 лет. Что касается точки зрения родителей, то я разговариваю с ними по телефону, а после встречи с подростком приглашаю родителя на беседу, и обычно это срабатывает. Но в данном случае, когда мать говорила сердитым тоном, я почувствовал ее тревогу, беспомощность и страх (недоверие ко всем и ко всему) и пригласил ее на встречу еще до того, как увидел или поговорил с ее сыном.

Что я узнал от матери, кроме истории болезни)?

Алекс, 17 лет, первенец из двух детей (есть брат 14 лет), семья образовалась от смешанного брака - мать болгарка, отец турецкого происхождения, не из турецкой этнической группы в Болгарии (которые родились и живут в Болгарии). Мать следит за сыном (и его симптомом), как орел, в то время как отец, который

ISSN 2710-1460WAPP

изначально был раздражительным, около трех лет назад у него развилась нетерпимость к тошноте и рвоте сына. Алекс родился очень тяжело (мать вспоминает это как долгую битву), но на самом деле настоящая битва началась, когда Алексу было не меньше семи лет и семья отца попросила приобщить его к исламской религии с помощью ритуала "обрезания". Согласно исламской правовой системе, не существует определенного возраста, в котором должно быть сделано обрезание, но допустимо, чтобы дети были обрезаны в возрасте от 7 до 10 лет. Семья матери выступает против этого решительно и бурно. Мать и отец изначально создали хорошую семью, и у них есть возможность поддерживать ее, если их родители не будут вмешиваться. В Болгарии такие смешанные браки часто бывают проблематичными из-за культурных и религиозных различий между двумя этническими группами, и можно представить, что представляет собой семья, состоящая из представителей двух национальностей. Акцент на этих различиях обычно начинают делать бабушки и дедушки или кто-то еще из родительской семьи. Здесь ситуация похожая, но гораздо сильнее подчеркнутая - между матерью и отцом возникло напряжение, и хотя изначально они решили оставить выбор религиозной и этнической идентичности за детьми, позже обе стороны начали "тянуть ковер" к собственным религиозным идентичностям. В это время Алекс начал ходить в школу и поэтому большую часть года проводил в Болгарии, а школьные каникулы - в Стамбуле. В то же время он стал все чаще болеть: Боль в горле, боль в животе, рвота (симптомы трудной адаптации к школе), затем, когда ему было около 10 лет, тошнота и рвота прекратились, чтобы позже вернуться в виде ярко выраженного симптома. В 12-13 лет он начал замыкаться в себе, а через два года (в 15-16 лет) он уже не хотел выходить на улицу, встречаться с друзьями, общаться (за исключением общения в Интернете). Он также не хотел ходить в школу. Это привело к снижению успеваемости в школе и уменьшило его шансы на поступление в престижный университет в Турции или Болгарии. Это спровоцировало отца на еще более жесткое поведение с ним.

Первая встреча с Алексом - **стадия наблюдения и дистанцирования**

Семнадцатилетний юноша вошел в мой кабинет и представился. Внешне спокойный в поведении, но у меня он вызвал чувство тревоги, страха и почему-то кажущейся скрытой надежды. Для него это была первая встреча с психологом/психотерапевтом. Он не знал, что делать, как и с чего начать. До этого момента он неоднократно обращался к врачам по поводу симптомов болезни. Он страдал от бессонницы, напряжения, тошноты, рвоты и, как я понял позже в ходе нашей беседы, - болезненных мыслей агрессивного содержания.

Готовясь "отчитаться" о своих жалобах (из-за многочисленных визитов к врачу), Алекс оказался удивлен моим

Вопрос: "Что произошло с вами важного или значительного незадолго до появления первых неприятных симптомов?" Наступила пауза. Затем, видимо, он вернулся в прошлое и начал разбирать первые события:

Фактическая ситуация на момент появления симптома

12-летний подросток, уже учащийся в математической гимназии, после нескольких месяцев подготовки к конкурсному вступительному экзамену, все еще находясь в периоде адаптации к новой школе и среди новых людей, с радостью принял решение родителей поехать на каникулы на берег моря в Анталии. На фоне приятных событий, связанных с прибытием на пляж, его начало тошнить, что случалось и дома, но теперь реакция родителей была иной: они были шокированы и быстро убрали за собой, а он столкнулся со взглядами окружающих, которые смотрели на него. Впоследствии он воспринял это как упрек со стороны родителей и насмешки со стороны других людей, которые были рядом. Пытаясь справиться с этими чувствами, он взял себя в руки и начал оправдываться. Его отец сказал по-турецки, чтобы его поняли окружающие: "Дриблер! Ты опозорился! Ты позоришь и нас. Одно дело - делать это дома, чтобы уйти от ответственности, но здесь..." Пассивность матери в это время блокировала его способность дать хорошее объяснение или оправдание самому себе и спровоцировала его начать новую борьбу - не лучше ли было просто остаться дома, чтобы никого не смущать.

Как реагирует психотерапевт после такого рассказа о реальной ситуации, которая разблокирует болезнь? Позитивный психотерапевт ищет функцию симптома, его позитивную реинтерпретацию и отражение связи между симптомом и психологическими (эмоциональными) проблемами. В данном случае моя позитивная реинтерпретация симптома - тошноты и рвоты - заключалась в следующем: "Похоже, вы обладаете способностью тонко чувствовать то, что происходит вокруг вас, и легко избавляться от ненужного!"

Алекс был поражен, когда я, казалось, встал на его сторону. Он также выглядел озадаченным и сопротивлялся принятию моего прочтения опыта, который он пережил за 5 лет до этого. Я понял, что до сих пор никто не задумывался о его внутренних мучениях. Кто бы мог это понять?

1. Себя? - Конечно же, нет! Иначе это не было бы симптомом болезни. Человеческий разум не воспринимает содержание, которое противоречит соответствующему отношению и терпению, которым его научили дома.

2. Друзья? - Они отвергнут его. Более того, они могут решить, что он смущает и их.

3. Родители? - Еще более уверенно - нет! Они еще не нашли причину и объяснение происходящему.

Это было мое понимание того, что бессознательно происходило в голове Алекса. Это побудило его принять решение изолировать себя от социальной среды и использовать симптом, если он будет вынужден вступить в контакт. На протяжении многих лет Алекс размышлял над вопросами: "Кто я?"; "Что я такое, к чему принадлежу?". "Кому/чему я должен следовать - себе или другим?". В терминах Позитивной и Транскультурной психотерапии это содержание его Ключевого конфликта (рис. 1) Он продолжает учиться, ходит на языковые и математические курсы, но постоянно чувствует, что "стоит между двух берегов". Он постоянно боится, что его снова вырвет и опозориться перед всеми.

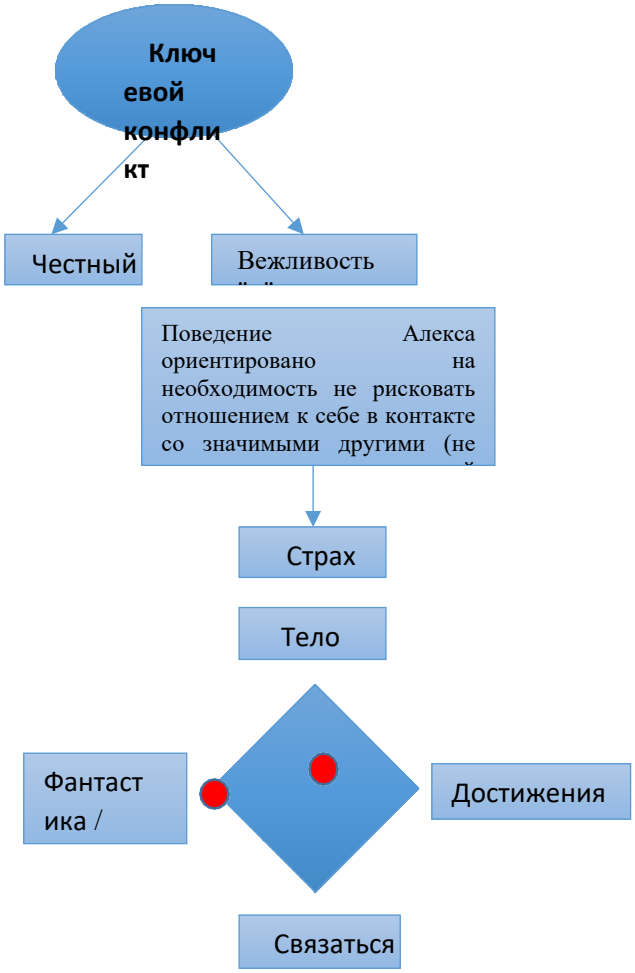


Рис. 1 Модель ключевых конфликтов клиента

Что я узнал о нем - Стадия **инвентаризации**?

4.С детства братья занимаются спортом, брат Алекса играет в футбол, а Алекс - в волейбол. Волейбол не был решением или желанием Алекса, это было решение его отца. Алекс не хотел туда идти, но он не мог сказать: "Нет" или "Я не хочу!".

5.Мать и отец (особенно отец) приняли решение, что Алекс должен начать учиться в школе с

профильные спортивные классы. Это значит, что он должен участвовать в соревнованиях. Перед этими соревнованиями он не спал всю ночь, мучительно думая о неудаче. На спортивной площадке он волновался, нервничал и замирал от страха.

6. После нескольких неудач на соревнованиях родители решили, что успехов в спорте у него не будет, и без его согласия перевели в школу с профильными классами биологии и химии (слова отца были: "Давай вообще станем врачом"). Он регулярно посещает школу, готовит уроки и домашние задания, постоянно думая о том, что не должен опозорить родителей.

7. За время своего взросления он усвоил, что родителей нужно слушаться и что воля отца - закон. Он убежден, что все они полагаются на него (турецкие бабушка и дедушка внушили ему, что первенец должен взять на себя надежду всей семьи), и он должен оправдать их ожидания не только в отношении успехов в учебе и послушания, но и во всех остальных аспектах. Для такой семьи типичны порядок, вежливость и успех. Что касается религии, то здесь внимание уделяется послушанию.

8. Затем последовали уроки математики и обращение Алекса к

Математическую школу снова выбирают родители.

9. В такой семье он пережил немало разочарований, связанных с представлением о том, что его брат гораздо более любим (согласно его опыту) и гораздо более успешен, по мнению родственников и круга знакомых. Он прекрасно понимает, что его брат, как "вольная птица", следует своим собственным желаниям и намерениям, в то время как он всегда уважает других.

10. О том, что его беспокоит, он не делится ни с кем. По сей день по ночам он не может уснуть и терзается мыслями о неудаче. Будучи молодым человеком с высоким интеллектуальным уровнем, он способен контролировать себя и вести себя в основном вежливо, что помогает ему держаться в стороне от хаотичных и беспорядочных контактов с окружающими (как это умеют делать некоторые подростки), он кажется довольным собой, психически уравновешенным и успешным. Это происходит потому, что...

Как показала Стадия **ситуативного поощрения,**

11. Он - человек разумный, послушный, последовательный, стремящийся к успеху любой ценой.

Он может справиться с собой и своими эмоциями, "проглотив их" - фактически, он отключает их и сводит к минимуму.

Стадия **вербализации**

Каким-то образом в его голове спонтанно возникла связь между тем, что я рассказал Алексу в самом начале, и его собственным рассказом о себе. В начале наших встреч я сказал ему, что у него есть способность переключать внимание на что-то внутри себя или на что-то

вокруг себя, и я сказал ему, что то, что не проявляется днем, выходит ночью с бурной силой. Это те эмоции, которые он себе не позволяет, потому что не знает, как использовать их в качестве сильных сторон.

Он ответил: "До сих пор я никогда в жизни не слышал о себе таких хороших слов". В своей вербализации Алекс сам представил нашу терапевтическую задачу как свою собственную проблему. Я понял, что Алекс не знает себя в свете своих собственных способностей, а лишь как "сияние отраженным светом" от способностей других людей.

В ходе серии из 20 терапевтических встреч мы разобрали ряд жизненных ситуаций и тем. Первая, важная для меня как терапевта и для него как пациента, заключалась в том, чтобы понять логику появления агрессивно заряженных мыслей, которые он вежливо проглатывал. Мы разбирали эту тему на протяжении 4 встреч.

В следующей группе занятий мы перешли к борьбе за перемены, причем Алекс играл ведущую роль, а я оказывала психологическую поддержку. Наши задачи до сих пор были осознанными - выработать новое поведение, которое требует упорства (у него это сильная способность). Другой задачей было открыто поделиться способностью, которую мы только что развили в нашем контакте, а позже он донесет ее в вежливой форме до родственников.

Мы также уладили ряд жизненных недоразумений:

13. Форма родительской привязанности - справиться с болезненным переживанием, что его не любят, потому что он не оправдывает их ожиданий, что его по-прежнему не замечают и поэтому лучше быть "скрюченным за компьютером", "молчаливым буквой";

14. Что значит следовать религиозным правилам и каково место веры? В чем смысл веры?

15. Что я теряю, но и что приобретаю, если веду себя определенным образом.

Например: Когда я только послушный ребенок, правильный, внимательный, уважающий других, откуда им знать, о чем я думаю и как по-другому переживаю происходящее - это презентация силы негативных эмоций.

16. Что я даю себе, когда делаю что-то для других? Например: Когда я спешу что-то сделать, но на самом деле в данном случае от меня никто ничего не ждет. Но при этом я думаю, что делаю это для других, не имея возможности осознать, что использую этот способ для защиты своей нормы справедливости и своего видения успеха.

Постепенно в его поведении появились первые изменения:

17. Умение отличать "что хотят другие" от "чего хочу я" в одной и той же ситуации давало ему право выбирать, как поступить в сложившейся ситуации.

18. Вместо того чтобы пытаться реализовать свою фантазию о "выигрышном поведении", он развил способность к эмоционально мотивированному, свободному поведению.

19. Вместо крайнего перфекционизма, направленного на то, чтобы быть принятым, он расширил свой спонтанный потенциал.

Удовлетворенные достигнутыми результатами, мы отделились от компании со следующим балансом:

Этап **расширения целей**

Он сообщил, что если раньше он хотел быть успешным в своей деятельности только ради одобрения окружающих, то теперь для него важнее чувствовать себя удовлетворенным. В этом направлении он теперь активный молодой человек, вторичный по воспитанию, но эмоциональный по природе, и уже знает, что делать в повседневной жизни без симптомов и чувства зависимости от одобрения близких. Большим испытанием для него стало участие в олимпиаде по биологии, когда он почувствовал себя удивленным, спокойным и без симптомов, чего раньше никогда не случалось.

Почему я рассказываю вам об этом случае?

Этот подросток находится на психологической (и эмоциональной) стадии сепарации. На стадии, когда он активно пытается синтезировать свой опыт, чтобы сформировать устойчивое чувство личной идентичности. Эрикссон подчеркивает роль точного самопознания и реализма, но здесь этот подросток ощущал себя - и, соответственно, вел себя как в 3 - 4 года, когда "битва шла за автономию". Каждая мать знает, каким пластичным может быть ребенок, если он решит делать то, чего от него ждут другие, но заставить его делать только это невозможно.

Заключение

Наличие сильного внешнего контроля и чрезмерно жесткого и вторичного воспитания лишает ребенка возможности научиться контролировать и выражать себя в соответствии с собственной волей и свободным выбором. Возникает застарелая подозрительность и стыд, которые приводят к неизбежному чувству потери самоуважения и ощущению чрезмерного контроля со стороны родителей.

Ссылки

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

[2] **ЕРИКСЪН, Е. [ERIKSON, E.]** (1996). *Идентичност: Младост и криза* [Идентичность: Молодежь и кризис]. С.: Наука и изкуство. 340 с.

[3] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *Позитивная психотерапия повседневной жизни: Руководство по самопомощи для отдельных людей, пар и семей с 250 историями болезни,* Блумингтон, США: AuthorHouse UK

[4] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *Позитивная психосоматика: Клиническое руководство по позитивной психотерапии,* Блумингтон, США: AuthorHouse UK

[5] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *Позитивная семейная терапия: Руководство по позитивной психотерапии для терапевтов и семей*, Блумингтон, США: AuthorHouse UK

ИСЦЕЛЕНИЕ И ДУХОВНОСТЬ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Антонелла Матеи
Мастер-тренер РРТ
Центр "Пси Позитум" (Бухарест, Румыния)
Электронная почта:
psiholog_positum@yahoo.com

Получено 25.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

Эта статья - приглашение поразмышлять о том, как мы можем справиться с духовными, экзистенциальными аспектами, описанными Носсратом Песешкианом в его методе позитивной и транскультурной психотерапии. Экзистенциальный аспект был проанализирован в процессе терапии и использован в качестве сильного ресурса. В соответствии с ролевой моделью, связанной с базовым конфликтом, автор рассматривает отношения пациента с Богом. Ресурсами, которые предлагает религия в психотерапии, могут быть: надежда, принятие, смысл жизни (полезно при депрессии, смерти), молитва (которая снижает тревогу), медитативные упражнения и ритуалы. Установлено, что в тех случаях, когда пациент сталкивается с экзистенциальными проблемами, ресурсы, предлагаемые религией, неоспоримы.

Ключевые слова: Позитивная психотерапия, духовность, религия, психическое здоровье.

Введение

Что касается религии, то родители могут стать образцом/антиобразцом для своих детей. Таким образом, дети будут перенимать или отвергать религиозные нормы родителей и/или придерживаться других норм (первичные мы). Человек, с точки зрения позитивной психотерапии, добр по своей природе и состоит из 4 сфер: физической, психической, социальной и духовной. Для сохранения здоровья необходимо гармоничное развитие всех этих сфер. Мы должны уделять время и энергию в равной степени каждой из сторон.

Там, где есть вера, религиозные ценности могут стать ресурсом в терапевтическом процессе.

В зависимости от того, как интериоризировано божество: как доброе, любящее, поддерживающее или, наоборот, как злое, авторитарное, осуждающее; пациент будет ориентирован на то, чтобы использовать, получить доступ к ресурсам или пересмотреть религиозные представления в перспективе. Как строятся отношения с Богом - на основе любви или страха?

Ресурсы, предлагаемые религией в психотерапии, могут быть следующими: надежда, принятие, смысл жизни, молитвы, медитации и ритуалы. Когда пациент сталкивается с экзистенциальными проблемами (болезнь/смерть, отсутствие смысла/пустота), ресурсы, предлагаемые религией, неоспоримы.

На американских деньгах напечатано "In God we trust". Похоже, американцы посчитали нужным нанести это на свои деньги, чтобы не забывать о том, что дает им опору.

Методология

Согласно Носсрату Пешкиану (Peseschkian, 1977), "доверие" - это способность, которая развивается в раннем детстве в симбиотических отношениях "Я-Ты". Духовное доверие, а также доверие к будущему и культуре развивается по модели отношения родителей к миру, "Происхождение Мы". Младенец научится принимать себя, будучи принятым и любимым в первую очередь в отношениях с родителями. Когда происходит дифференциация "Я" и "Ты", доверие и вера могут быть развиты в более широких отношениях с другими людьми, чтобы сформировать "Мы", репрезентацию Я по отношению к другим. Способность любить" (Peseschkian, 1977) представляет собой способность принимать себя и других. Благодаря развитию способности любить устанавливаются связи с другими способностями. Базовая "способность знать" означает дифференциацию относительно социальных норм. Эти две базовые способности являются фундаментом, на котором развивается способность к вере. Баланс между религией и наукой во многом выражает две основные способности - познавать и любить. Наука выступает за

способность к познанию, а религия - способность к любви. Вера развивается из способности любить и становится понятной в своем содержании благодаря способности знать. Носсрат Песешкиан рассматривает религию как наделение смыслом, а веру - как поиск смысла (Peseschkian, 1985).

Как позитивный психотерапевт я соприкасаюсь с такими экзистенциальными темами, как религия, духовность, философия жизни. В своей работе я обнаружил, что для одних пациентов это важные ресурсы, а для других они могут стать препятствием или усложнить их жизнь. Принцип баланса помогает мне понять этот аспект и работать с ним.

Так родился вопрос: чем и как религия, культура, философия жизни могут помочь в исцелении или, наоборот, усилить расстройства. Как религия может помочь в исцелении, как именно она поддерживает исцеление? Или какой аспект религии может привести к расстройствам?

В каждой стране и культуре существует множество пословиц и поговорок, в которых говорится о Боге. Вот некоторые примеры: Бог помогает тем, кто помогает себе сам; Бог дает каждому песню; Бог движется неисповедимыми путями; помоги себе, чтобы помочь Богу помочь тебе; Бог работает через нас, Бог видит тебя; Бог да будет с тобой, Бог везде; Бог помогает нам; Поверь в Бога и привяжи своего верблюда; Он поймал Бога за ногу. Что же на самом деле означают эти бесчисленные пословицы, в том числе и в терапии?

Для большинства наших клиентов Бог по-прежнему является частью нашей культуры, нашей традиции, нашей повседневной жизни. Другими словами, вера - это часть нашего коллективного бессознательного, которое питает нашу сознательную жизнь. В любой культуре религиозные верования вдохновляют систему образования, искусство, литературу, само существование человечества. Религия дает нам правила, которые управляют тем, как мы живем вместе, определяют позицию человека и его взгляд на жизнь. Носсрат Песешкиан в своей книге "В поисках смысла" (Peseschkian, 2016) различает термины "вера", "религия" и "церковь". Это помогает в терапии прояснить и понять конкретный смысл для клиентов. В слове "религия", по его словам, кроется много недопонимания. Он имеет в виду человеческую способность находить смысл, в то время как религия может придать смысл, а наука помогает найти этот смысл.

Бог по-разному воспринимается в культурах, странах, семьях и отдельных людях, считает Н. Песешкиан. "Религия - это как лекарство, которое действует на сущность человека. Если ложно понятая религия приводит к нарушениям, зацикливанию, торможению в развитии и жесткости интеллектуальных защит, она должна быть бессмыслицей. Фейербах называл это патологией, а не теологией; Маркс и Энгельс говорили о религии как об опиате масс, а Фрейд

карикатурно изобразил ее в виде страховой компании" (Peseschkian,
2016).

Теория и духовная основа. Носсрат Песешкиан описывает науку и религию как два крыла, которые человек может использовать для прогресса. Нельзя летать только на одном крыле. Если люди пытаются лететь только на крыльях религии, они закончатся в догматизме, суеверии. Если же использовать только крыло науки, то человек впадет в отчаяние материализма.

Чтобы быть полезной, религия и психотерапия должны быть в равновесии. Песешкиан сказал: Психотерапия помогает нам жить; духовность открывает способность понимать жизнь. "Цель идеологии концепции мира как религии - сознательно признать человеческие ценности, цель и смысл жизни, в то время как точные науки ищут и находят объяснения закономерностям. Если религия и наука действительно призваны быть полезными для человека, они должны быть целостными и составлять единое целое. Религия не заменяет психотерапию, а психотерапия не заменяет религию".

Таким образом, мы возвращаемся к нашему вопросу: чем и как религии, духовность могут помочь нам в нашей деятельности как терапевтов, в исцелении или, наоборот, запутать нас, сохраняя нарушения, дисбаланс.

Что мы точно знаем как психотерапевты, так это то, что религиозные концепции или религиозные нормы становятся внутренними убеждениями. Как мы знаем из позитивной психотерапии, через свои отношения с религией родители могут стать ролевыми или антиролевыми моделями для своих детей. Таким образом, дети будут перенимать или отвергать религиозные нормы своих родителей, сохраняя их или придерживаясь других, отвергая их (Primary We).

Человек, с точки зрения позитивной психотерапии (в соответствии с принципом баланса), добр по своей природе и состоит из 4 сфер: телесной, психической, социальной и духовной. Чтобы сохранить здоровье и способствовать гармоничному развитию всех сфер, мы должны уделять равное время, внимание и энергию каждой части. Здесь полезно посмотреть, перегружена или недогружена область религии, философии жизни. Если область религии, философии жизни представлена слишком широко или слишком развита, то возникает дисбаланс, и другие области оказываются неохваченными. Если я буду молиться весь день и перестану работать, мне не на что будет содержать себя, мне не на что будет жить. Если я не буду вкладывать время и энергию в отношения, в контактную сферу, то однажды я могу проснуться в одиночестве, без поддержки окружающих меня людей. Если я буду смотреть только на Бога и не буду заботиться о своем теле, я могу заболеть. Избыточное представление может стать более гибким в консультировании и терапии.

ISSN 2710-1460
© Издательство

Результаты

Терапевтическое применение. В соответствии с ролевой моделью и в связи с базовым конфликтом я могу посмотреть на отношения пациента с Богом. На чем основаны отношения с Богом? Страх или любовь? Как у пациента складывались отношения с Богом? Здесь мы можем выяснить, как пациент представляет себе Бога, видит ли он друга или врага, люблю я его или нет? Как я к нему отношусь? И я пытаюсь выяснить, у кого из родителей были такие же отношения с Богом. И что они просили, ждали от пациента, чтобы дать ему принятие, любовь.

Там, где есть вера, религия может стать ресурсом в психотерапевтическом процессе. Ресурсы, предлагаемые религией в психотерапии, могут быть следующими: надежда, принятие, смысл жизни (полезно при депрессии, смерти), молитва (снижает тревогу), медитативные упражнения и ритуалы. Очевидно, что там, где пациент сталкивается с экзистенциальными проблемами, ресурсы, предлагаемые религией, неоспоримы.

Презентация случая

Овидиу (имя изменено) появляется в офисе заметно напряженным и измученным. Проблема, с которой он столкнулся, касается его супружеских отношений. Он женат уже 17 лет. Отношения начинались с уважения и признательности, без любви и привязанности со стороны пациента.

В настоящее время отношения с женой сильно ухудшились. В связи с этим он влюбляется в коллегу по работе. У него завязываются романтические отношения с ней, но они остаются на платоническом уровне, потому что он считает грехом заниматься сексом вне брака. Чувство вины очень велико и развито также из-за его католицизма. Он также делает акцент на представлении вторичных способностей. Вторичные способности и сильная приверженность нормам католической церкви приводят к наличию сильно представленного суперэго. Он сильно представлен в религиозной сфере, в то же время с сильным желанием из-за страха соблюдать правила, навязанные церковью, подчиняться им, как он делал в отношениях с отцом. Послушание представлено в максимальной степени. Именно здесь возникает основной конфликт: я подчиняюсь отцу, я боюсь его, я делаю только то, что мне позволено. То, что сейчас переносится в реальный конфликт, - я подчиняюсь церкви и делаю только то, что церковь и ее нормы мне позволяют. В противном случае я буду наказан и буду вечно гореть в аду. Бог (отец в прошлом) не простит меня, и я буду вечно наказан.

Он объяснил мне, что в католической религии разводы не приняты, и если ты разводишься, то попадаешь в ад.

Отношения с женой очень неблагополучные, часто доходит до физического насилия с обеих сторон, которое заканчивается только вмешательством полиции. "Ад на земле", с моей точки зрения. Он доминирует над своей женой, подчиняясь ей.

Он также чувствует себя виноватым перед ней, потому что в прошлом отец жены помог ему получить высшее образование. Благодаря этому образованию у него сейчас есть хорошая работа. Он день и ночь молится Богу, чтобы жена ушла от него, считая это единственным способом освободиться и снять с себя вину перед Богом.

Вот как выглядела его жизнь, когда он пришел на терапию.

Преобладающей эмоцией является страх, воплощенный в настоящем в страхе перед Богом (в прошлом - страх перед отцом). С психодинамической точки зрения, в базовом конфликте мы видим бурные и жестокие отношения с отцом и с множеством требований, ориентированных на вторичные способности (послушание, пунктуальность, серьезность). Отношения с матерью также характеризовались требованиями, ориентированными на вторичные способности, но без агрессивности (послушание, серьезность).

Полностью лишенный любви, поддержки, принятия, он идет в католическую церковь, где чувствует божественную любовь, принятие, на которое он бессознательно реагирует слепым послушанием, которого требовал от него отец в прошлом.

В терапии мы много работали над различием между отцом и Богом и над тем, как эти два отношения пересекаются (подчинение отцу / подчинение Богу, религия; страх перед отцом / страх перед Богом). Мы также прорабатывали различия между Богом и церковными учреждениями.

В отсутствие позитивных представлений, отношения с религией с религиозными нормами, которые были интернализованы, отношения с Богом сильно развились. Он, принимает себя, только когда следует религиозным нормам.

Его фактический конфликт заключался в следующем: "Я не разведусь, потому что буду вечно наказан и буду гореть в аду". В этот момент, понимая, что рядом с духовной проблемой также лежит его неспособность принимать решения, промедление, я сказал ему, что он также может проконсультироваться с католическим священником, чтобы пойти по пути аннулирования брака.

Мы также работали над ключевым конфликтом, чтобы быть менее вежливым с его женой и более честным с ней; и он смог вербализовать это в процессе терапии. В процессе терапии он смог вербализовать актуальный конфликт: если я не подчинюсь Богу, он больше не будет любить и спасать меня. А также основной конфликт: если я не буду слушаться отца, он будет меня наказывать и бить.

Я работал с транскультурной моделью других религий, где мужья могут иметь несколько жен, как в исламе. Он сказал, что мысли могли бы быть другими, если бы у него была другая религия. Иногда я использовал юмор, например: "Вы более католик, чем Папа Римский", и ему удавалось посмеяться над этим.

Наконец он нашел в себе силы съехать из дома, где жил с женой, но без официального развода.

© Издательство

Он жил самостоятельно и продолжал отношения со своей девушкой.

Его окончательное решение заключалось в том, чтобы избежать конфронтации с женой (избегание - один из часто используемых защитных механизмов) и отправиться на один год в миссию за границу.

А пока он оставит решение в руках Божьих, и, может быть, кто знает, до его возвращения жена найдет себе другого.

Заключение

Как человеческие существа, мы нуждаемся в духовной ориентации, ценностях, философии жизни для гармоничного опыта и сбалансированного психического здоровья и должны осознавать нашу собственную духовную модель как терапевты. В позитивной психотерапии этот экзистенциальный аспект анализируется в процессе терапии, а также используется как мощный ресурс.

В представленном случае не хватало времени на поиск окончательного решения. Пациент был вынужден прекратить терапию, так как собирался отправиться в служебную командировку за пределы страны.

Мы можем исцелять только во взаимодействии с нашими клиентами и при их готовности и смелости работать со своим потенциалом. Иногда мы можем направлять пациентов и к священнику, когда требуется подобный подход.

Как сказал Н. Песешкиан: "Религия не заменяет психотерапию, а психотерапия не заменяет религию". Как психотерапевты, мы можем сотрудничать с врачами, социальными работниками, а иногда и со священниками, учитывая, что человек состоит из 4 сфер: телесной, психической, социальной и духовной.

Ссылки

[1] **ОКОРО, ДЖ.** (2019). Духовность. Презентация на 7-м Словесном конгрессе по позитивной и транскультурной психотерапии (Анталия, Турция). Retrieved from: https://www.positum.org/files/spirituality.pdf

[2] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (1977). Позитивная психотерапия: Theorie und Praxis einer neuen Methode. Frankfurt am Main: Fischer.

[3] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *В поисках смысла: Позитивная психотерапия шаг за шагом.* Блумингтон, США: AuthorHouse UK

ЗДОРОВЬЕ - БОЛЕЗНЬ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Гюнтер Хюбнер
Доктор философии, мастер-тренер ППТ,
частная практика Хофхайм (Германия)
Электронная почта:
gunther.huebner@positive-konfliktberatung.de

Получено 15.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

Здоровье и болезнь следует понимать как две стороны одной медали. Человек не является ни здоровым, ни больным, скорее, он постоянно стремится к равновесию, и только тогда можно говорить о приближении к здоровью. В этом контексте симптомы приобретают информационный характер и указывают на неудовлетворенные желания (потребности).

Ключевые слова: здоровье, болезнь, баланс, Позитивная психотерапия, потребности

За 20 лет жизни человек страдает в среднем от 20 опасных для жизни, 20 серьезных и двухсот средних заболеваний.

Штефан Хайм

Введение

Зрители и слон

Ночью слона завели в темную комнату для выставки. Люди стекались толпами. Поскольку было темно, посетители не могли разглядеть слона, поэтому они пытались уловить его форму на ощупь. Поскольку слон был большим, каждый посетитель мог ухватить только часть животного и описать его в соответствии со своими тактильными ощущениями. Один из посетителей, схвативший одну из ног слона, объяснил, что слон похож на крепкий столб; второй, потрогав бивни, описал слона как заостренный предмет; третий, взявшись за ухо животного, сказал, что оно не похоже на веер; четвертый, погладив спину слона, заявил, что слон прямой и плоский, как диван. (Peseschkian 2016)

Мы должны спросить себя: что такое здоровье? Из приведенной выше истории мы узнаем, что каждый человек может обнаружить и описать только часть животного с помощью своих тактильных ощущений, но за один раз он видит только часть целого. Выводы, сделанные на основе этого, искажают представление о реальности или, другими словами словами, мы переживаем реальность, которую субъективно искажаем. Аналогично, эту историю можно рассматривать как синонимичный пример, когда мы спрашиваем о понимании здоровья и болезни. Каждый из нас переживает проявление симптомов болезни, но они могут быть поняты только как часть целого.

Поскольку люди в целом постоянно подвергаются риску заболевания, борьба с болезнью требует мобилизации огромных сил и оправдывает большие затраты, не проясняя в конечном итоге вопрос о том, что такое здоровье. Поскольку здоровье не может быть в достаточной степени определено отсутствием болезней, необходима целостная концепция в смысле философии здоровья. Поэтому здоровье не может быть отсутствием отдельных аспектов болезни. В результате симптом не может быть определен только в контексте болезни, поскольку необъяснимая или отсутствующая роль здоровья (как противоположность) еще не получила удовлетворительного объяснения.

Методология

Требования к пониманию здоровья

Мы узнаем о здоровье, как только нам его не хватает. (Эндрю Вайл). Попытка определить здоровье через "не быть больным" выражает такую же беспомощность, как попытка объявить мир через "не быть на войне". Это неудовлетворительное определение здоровья основано на многомерной проблеме: человека просят

ISSN 2710-1460WAPP

осознать границы собственной индивидуальной, интерактивной, институциональной и идеологической референции, поскольку между здоровьем и болезнью, с одной стороны, и социальной средой, с другой (транскультурная референция), существует взаимозависимость, так как каждое определение здоровья или болезни приобретает различное значение в рамках соответствующего уровня. Решение о том, когда возникает "расстройство", отвечающее условиям болезни, и когда у индивида появляется достаточное количество патологических компонентов, зависит от определения здоровья и понимания болезни.

Рис. 1. Четыре качества жизни = здоровье

Еще одна сложность в определении здоровья - это убеждения и мировоззрение людей, которые принимают решения о них. Как и здоровье, болезнь (симптомы) следует понимать как атрибуцию интерпретации, в которой убеждения и мировоззрение выражаются и конструируются как диагностическое определение.

Медицинские представления о соматогенных заболеваниях коренным образом изменились благодаря развитию "психосоматики". Теоретико-методологическая объяснительная концепция психосоматики имеет психоаналитическое и глубинно-психологическое происхождение, а потому является областью индивидуально-интеракционистского уровня. С этих уровней психопатологические подходы играли основную роль в теоретико-методологических объяснительных концепциях психосоматики.

Результаты

Появились новые объяснительные и лечебные подходы с иным пониманием теории и методов (прежде всего системный и транскультурный подходы). Несмотря на то, что

При всем разнообразии теоретических и методологических подходов можно найти общие черты для многих клинических картин. Болезни, расстройства и проблемы все чаще получают скрытое или бессознательное послание с информационным содержанием. Интерпретируя эти болезни или расстройства, они становятся предметом коммуникации, а значит, "осмысленными", "осознанными" и поддающимися лечению. В целом, в классификации психосоматических процессов существует тенденция отделять их от соматических процессов (заболеваний) или обосновывать их на основе дифференциальной диагностики (см., например, кодирование по МКБ 10). При таком разделении соматических и психосоматических заболеваний подразумевается, что не каждое заболевание/симптом соотносится с более глубокой проблемой человека и, следовательно, не каждая форма болезни наделяется "информационным содержанием".

Также, как правило, нет научного согласия в том, чтобы приписывать всем симптомам психологическую корреляцию с психосоциальными факторами. Там, где заболеваниям и симптомам дается атрибуция, противоречащая пониманию "традиционной медицины", грозит уничижительное название "психологизация", что означает ненужное усложнение. Любой метод, который хочет психологически и содержательно интерпретировать симптомы и рассматривает их как нерешенную психологическую проблему, но чей объяснительный подход находится за пределами признанной "номенклатуры", не избежит необходимости приводить доказательства релевантности выдвигаемых постулатов.

Исцеления или устранение симптомов не являются достаточным научным обоснованием, поскольку так называемые "спонтанные исцеления" или "эффект плацебо" привлекают внимание к тому, что существуют другие действующие факторы, которые либо требуют нового объяснения, либо являются проявлениями, выходящими за рамки "объяснимого" в настоящее время (Jaspers 1913).

Разделение соматических и психических заболеваний без учета взаимодействия (взаимозависимости) таит в себе риск возникновения кажущейся причинно-следственной связи между причиной и следствием, в результате чего существенные аспекты целостности (реальности) исключаются или отрицаются. В традиционных патогенетических объяснениях болезней прослеживается редукционистское мышление. Человек ограничивается точной диагностикой и рассмотрением симптомов с этиологической точки зрения (например, бактериальная инвазия как причина физических симптомов), не обращая внимания на целостность. Недостаточно учитываются связи между симптомами и возникновением болезни, а также взаимодействие признаков болезни с социальными и коммуникативными условиями.

Саймон (1995) объясняет эту идею следующим образом: "Если болезнь рассматривается как изменение в физическом пространстве, это не значит, что более глубокое ее объяснение - то есть механизм, порождающий ее, - локализуется в теле. Процессы, происходящие в теле и объясняющие формирование симптомов, в свою очередь требуют объяснения, которое вписывается в логику применяемой повседневной картины мира".

Соматическая медицина также интерпретирует причины болезни в связи с симптомами, и определенные симптомы связываются с определенными причинами, например, инфекционные заболевания требуют вирусов или бактерий. Неоспоримо и то, что в начале заболевания постулируется ослабление иммунной системы.

Однако болезнь человека редко связана со структурой его личности и его социальной ролью и реальностью (макро- и мезосистемы). Как известно, люди постоянно сталкиваются с бактериями, не обязательно реагируя на них проявлением болезни.

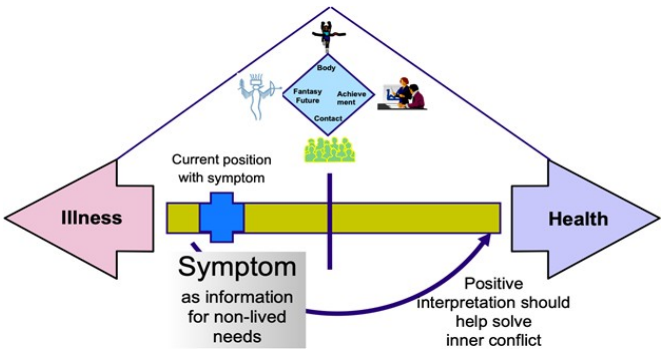


Рис. 2. Болезнь - здоровье в равновесии (автор)

Поэтому проблему здоровья/болезни нелегко объяснить в терминах причинно-следственного принципа. С одной стороны, возникает вопрос, когда и почему появляются симптомы и какое значение болезни можно им приписать, а с другой - какие условия / факторы человек привносит с собой, чтобы болезнь (например, выгорание) могла проявиться.

Если "органическая медицина" не может определить какие-либо органические находки при определенном симптоме, это состояние является неудовлетворительным не только для врача, но и для пациента. Тогда органическая медицина демонстрирует тенденцию переносить причины в воображаемое пространство где-то без "диагноза" (Simon 1995), которое не может быть объяснено, но, тем не менее, проявляется в силу своих эффектов. Принятие воображаемого пространства соответствует предположению, что задействованы "некие" механизмы, которые еще не объяснены (не исследованы, не найдены и т. д.), но должны существовать. Это переводит невыносимое состояние "незнания" в понятную для врача / психолога / ученого концепцию, даже если причины явлений находятся за пределами коммуникации.

Поэтому в воображении пациента может занимать много места мысль о том, что он на самом деле не болен (только симулирует) или наказан за социально девиантное поведение. Другими словами, пациент интерпретирует свои симптомы в соответствии со своими индивидуальными объяснениями, потому что каким-то субъективным образом он пытается согласовать наблюдаемые симптомы и явления со своим пониманием реальности (концепцией).

Саймон объясняет (1995): "При объяснении, с точки зрения внешнего, объективного наблюдателя, конструируется порождающий механизм для объясняемого явления. При понимании, с другой стороны, наблюдатель использует сходство между собой и наблюдаемой системой (человеком, кошкой, богом, машиной).
...); он идентифицируется с ним, входит, так сказать, во внутреннюю перспективу субъекта, стоящего в определенном коммуникативном контексте, чтобы (заново) построить свое чувство, мышление и действие в его осмысленности... Ненаблюдаемая область, в которой локализуется объяснение симптомов болезни, моделируется на основе нормальной человеческой коммуникации. Существуют определенные социальные правила хорошего поведения, соблюдение которых коррелирует с благополучием. И, наоборот, делается вывод, что потеря благополучия свидетельствует об отсутствии хорошего поведения".

Понимание симптомов, даже если их объяснительные подходы не относятся к области, поддающейся маркировке и пониманию ("ненаблюдаемые", Simon 1995), поскольку они не поддаются осмысленному наблюдению и традиционной категоризации, тем не менее, рассматривается как "источник информации". Субъективный опыт и интуиция образуют субъективное знание, которое, вместе с индивидуальным профилем личности, открывает собственные "провинции чувств" (Berger / Luckmann 1969) и "клавы реальности" (Müller 1991).

Из этого можно сделать вывод, что симптомы должны быть поняты как сообщение и наделены субъективным значением как внутриличностным, так и межличностным. Этот субъективный и коллективный процесс интерпретации наделяет симптомы смыслом, который делает их доступными для коммуникативного понимания. Ссылка на объективную реальность играет незначительную роль.

Симптомы становятся сообщениями и могут влиять на дальнейшие действия; например: Боли придается значение, которое не интерпретирует ее как враждебную и направленную против человека, следовательно, с ней не нужно бороться. В этом контексте выгоранию может быть придана информация или сообщение, имеющее значение в контексте здоровья и целостности, например, чтобы указать на недостаток, который переполняет человека в определенных ситуациях. Если не предпринять никаких контрмер или не сделать правильных выводов, есть риск возникновения расстройства, симптома или болезни.

Такой процесс привлекает внимание к общему явлению. Можно говорить о конструировании реальности индивидом, сообщающим и объясняющим внешнему миру свое субъективное представление (атрибуцию смысла) о своей реальности с помощью своей интерпретации симптома.

Если интерпретация симптомов основана на субъективном понимании, то одновременно возникает вопрос о контексте, в котором развивается это субъективное понимание. Для этого Песешкиан (2016) использует термины "значение" и "поиск значения", к которым он относит

область религии (смысл) и науки (поиск смысла). Такое использование терминов Песешкианом (2016) подразумевает взаимодействие различных доменов, которые, однако, составляют фон для субъективного понимания и могут быть обнаружены в каждой атрибуции.

Если допустить, что значение симптомов и событий - это субъективный конструкт, то получается, что человек имеет свои неявные приказы, идеи, нормы и ценности, передаваемые во внешний мир субъективным образом.

Таким образом, гипотетически можно использовать два источника информации:

a) интерпретация симптома делает прозрачной конструкцию реальности заинтересованного лица или наблюдателя, и в то же время становится ясно, какое значение симптом имеет для заинтересованного лица и

b) Интерпретация раскрывает субъективную и формирующую ситуацию реальность ожиданий, которая определяет дальнейшие действия индивида и его опыт обучения новым ситуациям.

Здоровье как понимание целостности

Далее предполагается базовое понимание здоровья, на которое влияет определенная идея целостности, которая должна позволить человеку интегрировать свои симптомы в повседневную жизнь. В дальнейшем эта модель, как и использование термина "целостность", должны быть объяснены более подробно, поскольку это означает, что здоровье синонимично понятию "быть здоровым".

Heil происходит от средневерхненемецкого и имеет следующее значение, согласно словарю происхождения Дудена (Duden's dictionary of origin 1963):

Удача"; (счастливое стечение обстоятельств; здоровье; исцеление, спасение, помощь... Под влиянием христианства слово "спасение" также приобрело значение "искупление от грехов и дарование вечного блаженства"...

Использование "целостности" и "исцеления" означает не статичное, а динамичное равновесие, баланс которого создает состояние, которое можно перевести как здоровье. В результате болезнь - это состояние, которое демонстрирует "потерю" или "отсутствие" целостности (в соответствии со значением: hopeless = "без удачи, благополучия или здоровья, следовательно, несчастный; отвратительный, злой"; там же).

Смысл спасения мы находим как в медицине, так и в религии (святой). Общим для обеих является понимание сознания единства как преодоления раздвоения или фрагментарной перспективы. Это также означает научиться интегрировать то, что существует за пределами субъективной реальности или было подавлено вне этой субъективной реальности.

Болезнь и здоровье - это не просто физические состояния, которые рано или поздно будут полностью проанализированы и поняты с помощью научных методов. Они коренятся в самых глубоких и таинственных слоях бытия... Идея о том, что человек должен принять и включить в себя темную сторону

Существование, даже болезнь и смерть, если человек хочет достичь целостности и совершенства, - впечатляющий ход мысли, отраженный в многочисленных системах практической магии и эзотерической философии. (Weil, 1997)

Поэтому здоровье может интегрировать в себя и болезнь, если болезнь понимается как явление, которое показывает, что необходимые для целостности аспекты отсутствуют, и, следовательно, здоровье еще не достигнуто.

Если исходить из этой концепции здоровья в целом, то устранение симптома не означает излечения, потому что были вылечены только симптомы, то есть болезнь была вылечена.

Поэтому исцеление в значительной степени концептуализируется как устранение причин болезни, но не как создание условий для здоровья. (Simon, 1995)

Чтобы прояснить содержание и форму, следует воспользоваться объяснением Детлефсена и Дальке (1990), которые проводят различие между симптомами, болезнью и здоровьем. Детлефсен и Дальке используют картину, в которой они сравнивают тело/организм человека со сценой (формой), на которой разыгрывается трагедия. Хотя трагедия разыгрывается на сцене, сцена не может быть трагичной, трагичным может быть только произведение (содержание). Но произведение (содержание) появляется на сцене (форма), в рамках сцен, с помощью костюмов, музыки, актеров и т. д. Это лишь формальные аспекты, которые что-то выражают, но не само содержание.

Капра (Capra, 1983) пытается сформулировать понятие здоровья примерно следующим образом: "Здоровье - это субъективный опыт, качество которого может быть интуитивно известно, но никогда не может быть исчерпывающе описано или количественно оценено". Но, возможно, мы можем начать наше определение с утверждения, что здоровье - это состояние благополучия, которое возникает, когда организм функционирует определенным образом. Описание этого типа функционирования будет зависеть от того, как мы описываем организм и его взаимодействие с окружающей средой... Таким образом, термин "здоровье" и связанный с ним термин "болезнь" не относятся к точно определенным единицам, а являются составной частью ограниченных и приблизительных моделей, отражающих взаимосвязь между несколькими аспектами сложного и изменчивого явления жизни.

Если признать относительность и субъективный характер термина "здоровье", становится ясно, что на переживание здоровья и болезни сильно влияет культурный контекст, в котором оно возникает... Кроме того, культурный контекст также влияет на то, как именно люди ведут себя, когда заболевают.

В понимании Капры здоровье - это выражение множественного взаимодействия индивида с социальной реальностью (макро- и мезосистемами) и порождающими механизмами, а также его субъективное восприятие.

В этом смысле здоровье понимается с помощью пешкианской модели баланса в целом, в которой сложные и разнородные содержания и ожидания должны быть интегрированы в зависимости от многомерных реальностей

чтобы обеспечить индивидуальные удовлетворительные ответы на различные требования, условия и ситуации.

Модель баланса Песешкиана - это метафора целостности и здоровья. Таким образом, сложные взаимосвязи, такие как здоровье, становятся доступными визуально и интуитивно, что недостаточно удовлетворительно при одной только коммуникации. В то же время эта модель остается неоднозначной и, тем не менее, может обобщать различные и сложные области с точки зрения сходства.

Чтобы быть здоровым, человеку необходима гибкость и готовность к активным действиям. Ему необходимо знать о возможности формировать и принимать решения. Чем динамичнее человек научился использовать и развивать свою энергию в четырех областях модели баланса, тем выше его гибкость и альтернативность в реагировании на проблемы и новые вызовы. В результате этого динамического балансирования Песешкиан рассматривает здоровье как субъективное ощущение благополучия, которое дает помощнику возможность ощутить свои физические (тело), психологические (работоспособность, контакт) и интеллектуальные (воображение/будущее) способности, которые позитивно взаимодействуют с природной (животные, растения и т. д.) и социальной средой (контакт). Это позволит такому человеку принимать фазы кризиса как естественные жизненные интервалы - как долину между двумя горами. Песешкиан (2016) предполагает, что способность индивидов помогать себе более вероятна, когда люди знают, как использовать свои силы и потребности.

В этом контексте модель баланса может помочь людям сориентироваться и получить компас здоровья для организации самопомощи.

Заключение

Здоровье можно понимать как субъективный конструкт, который формируется в процессе социализации. Кроме того, культурные привычки способствуют развитию личности. Это приводит к формированию самоочевидного представления о себе. Но на самом деле это лишь привычки, основанные на относительных повторениях в культурно-социально-индивидуальном жизненном пространстве, которые становятся своего рода строгим законом того, как я понимаю, что я должен делать и чего я не должен делать, чтобы быть самим собой. Этот процесс происходит в значительной степени бессознательно, в смысле привычки.

Понимание здоровья и болезни также формируется под влиянием индивидуальных конструкций реальности. Это развитие становится проблематичным, когда человек понимает привычки как единственный способ быть самим собой, даже вопреки своим эмоциям и потребностям, просто потому, что он считает, что так должно быть. В результате человек сокращает свой творческий процесс осмысления новых возможностей, которые до сих пор существовали за пределами его собственной реальности, но до сих пор считались недопустимыми в рамках моей концепции себя.

Если же желания и потребности не могут быть согласованы с творческими возможностями, то, с одной стороны, это симптомы,

выражение непрожитых потребностей и, с другой стороны, информация о недостатке творчества, недостаточном использовании новых возможностей. В результате происходит неосознанное самосокращение возможностей оставаться в привычках, которые не соответствуют потребностям человека.

Поэтому понимание модели баланса в позитивной психотерапии - это и приглашение мыслить "за рамками" прежней реальности, и запрос на согласование своих потребностей с самим собой, из чего косвенно вытекает здоровье и удовлетворенность жизнью.

Ссылки

[1] **АНТОНОВСКИЙ, А.** (1979). *Здоровье, стресс и преодоление: [Новые взгляды на психическое и физическое благополучие]*. Сан-Франциско, Калифорния: Jossey-Bass.

[2] **АНТОНОВСКИЙ, А.** (1984). *Чувство согласованности как детерминанта здоровья. In: Matarazzo, J.D. e.a.: Behavioral Health: Руководство по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.* New York. pp. 114- 129.

[3] **АНТОНОВСКИЙ, А.** (1993). *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung* [Исследование здоровья в сравнении с исследованием болезни]. In: Franke, A./ Broda, M. (Hg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen. S. 3-14.

[4] **БЕККЕР, П.** (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle* [Психическое здоровье и контроль поведения]. Вальштедт: Хогрефе.

[5] **БЕРГЕР, ПИТЕР Л., И ЛУКМАНН, Т.** (1963). "*Социология религии и социология знания". В книге "Социология и религия*: A Book of Readings, edited by Norman Birnbaum and Gertrude Lenzer, 410-418. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

[6] **КАПРА, Ф.** (1983). *Дао физики*. Бостон: Shambhala Publications.

[7] **ДАМАСИО, А. Р.** (2000). *Ощущение того, что происходит - Тело и эмоции в становлении сознания.* Нью-Йорк: Mariner Books.

[8] **DENEKE, F.-W.** (2001). *Psychische Struktur und Gehirn - Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten* [Mental Structure and Brain - The Verlag. 286 s.

[9] **DETHLEFSEN, T., DAHLKE , R.** (1990). *Исцеляющая сила болезни: Значение симптомов и как их интерпретировать*.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* [To err is human: Textbook for Psychiatry and Psychotherapy]. Psychiatrie Verlag, Köln 1978, 1984, 2002, 2017.

[11] **ЯСПЕРС, К.** (1913). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen.* [Общая психопатология. Руководство для студентов, врачей и психологов]. Берлин: J. Springer. 338 s.

[12] **JORK, K., / PESESCHKIAN, N.** (2006). *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden - gesund bleiben* [Салютогенез и позитивная психотерапия. Будьте здоровы - оставайтесь здоровыми]. Bern: Hogrefe AG; 2., aktualisierte und ergänzte Edition. 297 s.

[13] **КРАУЗЕ, Р.** (1992). *Psychodynamik der Emotionsstörungen - eine psychoanalytische Perspektive* [Psychodynamics of Emotional Disorders - A Psychoanalytic Perspective]. Stuttgart: Kohlhammer. 276 s.

[14] **ПЕСЕШКИАН, Х., РЕММЕРС А.** (2020). *Позитивная психотерапия: An Introduction*. In: 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] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *В поисках смысла: Позитивная психотерапия шаг за шагом,* Блумингтон, США: AuthorHouse UK.

[16] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *Позитивная психосоматика: Клиническое руководство по позитивной психотерапии,* Блумингтон, США: AuthorHouse *UK*

[17] **ПЕСЕШКИАН, Н.** (2016). *Восточные истории как техника позитивной психотерапии*, Блумингтон, США: AuthorHouse UK

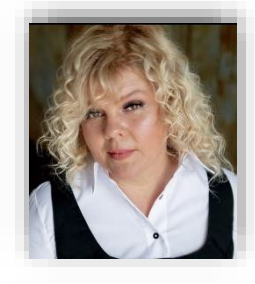
[18] **САЙМОН, Х. А**. (1995). Рациональность в политическом поведении. *Политическая психология 16 (1). стр. 45-61.* DOI: 10.2307/3791449.

[19] **OXFORD-DUDEN GERMAN DICTIONARY**: German-English, English-German (1963) под редакцией Dudenredaktion и немецкой секции словарного отдела Oxford University Press ; главные редакторы, 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* [Насколько реальна действительность?: Заблуждение, обман, понимание]. Piper Taschenbuch; 19. Edition. 256 s.

[21] **ВЕЙЛ А.** (1991). *Здоровая жизнь (Спросите доктора Вайля*): Ivy Books; 1st ed. 85 p.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ: ИССЛЕДОВАНИЕ И НАУЧНАЯ ПЕРСПЕКТИВА



Оксана Кованда
Доктор философии, частная практика (Одесса, Украина)
Основной консультант ППТ
Электронная почта:
neiro.psicho.game@gmail.com

Получено 16.11.2020.
Принято к публикации 25.01.2021.
Опубликовано 01.02.2021.

Аннотация

Данная статья написана по материалам диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук (PhD), на основе рукописного материала. Тема диссертации - "Социально-психологическая коррекция суицидальных состояний у лиц зрелого возраста". Теоретико-методологический анализ подходов к проблеме суицидального состояния у взрослых, проведен в современной, научной среде. Обосновано, что под суицидальным состоянием понимается временная, ситуативная или внутренне обусловленная дезинтеграция личности, возникающая при осознании невозможности преодоления препятствий в достижении жизненных целей с помощью способов, сформированных на основе предыдущего жизненного опыта. Показательно, что суицидальное состояние может проявляться признаками снижения и негибкости социальной интеграции, что приводит к нарушениям в межличностной, социальной и профессиональной сферах личности. Проведенный анализ позволил выявить характерные признаки суицидальных состояний на современном этапе развития социально-экономических отношений и определить характерные признаки таких состояний, свидетельствующие о суицидальных намерениях. Важным моментом является то, что для определения реального суицидального риска у взрослых необходимо учитывать не только факторы, способствующие самоубийству, но и предикторы, сдерживающие суицидальные состояния и выступающие в качестве защитных факторов от самоубийства.

На основе проведенного в диссертационном материале исследования отмечается связь актуальных способностей личности и способов переработки конфликта, которые могут привести к формированию и проявлению поведенческих реакций, вследствие чего могут возникнуть необратимые последствия в виде суицида. В результате в статье анализируется тема актуальных способностей человека, которые помогают справиться с гнетущей ситуацией, кажущейся неразрешимой. Особое внимание в статье уделяется тому, что благодаря актуальным способностям можно сформировать новые взгляды на конфликт, приводящий к суицидальным мыслям, и сформировать новое видение "непереносимой" конфликтной ситуации. Выделены и описаны характерные особенности конфликтоцентрированного метода ППТ, который, применяя позитивную интерпретацию симптома, возникающего в стрессовой ситуации, позволяет изменить состояние человека с "неразрешимого" на "разрешимое" и деактивировать интенсивность суицидальных мыслей, а значит, снизить риски и вероятность их осуществления. Отчаяние и желание покончить с жизнью отступают, что дает надежду на изменение жизненной ситуации с помощью вновь приобретенных навыков.

Принцип надежды чрезвычайно важен и является одним из основополагающих понятий ППТ. В статье прослеживается, что с помощью ситуативного поощрения и расширения целей становится возможным выявить индивидуальность и уникальность конкретного человека, прояснить жизненные перспективы будущего, что неизбежно приведет к раскрытию творческих потенциалов, присущих этому человеку, которые были вытеснены или подавлены ситуациями острого (макро) или хронического (микро) стресса и травмы, что привело к "туннельному мышлению", породившему чувство "безнадежности" и отсутствия выхода из сложившейся ситуации

На основании проведенного исследования было установлено, что использование метода ППТ в работе с суицидентами дает большие перспективы для изменения когнитивных способностей личности, ее восприятия и реагирования на стрессовые ситуации, а также приобретения новых смыслов жизни и других представлений о ее качестве.

Ключевые слова: личность, суицидальные состояния, суицидальное поведение, суицидокинез, Позитивная психотерапия

ISSN 2710-1460WAPP

Введение

Актуальность темы исследования. Наличие суицидальных состояний и частота завершенных суицидов являются одними из наиболее объективных показателей неблагополучия психического здоровья, социального благополучия и качества жизни. Вместе с тем, исследование проблемы суицидальных состояний, должно носить междисциплинарный характер и становится возможным только при условии признания того, что такие состояния являются результатом действия ряда социокультурных и психологических факторов, характеризующих пространство под названием "общество - микросоциум - личность". Это означает, что, несмотря на свою "индивидуальность", суицидальные состояния нельзя игнорировать как подверженные влиянию социальных факторов.

Отмечается, что только четверть людей, совершивших самоубийство, страдали психическими заболеваниями, а это значит, что доля непатологических самоубийств растет.

В связи с этим важно оптимизировать систему социально-психологического сопровождения личности, направленную на преодоление факторов, стимулирующих ее суицидальную активность.

Отмечается, что комплекс эмпирических исследований социально-психологических факторов суицидальных состояний в основном направлен на изучение особенностей системы тесных взаимоотношений суицидента с его ценностно-смысловой сферой.

Социально-психологический пласт исследований суицидальных состояний в большей степени затрагивает микросоциум, т.е. ближайшее окружение суицидента, чаще всего семью. В то же время психологический анализ личности невозможен без анализа системы ее значимых отношений и структурных исследований в мотивационно-потребностной сфере, поскольку мотивы суицидального поведения и суицидальных попыток во многом зависят от состояния социально-политических и экономических процессов, происходящих в обществе.

Методология

Как показал проведенный анализ, проблема своевременной диагностики суицидальных состояний у взрослых является чрезвычайно актуальной.

Особенно угрожающим является период следующего года, в результате которого лица, склонные к суициду, должны быть отнесены к группе повышенного риска. Это требует эффективного профессионального наблюдения и целенаправленной социально-психологической коррекции суицидальных рецидивов, основанной на индивидуальном прогнозе развития кризиса. Между тем результаты специальных психодиагностических исследований такого рода практически отсутствуют (Кудрявцев, 2010).

В связи с этим особенно важно выявить и оценить особенности, личностные факторы и прогностические признаки суицидальных состояний у взрослых в соответствии с

психодиагностика - исследования, направленные на разработку психологических маркеров

- предикторов риска суицида и эффективных социально-психологических средств коррекции таких состояний. Использовались основные психодиагностические методики выявления социально-психологических маркеров суицидальных состояний:

- мотивационного интервью, в ходе которого выявлялись основные стимулы и вербализованные смыслы суицидального поведения в зрелом возрасте, уровень осознанности мотивационных компонентов и отношение к суицидальной тенденции (Кудрявцев, 2012);
- методы определения уровня мотивационного и личностного конфликта;
- шкала депрессии (Beck, Ward & Mendelson, 1961);
- шкала тревожности (Beck &Steer, 1993);
- шкала безнадежности (Beck, 1974; 1975);
- шкала суицидальных мыслей (Beck, 1988);
- Тест на оценку риска самоубийства (Patterson, 1983);
- методы диагностики стратегий преодоления и защиты (Libina, 1998);
- шкала субъективной оценки удовлетворенности жизнью (Либина, 1998);
- опросник структуры темперамента (Русалов, 1990);
- тест М. Люшера (1985; 2010);
- техника масс-медиа (Собчик, 2000).

Целью исследования явилось выявление и оценка социально-психологических факторов и закономерностей суицидальных состояний взрослого населения по данным психодиагностического исследования для определения социально-психологических факторов суицидального риска и мер социально-психологической коррекции.

Для достижения поставленной цели на начальном этапе исследования были поставлены следующие задачи:

- Практическая валидизация и отбор наиболее эффективных психодиагностических методик, раскрывающих механизмы суицидальных состояний взрослых и ведущие направления их социально-психологической коррекции
- Раскрытие прогностической ценности результатов тестирования, выявление критериев повышенного суицидального риска и механизмов его реализации у взрослых с суицидальными состояниями.

Методы психологической диагностики были направлены на получение данных об особенностях эмоциональной, мотивационной и коммуникативной сфер личности, наличие которых может быть значимым для формирования суицидальных состояний у респондентов.

Процедура исследования заключалась в измерении на одной и той же выборке трех рядов переменных - копинг- и защитных стратегий, характеристик темперамента и

субъективные оценки удовлетворенности жизнью, собой и отношениями с окружающими.

Для проведения экспериментальной части исследования был составлен комплекс методик, адекватных цели работы - изучению социально-психологической специфики суицидальных состояний взрослых и выявлению индивидуальных различий в стратегиях взаимодействия респондентов со сложными жизненными ситуациями. Таким образом, на констатирующем этапе исследования была определена социально-психологическая специфика суицидальных состояний у взрослых. Добровольность участия в исследовании и гарантированная анонимность результатов обеспечили наиболее оптимальную форму проведения психодиагностического эксперимента и исключили такие факторы, как социальное давление и социальная желательность. Таким образом, организация условий эксперимента соответствовала критериям, необходимым для валидности научного исследования.

Эмпирическое исследование проводилось на базе Научно-практического центра медико-социальных и психотехнологий, Центра восстановительного лечения и реабилитации ветеранов войны, Центра психического здоровья, Украинского северо-восточного института прикладной и клинической медицины.

Выборка состояла из 132 респондентов (72 (54,5%) мужчин и 60 (45,5%) женщин) в возрасте от 35 до 56 лет с суицидальными состояниями (с непсихотическими расстройствами), возникшими как реакция на стрессовую (психо-, социо- или соматогенную) ситуацию. Участники имели разный уровень образования, семейное и материальное положение, стаж работы по специальности.

Учитывая природу суицидального кинезиса и его стадийность, полученные данные были проанализированы в рамках двух типов (моделей) суицидальной активности: до суицида (суицидальные мысли) и после суицида (незавершенные суицидальные попытки).

При использовании шкалы суицидальных мыслей (Beck, 2003) наиболее информативным оказалось обсуждение темы сдерживающих факторов (семья, религиозные убеждения, возможность инвалидности в случае неудачной попытки, необратимость действий и т. д.), дескрипторы которых раскрывают уровень контроля над суицидальными тенденциями. При его обсуждении значимые высказывания большинства обследованных суицидентов были оценены как свидетельствующие о снижении контроля над суицидальным поведением. Маркером суицидального риска стало отсутствие ссылок на личные ценности, которые могли бы удержать от самоубийства. Рассматривались только актуальные блокированные (фрустрирующие) смыслы, ответственные за суицидальную попытку, или те, которые формировали серьезные суицидальные намерения. Некоторые сдерживающие факторы оценивались как черты, формально присущие другим людям, но не значимые для респондентов. Все это означает, что семантические барьеры для совершения суицида не присутствовали в сознании испытуемых (Кудрявцева, 2016).

Следует признать, что применение шкалы А. Бека (Beck, 2003) заметно показывает отрицание суицидальных мыслей. Ее результаты позволяют установить отсутствие или смысловую недостаточность личностных факторов, сдерживающих суицид, то есть объективировать латентную угрозу рецидива суицидальной активности (Кудрявцев И., 2016). Показано, что применение общепринятых шкал суицидального риска А. Бека и У. Паттерсона имеет ряд конструктивных ограничений (Кудрявцев, 2012).

Показатели субъективной оценки риска таких состояний, как состояние безнадежности, не могут полностью и надежно дифференцировать высокий уровень суицидального риска.

Следует отметить, что методика диагностики стратегий совладания и защиты (Либина, 1998) основана на дифференциально-психологической классификации стратегий совладания со сложными жизненными ситуациями.

Для анализа количественных показателей защитного и копинг-поведения использовались значения шкал, измеряющих выраженность каждой из 18 защитных и 18 копинг-стратегий поведения. Выраженность стратегий оценивалась по пятибалльной шкале, где 1 балл соответствует минимальному, а 5 баллов - максимальному значению шкалы.

М. Тест Люшера использовался в исследовании как метод определения эмоционально-мотивационного состояния зрелых лиц с суицидальными состояниями, уровня их активности, целеустремленности, доминирующих потребностей и установок, а также для определения стрессового состояния. Как известно, тест Люшера относится к достаточно надежному методическому инструменту, который может быть использован для определения эмоционально-мотивационных состояний, уровня их активности, целеустремленности и личностных установок.

Учитывая природу суицидокинеза у взрослых и его стадии, данные были проанализированы в рамках двух моделей суицидальной активности: до суицида (суицидальные мысли) и после суицида (незавершенные суицидальные попытки).

Для содержательного анализа психотравмирующего фактора использовались результаты мотивационного интервьюирования, направленного на выявление основных мотивов суицидального поведения и определение уровня осознания их составляющих респондентами обеих групп.

Использование экзистенциального анализа содержания психологической травмы для научного рассмотрения позволило также выявить уровень нарушений бессознательных механизмов восприятия и сознательных механизмов его обработки. Это, в свою очередь, выявило систему взаимодействия защитных антистрессовых механизмов, знание которых в дальнейшем определило содержание программы социально-психологической коррекции и мер вторичной

психологическая профилактика самоубийств зрелых людей с суицидальными состояниями.

Также было обнаружено, что с увеличением тяжести депрессивного расстройства наблюдается тенденция к увеличению числа суицидентов с высоким уровнем личностной тревожности (при тяжелой депрессии 54,3% с высоким уровнем тревожности) (Цыганков, 2012), что может указывать на его значимость в диагностике повышенного суицидального риска.

Как уже отмечалось, важнейшей темой диагностического интервьюирования было выяснение возможности осознания респондентом иной, более конструктивной (неавтоагрессивной) реакции на психотравмирующее событие. Степень и качество такой рефлексии рассматривается как критерий суицидального риска (Кудрявцев, 2012). Анализ в этом направлении показал, что 66,7 % лиц в предсуицидальных группах на момент опроса не видят другой возможности продлить жизнь. Они связывают решение о самоубийстве со своим заболеванием - 28,6 %; страхом потери контроля - 71,4 %. Для понимания источников и механизмов суицидальной активности обследованных зрелых людей большое значение придавалось изучению уровня и источников психоэмоционального напряжения, анализу характеристик зрелых респондентов с суицидальными наклонностями.

Более высокий уровень тревожности с преобладанием соматических компонентов был выявлен в группе женщин с соматическими нелокализованными ощущениями.

К когнитивно-поведенческим маркерам повышенного суицидального риска в группе пресуицидентов также относятся избегание удовлетворения потребностей (в тяжелых случаях - недоразвитие системы формирования потребностей); копинг-стратегия избегания, которая особенно характерна для стратегии поведения в конфликте; недоразвитие и/или истощение ресурсов, гибкой системы реализации потребностей. В основе аутоагрессии лежит жесткая система блокирования и "замораживания" во фрустрирующих ситуациях. Ведущая фрустрирующая потребность - внутреннее стремление к комфортным отношениям - активно не проявляется; содержание внутриличностных конфликтов - неспособность повлиять на изменение отношений, которые не удовлетворяют.

Психогенно-психотический (глубокая дезадаптация) симптомокомплекс включал эмоциональные нарушения, психосоматические фиксации, явления истощения психической деятельности, наличие внутриличностного конфликта, неадаптивные и неадекватные реакции на психотравмирующую ситуацию, тяжелые нарушения личностной системы отношений, неадекватность когнитивной и поведенческой систем.

Анализ данных показывает связь между суицидальной активностью и состоянием глубокой депрессии. Тяжелые депрессивные эпизоды были не только наиболее частой причиной суицидальных попыток, но и имели наибольшую

преобладание в группе самоубийц, что определяет доминирование суицидальных мыслей в сознании взрослых.

Информативные и значимые результаты были получены при использовании прогностических показателей шкалы безнадежности (Beck, 1961;1988) и шкалы суицидального риска (Patterson, 1983).

Полученные результаты не выявили значимых различий между группами до и после суицида по показателям субъективной оценки риска как состояния безнадежности. Это свидетельствует о том, что показатели шкалы безнадежности не могут достоверно дифференцировать зрелых людей с реальным риском суицида.

Таким образом, применение шкал суицидального риска имеет ряд конструктивных ограничений. Применение этих шкал дает ценную ориентировку в суицидальном состоянии, позволяет определить его наличие и выраженность, но не раскрывает сути смыслового значения. Применение шкал возможно только при согласии респондента на неформальное сотрудничество с психологом и подходит в основном для предварительной оценочной ориентации специалиста, как при построении программы социально-психологической коррекции, так и при мониторинге полученного психокоррекционного эффекта.

Следует признать, что использование шкалы суицидальных мыслей А. Бека (Beck, 1961;1988) наиболее выраженно показывает отрицание суицидальных мыслей. Ее результаты позволяют установить отсутствие или смысловую недостаточность личностных факторов, сдерживающих суицид, т.е. косвенно объективировать латентную угрозу повторения суицидальной активности.

Следует отметить, что наиболее информативным маркером суицидальных состояний в зрелом возрасте являются результаты обсуждения сдерживающих факторов в методике А. Бека. Преимуществом данной методики является возможность непосредственной работы со смысловым ценностным содержанием внутриличностных факторов, снижающих риск суицида.

Таким образом, результаты анализа психодиагностических данных лиц с попытками самоубийств позволяют выявить и ранжировать психологические маркеры риска повторных суицидов, оценить наиболее опасные сочетания этих личностных симптомокомплексов, выявить связанные с ними значимые механизмы генезиса суицида. Полученные данные позволяют определить общие принципы и конкретные методы (методический инструментарий) социально-психологической коррекции как в раннем постсуицидальном периоде суицидального состояния, так и на его отдаленных этапах - при мониторинге прогностических показателей.

Исследование суицидального поведения за рубежом за последние несколько лет показало, что риск суицидального поведения зависит от многих факторов, включая гендерные, возрастные и расовые различия, но есть и общие факторы, присущие современному развитию общества.

N. Песешкиан (2016) в своей книге "Психосоматика и позитивная психотерапия" в разделе "Суицидальные попытки" пишет, что наибольшее количество самоубийств в мире было зарегистрировано в 1988 году в Венгрии, на втором месте - Финляндия, на третьем - Франция. В США около 30 000 человек ежегодно совершают самоубийство. Большое количество самоубийств наблюдается в Японии. Самые низкие показатели самоубийств - в Греции и Саудовской Аравии.

Самоубийства не встречаются среди коренных жителей Австралии и Огненной Земли. В Индии самоубийство встречается в форме самопожертвования в святых местах (самосожжение вдов Сати). У эскимосов самоубийство часто встречается в пожилом возрасте или при наличии хронических заболеваний. (Peseschkian, 2016).

Результаты

Если рассматривать суицидальное поведение через призму Позитивной психотерапии, то модель баланса здесь хорошо вписана, и мы можем увидеть, какие изменения в распределении энергии по сферам жизни и в области дефицита самой модели обнаруживаются в вышеупомянутых смыслах. Утраченные или искаженные смыслы приводят к постепенной деформации личности в следующих сферах деятельности, контактах и, в заключение, в организме происходят такие изменения, иногда обратимые, что формируется "план самоубийства", как со всем этим покончить. Используя модель баланса в терапевтическом процессе, я вижу возможность обратить внимание человека на сферы его жизни с другой точки зрения, рассмотреть возможности, имеющиеся в его жизни, найти позитивную интерпретацию ситуаций и событий, которые могут показать ресурсы для улучшения качества жизни, тем самым обретая новое видение и смысл в том, что кажется невозможным решить в момент здесь и сейчас. Также особенно важным моментом я считаю использование текущих способностей в работе с пациентом. Чаще всего человек, и не только суицидальный, не осознает имеющегося потенциала и ресурсов, и очень важно подчеркнуть, что, применяя свою исключительность и индивидуальность, можно изменить жизнь, добавив в нее радости и красок, обрести новые смыслы и более полное содержание жизни.

Позитивная психотерапия - это конфликтологический, ориентированный на способности метод психотерапии с гуманистическим подходом к личности. В связи с этим работа с суицидальным поведением ориентирована на поиск конфликта, который приводит к суицидальным мыслям, поскольку жизнь становится невыносимой и клиент "хочет уйти от нее". Расстройство индивида обозначается как конфликт с собственной жизнью, который является его реакцией на вызов внешней среды.

В позитивной психотерапии в центре внимания находятся реальные способности человека, чей конфликт вызвал расстройство, а также те, которые помогают справиться с ним. Симптом, который проявляется у человека в состоянии сильного стресса, приведшего к суицидальным мыслям, является его единственно возможной и доступной реакцией на конфликт с окружающей средой и

его переживания. Анализируя актуальные способности, которые приводят к такой реакции, и особенности их возникновения в течение жизни, можно изменить эти способности в терапевтическом процессе, сформировав новые установки и навыки. В результате реакции на события меняются, и симптом исчезает.

Наиболее важным в РРТ-анализе является:

1 Определение масштаба и содержания конфликта (важно наличие и частота микротравм).

2 Позитивная интерпретация симптома. 3 Выявление основного конфликта.

4 Вербализация.

5 Изменение привычного сценария, который повторяется в ответ на стресс.

6 Формирование навыков самопомощи при возникновении стресса.

Позитивная интерпретация симптома в позитивной психотерапии описывает отношение к болезни, которое несколько отличается от традиционной интерпретации в медицине и пытается обнаружить в различных симптомах и заболеваниях определенный смысл и функцию, которую они несут. То есть в центре внимания оказывается человек, личность, индивидуальность, а не механизм, который дал сбой и нуждается в лечении по определенной схеме. (Пилявская, 2016) Главная цель позитивной психотерапии - изменить взгляд пациента на свою болезнь и предоставить новые возможности для поиска резервов в борьбе с недугом. А поскольку позитивная психотерапия основана на том, что в основе многих психических и психосоматических заболеваний лежит конфликт, изменение перспективы симптомов или синдромов позволяет терапевту (и пациенту) подойти к конфликту более дифференцированно.

Чтобы получить более полное представление о болезнях и недомоганиях, необходимо ответить на вопросы:

- Почему и с какой целью возникло то или иное нарушение функционирования?
- Что скрывается за этим симптомом?
- Что хочет сказать нам этот симптом?

Основой метода РРТ является его сосредоточенность на ресурсах, способностях и потребностях, стоящих за страданиями человека.

Анализируя стремление лишить себя жизни через призму позитивной интерпретации, можно увидеть желание человека изменить свою жизнь и взгляды на нее. Также гипотетически возможны:

1. Поиск возможности справиться с ситуацией, которая привела к суицидальным мыслям
2. Найдите возможность быть замеченным и привлечь к себе внимание.
3. Найдите возможность дистанцироваться от сложной ситуации.
4. Найдите возможность преодолеть страх.
5. Поиск возможности избавиться от мучительной физической или душевной боли.
6. Способ избавиться от одиночества.

Частые зоны конфликтов:

1. Состояние здоровья (физические и психические заболевания). 2.конфликты в профессиональной деятельности.
3. Семейные конфликты.
4. Конфликты, связанные с асоциальным поведением (алкоголь, наркотики). 5.Материальные и бытовые конфликты (недостаток финансов, кредиты).
6. Экзистенциальный кризис (непонимание смысла собственной жизни и ее дальнейших перспектив).

Эти сферы можно распределить в соответствии с моделью баланса Н. Песешкиана. Модель баланса показывает дисбаланс в 4 сферах жизни, и становится очевидным, какие сферы находятся в дефиците, а каким уделяется особое внимание, и хотя местоположение конфликта становится видимым, его содержание еще не установлено.

Модель баланса - это универсальный инструмент, который можно использовать для переделки конфликтной ситуации. Несмотря на то что каждый человек индивидуален и неповторим, существует общая модель поведения, к которой прибегает большинство людей при разрешении конфликта.

Если возникают проблемы, люди часто злятся, ссорятся, чувствуют себя непонятыми, не видят смысла в жизни, все эти трудности можно выразить в 4 формах обработки конфликтов, которые соответствуют 4 измерениям когнитивных способностей людей. Эта модель может наглядно показать, как воспринимается окружающий нас мир и какими способами он осваивается. Когда в какой-либо из вершин модели баланса возникает дисгармония, вся энергия из других позиций забирается, чтобы восстановить в ней гармонию.

Отличительной особенностью позитивной психотерапии является дифференциальный анализ, который рассматривает актуальные способности как эффективный потенциал для развития личности и разрешения конфликтов (Гончаров). Пешкиан называл актуальными способностями те поведенческие нормы, которые постоянно действуют в наших повседневных межличностных отношениях и поэтому всегда сохраняют актуальное значение. Хотя актуальные способности начинают формироваться еще в пренатальном периоде, они не являются врожденными или наследственными. Фактические способности формируются и проявляются в поведении человека в зависимости от влияния трех факторов развития: особенностей организма, окружающей среды и духа времени. (Пилявская 2016)

Концепция позитивной терапии основана на представлении о том, что каждый человек обладает двумя базовыми способностями: способностью познавать и способностью любить. В зависимости от внутренних особенностей человека и его окружения эти способности дифференцируются и образуют четкую структуру характера. То есть все актуальные способности вырастают из этих базовых способностей и их развития, которые можно разделить на две категории: первичные и вторичные. Первичные актуальные способности вырастают из способности любить, они возникают на основе эмоциональных отношений. Это способность любить, иметь терпение, уделять время чему-то, уметь устанавливать контакты, проявлять и принимать нежность и сексуальность, быть

уметь доверять, надеяться, уметь верить и уметь сомневаться, обретать уверенность. Вторичные фактические способности развиваются из когнитивных способностей, которые относятся к способности действовать в мире, таких как пунктуальность, чистоплотность, аккуратность, послушание, вежливость, честность/открытость, лояльность, справедливость, трудолюбие, бережливость, обязательность, аккуратность, добросовестность. Фактические способности представляют собой сущность, содержание образования. Они прививаются в соответствии с потребностями общества. В зависимости от семьи, среды, в которой рос человек, одни фактические способности подчеркиваются, а другие развиваются меньше. (Гончаров)

Дисбаланс ожидаемого и реально существующего, может стать предметом конфликта, травмы, противоречия, приводящего к раздражению, тревоге, агрессии, нарушению сна. Причиной многих межличностных конфликтов и, как следствие, возникновения возможных суицидальных мыслей является разница в степени развития реальных способностей разных людей. Понимая степень развития актуальных способностей, можно прогнозировать возможные конфликты.

Выделяются четыре направления поведения в конфликтной ситуации, четыре модели поведения, которые описываются в виде базового конфликта:

"Я" - Если с раннего детства потребности ребенка не принимались во внимание, игнорировались, фрустрировались, то формируется установка "я недостаточно хорош", не происходит формирования собственной ценности и значимости человека для близкого окружения, как следствие, нарушается формирование базового доверия.

"Ты" - Модель поведения родителей и близких людей, их отношения друг с другом, представления о браке, определяют стереотипы поведения ребенка, выросшего в этой семье. Отсюда и разные представления о жизни.

"Мы" - Модель поведения формируется в соответствии с представлением родителей об окружающих их людях.

"Pro-We" - Поведение определяется сформировавшимся мировоззрением, религией, традициями.

Принцип самопомощи соответствует 5-шаговой модели, используемой как стратегия гармонизации, адаптации и развития личности, - сначала в процессе самой психотерапии, а затем в дальнейшем процессе самопомощи человека самому себе и своему окружению. Хочу отметить, что повторные суицидальные действия продолжают оставаться проблемой, поэтому важным шагом в психотерапии является развитие навыков самопомощи.

1. Наблюдение.
2. Инвентарь.
3. Ситуационная уверенность.
4. Вербализация.
5. Расширение цели.

Заключительный этап психотерапии - расширение целей, когда взаимодействие психотерапевта и пациента направлено на осознание того, что жизненную энергию нужно вкладывать не только в конфликты, но и в другие сферы жизни. "Другой человек" часто приносит конфликты, трудности, проблемы и кризисы. В то же время он дает шанс для дальнейшего развития личности и адекватного разрешения этих конфликтов.

Преимущества позитивной психотерапии заключаются в следующем:

1. Конфликт-центрированная терапия (в отличие от симптом-центрированной терапии).

2.Краткосрочный (10 сеансов консультирования и 50 сеансов терапии).

3.Универсальное применение к проблемам.

4.Транскультуральность.

5.Рассматривает человека как целостную систему. 6.Использование метафор, притч в качестве инструмента.

7.Предоставляет клиенту активную роль.

8.Ориентирован на будущее.

9.Занимается проблемами терапевтов.

9.Разбирает проблемы терапевтов на их супервизионных сессиях.

Результаты анализа, проведенного в моей диссертации (которые отражены в статье), показали, что степень рефлексии, глубина понимания взаимосвязи между психотравмирующим событием и последующими психическими и поведенческими актами является важнейшим критерием суицидального риска на социально-психологическом уровне.

Материал диссертации обращает внимание на то, что одним из предельных вариантов нервно-психической неустойчивости является склонность к аутоагрессии (Зотов, 2002). Сложность данной проблемы заключается в том, что суицидальное поведение крайне трудно диагностировать, поскольку основными диагностическими инструментами являются интервью и методы самоотчета (Попов, 2009). В то же время многие люди тщательно скрывают свои суицидальные мысли и переживания, пытаясь уйти из жизни с минимальной предварительной оглаской.

В связи с этим хотелось бы отметить, что основным принципом помощи зрелым лицам, склонным к суициду, должен быть индивидуальный выбор направления и метода социально-психологической коррекции с разумным сочетанием или поэтапным преимуществом различных ее способов, а также учет любого конкретного суицидального состояния. В то же время знание особенностей динамики суицидального поведения и отдельных психологически значимых элементов суицидокинеза позволяет проводить более дифференцированную и эффективную индивидуальную работу, имеющую важное значение в профилактике суицидальных состояний.

Заключение

Анализ условий и причин возникновения суицидальных состояний у взрослых дал возможность дифференцировать социально-психологические факторы таких состояний с учетом уровня суицидального риска в указанном возрастном периоде онтогенеза. Установлено, что наиболее значимыми интериндивидуальными факторами являются: психозы и пограничные психические расстройства; суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, ранний постсуицидальный период; экстремальные, особенно маргинальные условия (в частности, лишение свободы), одиночество; потеря социального престижа; снижение социального статуса, уровня материального благополучия; конфликтные и психотравмирующие ситуации; потеря близких, референтного человека; отягощенное или зависимое поведение. К интраиндивидуальным факторам относятся: возрастные изменения в организме с усилением суицидального влияния соматических факторов; преобладание эпилептоидного и циклоидного типов характера; сниженная толерантность к эмоциональному стрессу, депрессии, неполноценность систем коммуникативного контакта; неадекватная самооценка личностных возможностей; отсутствие или утрата установок, определяющих жизненные ценности; ограниченность жизненных перспектив.

Ссылки

[1] **БЕК, А., КОВАЧ, М., ВАЙСМАН А.** (1975). Безнадежность и суицидальное поведение. An overview. *JAMA*. Vol. 234. pp. 1136-1139.

[2] **БЕК, А., ВАЙСМАН, А., ЛЕСТЕР, Д., ТРЕКСЛЕР, Л.** (1974). Измерение пессимизма: шкала безнадежности. *Журнал клинической психологии*. Том 42. стр. 861-865.

[3] **БЕК, А. Т., ФРИМАН, А., ДЭВИС, Д. Д.** (2003). *Когнитивная терапия личности: Расстройства*. The Guilford Press. 412 p.

[4] **БЕК, А.Т., СТИР, Р.А.** (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual.* Сан-Антонио, штат Техас: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company. pp. 12 - 80.

[5] **БЕК, А.Т., СТИР, Р.А., РАНЬЕРИ, В.** (1988). Шкала Бека для суицидальных идей (BSS). *Журнал клинической психологии*. Vol. 44. pp. 499-505.

[6] **BECK, A.T., WARD, C.N., MENDELSON, M.** et al. (1961). Инвентарь для измерения депрессии. *Арх. Gen. Psychiatry*. Том 4. С. 561-571.

[7] **ЛЮШЕР, М.** (1985). Der Lüscher-Test. Persönlichkeitsbeurteilung . благодаря Фарбвалю. Rowohlt: Reinbek. 171 p.

[8] **PATTERSON, W.M., H.H. DOHN, J. PATTERSON** et al. (1983). Оценка суицидальных пациентов: шкала грустного человека. *Психосоматика*. Том 24, № 4. стр. 343-349.

[9] **ПЕСЕШКИАН, Н** (2016). *Позитивная психосоматика: Клиническое руководство по позитивной психотерапии,* Блумингтон, США: AuthorHouse *UK*

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

[11] **ЗОТОВ, М.В., ПЕТРУКОВИЧ, В. М. [ЗОТОВ, М. В., ПЕТРУКОВИЧ, В. М.]** (2002). Внимание к мотивационно значимым стимулам как основа методического подхода к исследованию мотивации и его реализации на примере оценки суицидальных тенденций [Attention to Motivation-Значимые стимулы как основа методического подхода к исследованию мотивации и ее актуализации на примере оценки суицидальных тенденций]. *Современная психология:*

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

[12] **КОВАНДА, О. В. [КОВАНДА, О. В.]** (2020). *Соціально-психологічна корекція суїцидонебезпечних станів особистості зрілого віку*: [Социально-психологическая коррекция суицидоопасных состояний взрослой личности: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических *наук*]. Сєвєродонецьк: Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля. 238 с.

[13] **КОЛМОГОРОВА, В. В., ЛУГОВЫХ Н. А., ЗАБОЗЛАЕВА И. В., ПИЛЯВСКАЯ, О. И. [КОЛМОГОРОВА, В. В., ЛУГОВЫХ Н. А., ЗАБОЗЛАЕВА И. В., ПИЛЯВСКАЯ, О. И.]** (2016). Позитивная психотерапия: учебное пособие для слушателей системы дополнительного профессионального образования врачей и смежных специальностей [Позитивная психотерапия: учебное пособие для слушателей системы дополнительного профессионального образования врачей и смежных специальностей]. ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии. С. 12 - 17.

[14] **КУДРЯВЦЕВ, И.А. [КУДРЯВЦЕВ, И.А.]** (2016). Психодиагностика суицидального риска как критерий недобровольной госпитализации психически больных в системе профилактики их общественно опасного поведения [Психологическая диагностика суицидального риска как критерий недобровольной госпитализации больных в системе профилактики социального поведения]. *Суицидология: научный и практический журнал*. № 4 (25). С.10- 22.

[15] **КУДРЯВЦЕВ, И.А., ДЕКАЛО, Е. Э. [КУДРЯВЦЕВ, И. А., ДЕКАЛО, Е. Е.]** (2012). Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и целенаправленной профилактики [Психологические факторы и механизмы генезиса суицида как критерии суицидального риска и целенаправленного превентивного лечения]. *Суицидология: научный и практический журнал*. №2. С.3-11.

[16] **КУДРЯВЦЕВ, И.А., ИВАННИКОВА, Н. М. [КУДРЯВЦЕВ, И. А., ИВАННИКОВА, Н. М.]** (2010). Психодиагностика постсуицида [Постсуицидальная психологическая оценка]. *Российский психиатрический журнал*. М. 6. С.11-15

[17] **ЛИБИНА, Е. В., ЛИБИН, А. В. [ЛИБИНА, Е. В., ЛИБИН, А. В.]** (1998). Стиль реагирования в сложных ситуациях [Стиль реагирования на сложные ситуации]. В кн: Либин А. В. (Ред). Стиль человека: психологический анализ [Стиль человека: психологический анализ]. М.: Смысл.

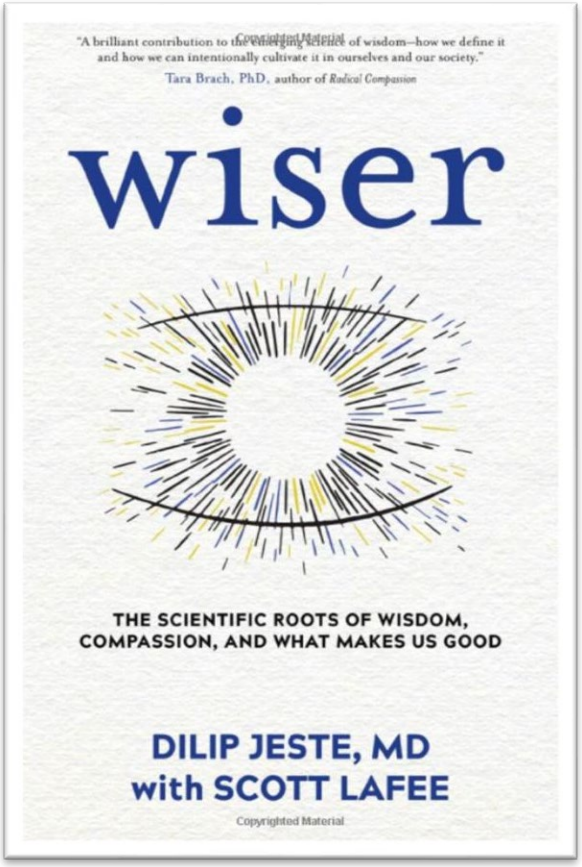
[18] **РУСАЛОВ, В. М. [РУСАЛОВ, В. М.]** (1990). *Опросник структуры темперамента* [Исследование структуры темперамента]. М., ИПРАН. 55 с.

[19] **СОБЧИК, Л. Н. [СОБЧИК, Л. Н.]** (2000). *Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики* [Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики]. М. ИПП-ИСП. 512 с.

[20] **ЦЫГАНКОВ, Б.Д., ВАУЛИН, К.Б. [ЦЫГАНКОВ, Б.Д., ВАУЛИН, К.Б.]** (2012). *Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение): Монография* [Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение): монография]. Смоленск: СГМА. 232 с.

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ

Эрик Мессиас
MD, MPH, PhD, профессор психиатрии, заместитель декана по работе с факультетами Университета Арканзаса по медицинским наукам Литл-Рок, AP, США
ELMessias@uams.edu



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

МУДРЕЕ: НАУЧНЫЕ КОРНИ МУДРОСТИ, СОСТРАДАНИЯ И ТОГО, ЧТО ДЕЛАЕТ НАС ХОРОШИМИ

Дилип Джесте, доктор медицины и Скотт Лафи

Более десяти лет назад доктор Дилип Джесте - признанный основатель позитивной психиатрии - опубликовал научную статью, в которой сравнивал концептуализацию мудрости в древнеиндийском тексте "Бхагавад-гита" с современными представлениями о мудрости (Jeste and Vahia, 2008). В том первом исследовании было обнаружено несколько сходств, включая знание о жизни, эмоциональную регуляцию, проницательность и сострадание, а также различия в акценте на контроле над желаниями и отказе от материалистических удовольствий. За этим сравнительным исследованием последовал обзор по нейробиологии мудрости, в котором префронтальная кора занимает важное место как регулятор лимбических и стриатных областей (Meeks and Jeste, 2009). В следующем году доктор Джесте организовал консенсус экспертов по характеристикам мудрости, в котором были перечислены соглашения по таким утверждениям, как "личное качество", "редкость", "обусловлено опытом", "усвоено", "форма продвинутого эмоционального/когнитивного развития" и, что важно, измеряемость (Jeste et al., 2010). Несколько лет спустя эта работа была продолжена, и индивидуальная мудрость была предложена в качестве механизма, объясняющего парадокс увеличения благосостояния, несмотря на ухудшение физического здоровья в пожилом возрасте (Jeste and Oswald, 2014). Измерение мудрости было исследовано доктором Джесте в двух последующих работах: во-первых, в разработке более короткой версии 39-пунктовой Трехмерной шкалы мудрости (3D-WS) в 12-пунктовой версии 3D- WS-12 (Thomas et al., 2017); и во-вторых, в разработке Шкалы мудрости Сан-Диего (SD- WISE) (Thomas et al., 2019). Вся эта выдающаяся работа теперь доступна широкой аудитории и специалистам в области психического здоровья в книге "*Мудрее: научные корни мудрости, сострадания и того, что делает нас хорошими"* (Jeste and LaFee, 2020). Книга состоит из трех частей: "Что такое мудрость?", "Компоненты мудрости" и "Повышение практической и общественной мудрости".

В первой части книги авторы признают немецкого психолога Пауля Бартеса и его соавторов одними из первых, кто разработал теорию развития человека в отношении мудрости, создав Берлинский проект мудрости - модель, которая, по мнению авторов, делала большой акцент на знаниях и познании. За этой работой последовала работа в США и Канаде, которая привела к более глубокому пониманию мудрости и

его многочисленных компонентов. В конце концов, в этой работе были выделены следующие компоненты: просоциальные установки и поведение, такие как эмпатия и сострадание; эмоциональная регуляция; решительность при признании неопределенности жизни; проницательность и самоанализ; принятие социальных решений на основе прагматического знания о жизни; и духовность, добавленная при дальнейшем рассмотрении. За этой главой, посвященной определению мудрости и ее компонентов, следует глава о нейронауке мудрости, затем о связи между мудростью и возрастом и, наконец, глава о ее измерении. Последняя глава Части 1 очень важна, поскольку включает в себя пункты Шкалы мудрости Сан-Диего, с которой также можно ознакомиться на сайте sdwise.ucsd.edu.

Часть 2 посвящена каждой из предложенных составляющих мудрости: состраданию, эмоциональной регуляции, решительности перед лицом неопределенности, самоанализу и духовности. Все эти главы имеют схожую структуру: история вопроса, включая исторический, социальный и научный контекст; определения; меры; биология; затем конкретные вмешательства, направленные на манипулирование и усиление каждого компонента. Эти главы насыщены информацией, но при этом в них вплетены истории и анекдоты, которые делают чтение намного легче и приятнее.

Третья часть книги посвящена практикам повышения практической и общественной мудрости и включает две главы: "Стать мудрее быстрее", "Усилители мудрости: лекарства, гаджеты и искусственная мудрость?" и "Будущее мудрости: переход от индивидуальной к общественной мудрости". Эти заключительные главы проясняют амбиции проекта, который в конечном итоге направлен на то, чтобы сделать общество мудрее. Здесь авторы используют старение общества, чтобы порассуждать о том, способствуют ли эти дополнительные годы жизни становлению более мудрого общества. На этот вопрос жюри пока не отвечает.

Одно из потенциальных ограничений книги - ориентация авторов на англоязычную литературу и западные общества. Предстоит еще много работы, чтобы применить эти концепции мудрости ко всему современному человечеству, включая большие группы людей, живущих в Китае, Японии, во многих африканских странах, а также в Латинской Америке.

Эта небольшая книга опирается на огромный массив работ и служит билетом в плотный мир функциональной нейронауки и изучения счастья. В целом, впечатления от чтения плавные, книга хорошо проработана и содержит большой список ссылок для дальнейшего изучения. Скорее всего, больше нечего сказать, кроме как утверждать, что вы заканчиваете книгу более мудрым - и нет лучшей причины, чтобы безоговорочно рекомендовать ее.

ССЫЛКИ

[1] **ДЖЕСТЕ, Д. В., АРДЕЛЬТ, М., БЛЕЙЗЕР, Д., КРАЕМЕР, Х. К., ВАЙЛАНТ, Г. И МИКС, Т. В**. (2010). Консенсус экспертов относительно характеристик мудрости: исследование по методу Дельфи. *Геронтолог,* 50**,** 668-80.

[2] **ДЖЕСТЕ, Д. В. И ЛАФИ, С.** (2020). *Мудрее: научные корни мудрости, сострадания и того, что делает нас хорошими.* Boulder, CO: Sounds True,.

[3] **ДЖЕСТЕ, Д. В. И ОСВАЛЬД, А. ДЖ.** (2014). Индивидуальная и общественная мудрость: Объяснение парадокса человеческого старения и высокого благосостояния. *Психиатрия*.

[4] **ДЖЕСТЕ, Д. В. И ВАХИА, И. В.** (2008). Сравнение концептуализации мудрости в древнеиндийской литературе с современными взглядами: фокус на "Бхагавад-гите". *Психиатрия,* 71**,** 197-209.

[5] **МИКС, Т. В. И ДЖЕСТЕ, Д. В.** (2009). Нейробиология мудрости: обзор литературы. *Arch Gen Psychiatry,* 66**,** 355-65.

[6] **ТОМАС, М. Л., БАНГЕН, К. ДЖ., АРДЕЛЬТ, М. И ДЖЕСТЕ, Д. В.** (2017). Разработка 12-пунктовой сокращенной трехмерной шкалы мудрости (3D-WS-12): Выбор пунктов и психометрические свойства. *Assessment,* 24**,** 71-82.

[7] **ТОМАС, М. Л., БАНГЕН, К. ДЖ., ПАЛМЕР, Б. В., СИРКИН МАРТИН, А., АВАНЗИНО, ДЖ. А., ДЕПП, К. А., ГЛОРИОЗО, Д., ДЕЙЛИ, Р. Е. И ДЖЕСТЕ, Д. В.** (2019). *Новая шкала для оценки мудрости, основанная на общих доменах и нейробиологической модели*: Шкала мудрости Сан-Диего (SD-WISE). *J Psychiatr Res,* 108**,** 40-47.

OBITUARY

ГОСПОЖА МАНИЖЕ ПЕСЕШКИАН

(15 июля 1940 - 3 марта 2020)

Немецкой ассоциацией позитивного и Транскультурная психотерапия (DGPP) и Фонд Пешкиана

Дорогие друзья и коллеги,

С грустью в сердце, глубокой солидарностью и благодарностью мы прощаемся с нашим почетным президентом Маниже Песешкиан, которая покинула этот мир 3 марта 2020 года после непродолжительной, но тяжелой болезни. Несмотря на то, что ее здоровье было подорвано в течение нескольких месяцев, она продолжала работать для всех, даже за несколько недель до своей смерти, как "мать позитивной психотерапии".

Манидже Песешкиан родилась 15 июля 1940 года, вторая из трех детей в семье Эграри в Тегеране. Она училась в гимназии, окончила среднюю школу с естественно-научным уклоном, став лучшей в своем классе, а затем начала изучать биологию. На это она сама сказала: "На этом этапе моей жизни только получение знаний имело значение - до 1961 года, когда появился Носсрат". В декабре 1961 года супруги поженились, а в 1962 году переехали во Франкфурт, а затем в Висбаден. Их сыновья, Хамид и Навид, родились в 1962 и 1964 годах соответственно. Манидже Песешкиан прошла стажировку в качестве ассистента ЭЭГ и много лет проработала в практике Носсрата. Незадолго до своего 40-летия она достигла своей профессиональной цели - "педагогика и семейная терапия" - и затем много лет работала семейным терапевтом.

Их третьим детищем стала Позитивная психотерапия (ППТ). Мы можем лишь приблизительно оценить вклад Маниже Песешкиан в развитие Позитивной психотерапии. Выражением командной работы этой пары может служить создание множества центров в стране и за рубежом, а также руководство изданием более 30 книг по всему миру на 26 языках! На фоне историй и поговорок при личных встречах снова и снова узнаешь, как супруги Песешкиан были со-

творцами в развитии ППТ. Мание Песешкиан была

ISSN 2710-1460WAPP

вскоре стала восприниматься как "мать позитивной психотерапии". Однако в интервью в ноябре 2019 года она назвала себя "повивальной бабкой позитивной психотерапии", и об этом ребенке она также рассказывала на многочисленных лекциях и семинарах. Это было важно для нее на протяжении всей жизни; ее сила и приверженность принадлежали этому.

Вместе с мужем она основала "Фонд профессора Песшкяна", в котором до конца своей жизни работала в качестве председателя правления. После кончины Носсрата Песешкиана в 2010 году она внесла значительный вклад в обеспечение непрерывности и единства позитивной психотерапии - как в Германии, так и во всем мире. Сохраняя архив фонда, она обеспечила стратегическое позиционирование, организацией мероприятий по повышению квалификации (и не только) для консультантов и терапевтов в Германии и Эфиопии она обеспечила распространение и углубление ППТ, и, наконец, курсами для учителей в Гессене она обеспечила использование ППТ в других социальных областях.

У нее всегда были особенно тесные отношения с DGPP. Своим постоянным присутствием, советами, участием в различных мероприятиях и, что не менее важно, приемом гостей, она неоднократно укрепляла, поощряла и, к нашей радости, приняла почетное председательство в 2018 году. Мы все помним тепло ее сердца, а после непосредственного общения с ней вы сразу чувствовали, что она вас заметила и что вы важны.

Манидже Песешкиан была любящей матерью и бабушкой, преданным членом общины бахаи в Висбадене. Она встречала всех с теплотой, открытостью, необыкновенной добротой и юмором, будь то встречи с профессиональными или добровольными сотрудниками - в сущности, все ее контакты с другими людьми. Мание Песешкиан обладала редкой и особенной способностью делать так, чтобы каждый чувствовал себя желанным и комфортным. Ее вера с детства формировала ее восприятие людей и мира, придавала ей силы и основы доверия. В 2003 году она рассказала о своих особых встречах с Ангелом смерти и добавила, что "благодаря этому опыту я стала более терпимой, терпеливой и смиренной. Оставшиеся мне годы - это бонус. Я дорожу жизнью, бесконечностью и тайной Бога и надеюсь, что смогу должным образом принять неизбежный конец жизни".

Все может быть именно так. За несколько дней до смерти она написала для нас следующее послание:

У Манидже Песешкиан осталось двое сыновей и четверо взрослых внуков. Наши мысли - с ее семьей. Пусть они найдут в себе достаточно сил, спокойствия и мужества в это время.

Похороны состоялись 13 марта 2020 года на кладбище в Висбаден-Зонненберге. Она похоронена рядом с мужем.

Совет директоров, Консультативный совет,
Попечительский совет и Главный офис DGPP
и
Фонд Пешкиана

Репортаж о похоронах госпожи Маниже Песешкиан
от Ларисы Шикер из Киева (Украина)

"Дорогие друзья, позвольте мне открыть вам свою душу и поделиться впечатлениями от церемонии прощания с нашим любимым Маниже Песешкяном.

Сегодня меня переполняет сладкая печаль, вера, любовь к жизни, ответственность за нее и момент

"Дорогие родные и близкие,

2020 год стал моим 80-м годом на планете Земля. Мне очень понравилось это путешествие, потому что я смог побывать на всех 5 континентах и увидеть более 70 стран и регионов. Каждый из вас лично был важной частью сопровождения моего жизненного пути, за что я бесконечно благодарен. Теперь настало время начать самое длинное путешествие в моей жизни. Несколько месяцев назад я забронировал билет на

переход в другой мир.

Манидже была для меня идеальным примером для подражания. Она успела завершить все, что намеревалась сделать на этой земле, и организовала все, включая назначение преемника своего пожизненного проекта. Мой рассказ может быть интересен всем друзьям, которые очень хотели поехать в Висбаден, но не смогли. Семья Песешкиан устроила прощальную церемонию в соответствии с традициями Веры Бахаи. Все друзья, пришедшие отдать последние почести Манидже Песешкиан, получили памятные буклеты, в которых содержалось прощальное послание Манидже к ее любимым родным и близким и несколько молитв Бахаи.

Всех присутствующих тронули проникновенные прощальные речи сыновей Манидже - доктора Гамида Песешкиана и доктора Навида Песешкиана, а также молитвы и музыка. Это не было трауром - это была возможность бережно хранить память о нашей дорогой Манидже и выразить возвышенную любовь, которую все испытывали к ней.

После духовной церемонии мы проследовали к месту захоронения, где увидели закрытый гроб, покрытый живыми цветами как символ вечной жизни. Гроб был засыпан землей, пока звучала следующая цитата бахаи: Бог достаточен для меня, Он - Аль-достаточен! Пусть доверяющие доверяют Ему, пусть доверяющие доверяют! Все присутствующие, один за другим, подходили к корзине, наполненной лепестками роз, и бросали горсть лепестков в могилу. Мы окончательно попрощались с нашим любимым Манижем с помощью лепестков любви. На фотографии с места захоронения, сделанной доктором Гамидом Песешкяном, цветы покрывают обе могилы - Манидже и ее мужа, доктора Носсрата. Песешкиан. Как их тела покоятся бок о бок, так и их души теперь вместе в царстве Абха.

Празднование жизни Мание Песешкиан проходило с 15:00 до 20:00 в прекрасном зале ресторана "Доринт". Все присутствующие наслаждались вкусной едой, сердечной атмосферой и божественной музыкой. Каждый член семьи поделился личными историями, воспоминаниями и фотографиями. Мы погрузились в океан любви и благодарности, которую они испытывали к своей великой матери, любящей бабушке, верной жене, ученому, председателю совета директоров Всемирной ассоциации позитивной психотерапии, председателю фонда Носсрата Песешкиана, нашей любимой Мание Песешкиан. Это событие объединило всех и каждого, укрепило нас в вере и любви, чтобы мы стремились и дальше служить людям так, как это делала наш ангел Манидже на протяжении всей своей жизни.

Мы всегда будем бережно хранить память о ней в наших сердцах. Мы с коллегами - Натальей Рудой и Яниной Датской - от имени всех, кто знал и любил ее из числа позитивных психотерапевтов Восточного региона, оставили запись в Книге памяти и выразили искренние соболезнования членам семьи.

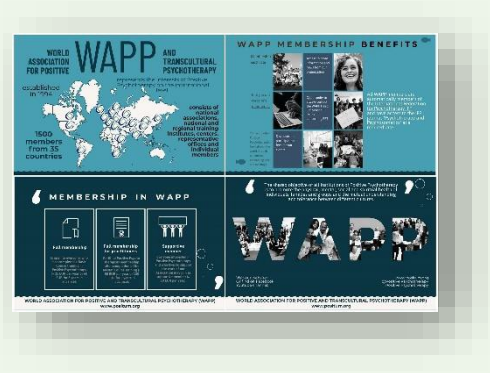
Мы благодарны доктору Хамиду и Екатерине Песешкиан, их детям Лейле и Фариду, доктору Навиду и Шиде Песешкиан, их детям Таре и Самире, всем родственникам, близким друзьям и коллегам семьи Песешкиан за внимание, заботу, атмосферу любви и дружбы на протяжении всего дня. С любовью и уважением к достойной жизни Манидже Песчкян. В любящую память. Наследие Манидже будет продолжено".

ISSN 2710-1460WAPP

НОВОСТИ WAPP

Годовой обзор WAPP 2020

Уважаемые члены WAPP,
Дорогие друзья и сторонники Позитивной психотерапии во всем мире,



2020 год был необычным годом, в котором произошли изменения, которые невозможно было представить 12 месяцев назад. Пандемия была главной темой этого года, но было удивительно наблюдать, как все вы восприняли этот кризис как возможность подняться на новый уровень. Наше всемирное сообщество ППТ стало сильнее и сплоченнее, чем раньше. было год назад. Это действительно стало глобальным движением. Сегодня мы хотим поделиться с вами некоторыми яркими моментами и событиями 2020 года, но это лишь малая часть всех мероприятий, которые прошли по всему миру.

Из-за пандемии пришлось отменить почти все модули присутствия на психотерапевтических тренингах и перейти на онлайн-семинары. А также психотерапевтические и консультационные сессии с пациентами и клиентами часто приходилось переводить в онлайн-формат. Сейчас, после девяти месяцев такой практики, мы приобрели большой опыт и рады видеть, что она хорошо работает. Тем более что продолжение терапии с пациентами в эти нестабильные времена пандемии было необходимо и являлось хорошим вариантом, чтобы поддерживать контакт и не прерывать лечение.

Онлайн-встречи с помощью Zoom или других провайдеров предоставили нам новые возможности для встреч и обмена опытом. В августе наш Международный учебный семинар (ITS) впервые был проведен в формате онлайн-конференции, и его хорошо приняли около 120 участников из 15 стран.

У нас были и другие пленарные онлайн-встречи и конференции, например, Zoom-встреча, открытая для всех членов WAPP, встречи только с тренерами, встречи с рабочими группами, а также онлайн-конференции, организованные различными организаторами, тренерами, национальными организациями и группами по интересам. До пандемии Совет WAPP собирался только два раза в год, теперь же встречи проходят ежемесячно. Благодаря этому решения принимаются гораздо быстрее.

В августе был избран новый состав Совета WAPP на 2020-2022 годы. Выборы проходили в режиме онлайн. Члены WAPP получили

индивидуальную ссылку и код для голосования. Членами нового Совета стали: Хамид Песешкиан (президент), Ева Добиала, Максим Гончаров, Габриэла Хум, Иван Кириллов, Ольга Литвиненко, Ричард Верринглоер и Тиния Тобер (как представитель Фонда Песешкиана).

ISSN 2710-1460WAPP

В этом году мы привлекли двух новых сотрудников для оказания помощи и содействия в работе нашей ассоциации: д-ра Катерину Литвиненко из Украины в качестве ассистента WAPP и д-ра Доротею Мартин из США/Албании для редактирования английского языка. Мы очень благодарны им за ценную помощь.

За 12 месяцев, прошедших со времени последнего Всемирного конгресса в Кемере (Турция), наша ассоциация быстро перешла на новый этап. Появилось много новых импульсов, наши члены вдохновили нас молодыми и современными идеями, такими как **разработка официальных информационных материалов, создание канала на YouTube**, и - что является одним из самых важных шагов - мы возродили электронный журнал "Позитивная психотерапия". Отныне он будет называться **"Глобальный психотерапевт",** а его первый номер вы читаете прямо сейчас.

В настоящее время наша ассоциация насчитывает 1 600 членов в 36 странах. Среди них 144 базовых и мастер-тренера позитивной психотерапии, 8 из которых получили тренерскую лицензию в этом году.

Большим проектом этого года стала ресертификация тренеров, которая началась в Украине. 39 тренеров должны были пройти онлайн-собеседование. Кроме того, с этого года кандидаты в тренеры должны пройти аналогичное собеседование. На данный момент это собеседование прошли 16 кандидатов в Базовые тренеры и 13 кандидатов в Мастер-тренеры. Экзаменаторы вполне удовлетворены результатами этих собеседований. Почти все кандидаты успешно сдали экзамен.

Торговая марка "Позитивная психотерапия (ППТ в честь Песешкиана, с 1977 года)" была зарегистрирована в Соединенных Штатах Америки в июне 2020 года. Для нас это важное достижение - заявить о себе и защитить свое имя в США.

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

Этот год принес нам и печальные новости:
Госпожа Манидже Песешкиан скончалась 3 марта 2020 года. Мать" Позитивной психотерапии покинула этот бренный мир, чтобы воссоединиться со своим мужем и основателем PPT. С августа прошлого года она чувствовала себя не очень хорошо, но для нее было очень важно принять участие во Всемирном конгрессе в Кемере. Через несколько недель у нее диагностировали рак, и последние недели своей жизни она провела дома с семьей и близкими друзьями. Мы будем хранить о ней светлую память и продолжать ее дело.
Мы также думаем о наших коллегах, которые пострадали от Covid-19 или продолжают страдать, и желаем им поскорее стать здоровыми.

Совет директоров благодарит всех и каждого за поддержку в 2020 году. Отрадно видеть, что во всем мире есть активные позитивные психотерапевты, которые вносят свой вклад в укрепление психического здоровья своих сограждан. Мы гордимся тем, что являемся частью всемирной профессиональной семьи позитивных психотерапевтов.

Желаем вам всего наилучшего в 2021 году.

Совет директоров и головной офис ВАПП

Всемирная ассоциация позитивной и транскультурной психотерапии (WAPP)
Головной офис WAPP - Луизенштрассе 28 - 65185 Висбаден - Германия
Тел. +49-6 11-450 34 40 - Email: wapp@positum.org - Сайт: www.positum.org

ISSN 2710-1460WAPP

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

ИНФОРМАЦИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ АВТОРОВ

Полная и актуальная "Информация и рекомендации для авторов" размещена на сайте JGP: https://www.positum.org/ppt-journal/.

The Global Psychotherapist (JGP) - междисциплинарный цифровой журнал, посвященный позитивной психотерапии (ППТ по Пешкиану, с 1977 года)™. В этом рецензируемом полугодовом журнале публикуются статьи об опыте и применении гуманистическо-психодинамического метода Позитивной и Транскультурной психотерапии. Тематика варьируется от исследовательских статей по теоретическим и клиническим вопросам, систематических обзоров, инноваций, статей по ведению случаев, различных аспектов психотерапевтической подготовки и образования, применения ППТ в консультировании, образовании и менеджменте, писем в редакцию, книжных обзоров и т.д. Существует специальный раздел, посвященный молодым специалистам, цель которого - поощрять молодых коллег к публикации. Журнал приветствует рукописи из разных культур и стран.

Языки статей: английский и русский. Каждая статья должна иметь аннотацию на английском языке, а для русских статей - на английском и русском языках. Для редактирования статей на английском языке авторы могут обратиться за помощью к нашему редактору на английском языке, доктору Доротее Мартин (США/Албания). Эта услуга бесплатна для авторов. Но речь идет только о редактировании, а не о переводе - пишите на journal@positum.org.

Процесс рецензирования: Все присланные рукописи - за исключением кратких книжных обзоров - будут анонимизированы и отправлены по меньшей мере двум независимым рецензентам для "двойного слепого" рецензирования. Их рецензии (также анонимные) затем возвращаются автору. Присланные статьи проверяются в системе "Антиплагиат" и принимаются в случае удовлетворительного результата (определяется для каждой статьи индивидуально по соотношению фрагментов оригинального текста, заимствованных фрагментов и наличию формализованных ссылок).

Материалы могут быть отправлены только в виде электронного письма в формате Word по адресу journal@positum.org.
Объем каждой статьи должен составлять от 3 до 10 страниц, включая ключевые слова, аннотацию и ссылки (Times New Roman, размер шрифта 12, межстрочный интервал 1,5).

Структура: Название, аннотация с ключевыми словами, введение, методология, результаты, заключение, ссылки.

Автор может опубликовать только одну статью в одном выпуске.

В исключительных случаях редакция может рассмотреть более длинные статьи (или отклонения от этих рекомендаций), однако авторам необходимо получить специальное разрешение от редакторов до их представления. (Обычно мы допускаем погрешность в 10%+/- при подсчете количества слов).

Ссылки: Автор должен перечислить ссылки в алфавитном порядке в конце статьи или на отдельном листе (листах), используя основной стиль Harvard-APA. Список литературы должен содержать только те ссылки, которые встречаются в тексте, например, (Fairbairn, 1941) или (Grostein, 1981; Ryle & Cowmeadow, 1992): обзоры литературы и более широкие библиографии не принимаются. Подробные сведения об общем стиле Harvard-APA могут быть высланы вам по запросу или размещены на различных веб-сайтах.

По сути, используется следующий формат, с точной капитализацией, курсивом и пунктуацией.

Вот три основных примера:

[1] Для журнальных/периодических статей (названия журналов не должны сокращаться):

ФЭРБЭРН, У.Р.Д. (1941). Пересмотренная психопатология психозов и нейропсихозов. *Международный журнал психоанализа*, том 22, стр. 250-279.

[2] Для книг:

ПЕСЕШКИАН, Н. (2016). *Позитивная психосоматика: Клиническое руководство по позитивной психотерапии, Блумингтон*, США: AuthorHouse UK.

[3] Для неанглоязычных ресурсов:

ШПИГЕЛЬБЕРГ, Г. М. [SPIEGELBERG, H. M.] (2002). *Феноменологическое движение. Историческое введение* [Феноменологическое движение. Историческое введение]. М.: "Логос". 608 с.

[4] Для глав в книгах с несколькими авторами:

PESESCHKIAN H., REMMERS A. (2020) *Positive Psychotherapy: An Introduction*. In: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds), Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology, (pp. 3-9). Springer, Cham.

Частота и авторские права

Журнал выходит два раза в год. Журнал поддерживает политику открытого доступа, основанную на принципе свободного распространения научной информации и глобального обмена знаниями для общего социального прогресса. Авторы, публикующие статьи по любой лицензии, разрешенной журналом, сохраняют все права. Редакционная политика журнала допускает депонирование всех версий опубликованных статей в институциональном или ином репозитории по выбору автора без эмбарго. Редакционная коллегия журнала оставляет за собой право на корректуру статей, представленных к публикации.

Дополнительную информацию и контактные данные можно найти на сайте JGP: https://www.positum.org/ppt-journal/.