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) - це міждисциплінарний електронний журнал, присвячений позитивній та транскультурній психотерапії (PPT за Песешкіаном, з 1977 року)™. Цей рецензований піврічний журнал публікує статті про досвід та застосування гуманістично-психодинамічного методу позитивної та транскультурної психотерапії. Тематика статей варіюється від досліджень статті з теоретичних і клінічних питань, систематичні огляди, інновації, кейс-менеджмент, різні аспекти психотерапевтичного навчання та освіти, застосування КПТ в консультуванні, освіті та управлінні, листи до редакції, рецензії на книги тощо. Існує спеціальний розділ, присвячений молодим фахівцям, який має на меті заохотити молодих колег до публікацій. Журнал вітає рукописи з різних культур і країн.

Співголовний редактор журналу: *Ольга Литвиненко, Україна: dr.olgalytvynenko@gmail.com*
Співголовний редактор журналу: *Ерік Мессіас, США: ELMessias@uams.edu*
Редакція: *journal@positum.org*
Редактор англійської мови: *Доротея Мартін journal@positum.org*
Російський редактор: *Катерина Литвиненко journal@positum.org*

РЕДАКЦІЯ JGP:
Ольга Литвиненко, Україна **Ерік Мессіас,** США **Людмила Сердюк,** Україна
Алі Ерілмаз, Туреччина
Роман Цесельський, Польща

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

МІЖНАРОДНИЙ НАУКОВИЙ КОМІТЕТ (ISC):
Андре Р. Марсель, США; **Євген Карпенко**, Україна; **Златослав Арабаджиєв**, Болгарія; **Денис Лавриненко**, Україна.

МІЖНАРОДНА ДОРАДЧА РАДА (IAB):
Арно Реммерс, Німеччина; **Іван Кирилов**, Туреччина; **Максим Чекмарьов,** Росія; **Тодор С. Сімеонов,** Болгарія; **Олександра Ніздран-Федорович,** Україна; **Поліна Єфремова,** Росія; **Єва Добіала,** Польща; **Олександра Зарек**, Польща; **Людмила Москаленко,** Україна; **Шрідхар Шарма,** Індія.

Всі професійні зв'язки членів Редакційної колегії та Міжнародної консультативної ради тепер розміщені на відповідних сторінках веб-сайту ПГД.

Опубліковано на сайті Всесвітня асоціація позитивної та транскультурної психотерапії (WAPP) Luisenstrasse 28, 65185 Вісбаден, Німеччина
Електронна пошта: wapp@positum.org
Веб-сайт: www.positum.org

Журнал використовує ліцензію Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY 4.0).
ISSN: 2710-1460 (Онлайн)

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

РЕДАКЦІЯ:

Вітальний лист Президента WAPP 5

Вітальний лист від редакційної колегії 8

Позитивна психотерапія під час глобальної кризи

Носсрат Песешкян 9

ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ІННОВАЦІЇ:

Україномовна адаптація Вісбаденського опитувальника для позитивної психотерапії та сімейної терапії (WIPPF)

Людмила Сердюк, Світлана Отенко 11

ПОПЕРЕДНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

Модель рівноваги в російській та китайській культурі: Попереднє дослідження та порівняльний аналіз

Тетяна Ільїна 15

Попереднє дослідження феномену "тривоги розлуки" очима методу позитивної та транскультурної психотерапії

Олена Дражева 22

Розвиток первинних здібностей у дошкільнят за допомогою методів екологічної арт-терапії (на прикладі корекційної програми зі зниження рівня тривожності)

Геля-Бенд 27

Сімейна динаміка в психотерапії підлітків з анорексією

Вероніка Іванова 34

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ТРЕНІНГИ:

Бути чи не бути - Гамлет і психотерапевтична техніка: Про терапевтичний альянс, зростання та ефективну терапію

Арно Реммерс 39

Інструменти позитивної транскультурної психотерапії як модель для системних констеляцій

Світлана Кириченко 45

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ВИПАДКИ:

Підліток між двома берегами. Випадок із психотерапевтичної практики

Стефанка Томчева **49**

Зцілення і духовність: Психотерапевтичний випадок

Антонелла Матей **53**

СПЕЦІАЛЬНІ СТАТТІ:

Здоров'я - хвороба з точки зору позитивної психотерапії

Гюнтер Хюбнер **57**

Суїцидальні стани особистості, дослідження та наукова перспектива

Оксана Кованда **62**

РЕЦЕНЗІЯ НА КНИГУ:

Мудрішими: Наукове коріння мудрості, співчуття та того, що робить нас добрими, Діліп Джесте, доктор медичних наук, та Скотт Лафі (2020)

Рецензент: Ерік Мессіас... ..... **70**

НЕКРОЛОГ:

Пані Маніє Песешкян

Німецькою асоціацією позитивної та транскультурної психотерапії (DGPP) та Фондом Песешкяна **72**

WAPP NEWS75

ІНФОРМАЦІЯ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ АВТОРІВ77

ПРИВІТАННЯ ПРЕЗИДЕНТА WAPP

ДР. ГАМІД ПЕСЕШКЯН

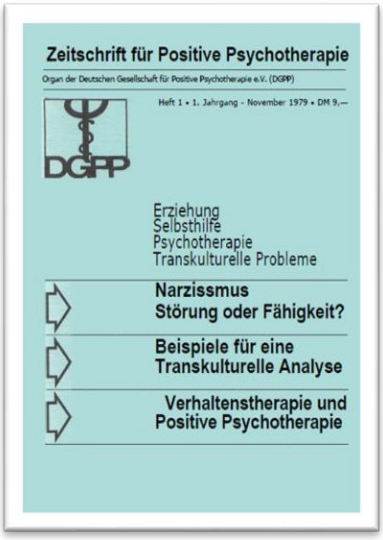
"Я вважаю, що для кожного пацієнта має бути розроблена окрема терапія, тому що кожен з них має унікальну історію".
Ірвін Д. Ялом

Шановний читачу,

Ви тримаєте в своїх (віртуальних) руках перший номер *"The Global Psychotherapist"*, міжнародного журналу позитивної та транскультурної психотерапії. Як і все, він має минуле, теперішнє і - сподіваємось - світле майбутнє.

Минуле:

Через п'ять років після того, як Носсрат Пешешкян (1933-2010) заснував позитивну психотерапію (ППТ) і опублікував першу зі своїх 29 книг у 1974 році, він вирішив заснувати Німецьку асоціацію позитивної психотерапії в 1977 році і почати видавати регулярний журнал. Перший номер "Німецького журналу позитивної психотерапії" (Zeitschrift für Positive Psychotherapie) вийшов у листопаді 1979 року і визначив чотири теми як основну мету журналу: освіта, самодопомога, психотерапія та транскультурні проблеми. Як пояснював Носсрат Песешкян у своїй редакційній статті: *"Ці чотири аспекти позитивної психотерапії є важливими елементами психотерапії, яка виконує профілактичну функцію і розуміє людину в її соціальному та економічному середовищі"* (1).


Zeitschrift für Positive Psychotherapie

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

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

DGPP

Erziehung
Selbsthilfe
Psychotherapie
Transkulturelle Probleme

Narzissmus
Störung oder Fähigkeit?

Beispiele für eine
Transkulturelle Analyse

Verhaltenstherapie und
Positive Psychotherapie

Перший випуск німецького журналу PPT за листопад 1979 року

Включення транскультурної точки зору в повсякденну роботу психотерапевта було не тільки центральною проблемою Носсрата Песешкяна з самого початку, скоріше транскультурні питання мали для нього політико-соціальний вимір: *"Транскультурний підхід проходить червоною ниткою через всю позитивну психотерапію. Ми розглядаємо його особливо тому, що транскультурна точка зору також пропонує матеріал, корисний для розуміння індивідуальних конфліктів. Крім того, ця точка зору має надзвичайну соціальну значущість: Проблеми гастарбайтерів [іммігрантів], допомоги у розвитку, проблеми, які виникають при спілкуванні з людьми з інших культурних систем, проблеми транскультурних шлюбів, упередження та їх подолання, альтернативні моделі, які походять з іншого культурного середовища. У зв'язку з цим ми також можемо вирішувати політичні проблеми, які виникають у транскультурній ситуації".* (1).

З поширенням PPT, особливо у Східній Європі, у 1990-х роках з'явилися журнали іншими мовами та країнами.

Теперішнє:

Сьогодні позитивна психотерапія стала міжнародним рухом: Всесвітня асоціація позитивної та транскультурної психотерапії (WAPP) налічує понад 1600 членів у 35 країнах і на п'яти континентах; навчальні центри позитивної психотерапії діють у понад 20 країнах; понад 150 тренерів щорічно проводять сотні навчальних курсів з ППТ; видано кілька провідних книг; написано та захищено десятки дисертацій з КПТ; створено першу національну асоціацію та КПТ-центр на африканському континенті; у 2019 році відбувся 7th Всесвітній конгрес; зареєстровано торгову марку "Позитивна психотерапія" (ППТ за Пешешкіаном, з 1977 року).

Наш світ сильно змінився з 1979 року, але послання позитивної психотерапії з кожним днем стає все більш важливим. Не тільки тому, що КПТ як метод гуманістичної психодинамічної психотерапії інтегрує підходи чотирьох основних психотерапевтичних модальностей: гуманістичної концепції людини, психодинамічного розуміння розладів та

системний підхід до культури, роботи та навколишнього середовища, а також практичний, цілеспрямований підхід з деякими когнітивно-поведінковими техніками (2). Але ця конфліктно-орієнтована та ресурсно-орієнтована короткострокова психотерапія може застосовуватися в різних сферах людської діяльності, і, таким чином, приносити психотерапевтичні знання в повсякденне життя.

З огляду на таке розширення і міцну основу PPT протягом останнього десятиліття, було логічним кроком, що Рада директорів WAPP вирішила перезапустити свій міжнародний журнал. З професором Ольгою Литвиненко та професором Еріком Мессіасом в якості головних редакторів, за підтримки досвідченої міжнародної редакційної та консультативної ради, журнал знаходиться в хороших і дуже надійних руках.

Майбутнє:

Наукові статті та журнали часто бувають нудними, але так не повинно бути (3, 4). Публікації журналу "Позитивна психотерапія" за останні 50 років показали, що можна публікувати захоплюючі, освіжаючі і стимулюючі статті, які в той же час є дуже глибокими і спонукають до роздумів.

Правління WAPP сподівається, що цей журнал стане міжнародною платформою, і, за словами Носсрата Песешкяна, "*наша мета - запропонувати як високоякісні наукові статті та інформацію, так і можливість для міжнародного діалогу і дружби*" (5). Як інтегративний і транскультурний метод, цей PPT-журнал пропонує унікальні можливості для обміну професійним досвідом з усього світу. Молоді фахівці знайдуть тут можливість поєднувати наукову і практичну роботу, і стануть майбутніми експертами в обох сферах. Позитивні психотерапевти з усього світу сформували ідентичність як *глобальні психотерапевти* і хочуть поділитися своїм досвідом з колегами-однодумцями.

Тепер, шановний читачу, журнал - багато в чому - у твоїх руках. Ваші статті та внески будуть підтримувати його життєздатність і привабливість. Я сподіваюся, що "*Глобальний психотерапевт" сприятиме* глибшому розумінню глобального суспільства і зможе знайти відповідь на питання: *"Що спільного у всіх людей?"* (5).

***Доктор Гамід Песешкян**, доктор медичних наук, доктор медичних наук, доктор медичних наук, професор, IDFAPA*
Президент
WAPP, медичний та академічний
директор Вісбаденської академії
психотерапії

Посилання:

[1] Zeitschrift für Positive Psychotherapie. Heft 1, 1. Jahrgang, листопад 1979.
[2] **ПЕСЕСКЯН Г., РЕММЕРС А.** (2020) *Позитивна психотерапія: Вступ*. В кн: Мессіас Е., Песешкян Х., Каганде К. (ред.) Позитивна психіатрія, психотерапія та психологія. Springer, Cham.
[3] **САНД-ЙЕНСЕН К.** (2007) *Як писати незмінно нудну наукову літературу*. Oikos 116. с.723-727
[4] **ЧАПМАН, П.** (2014). Наукові роботи не повинні бути нудними. *Вісник морського*

забруднення. 87. 10.1016/j.marpolbul.2014.08.020.

[5] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2011). Послання колишнього президента. Посмертно опублікована редакційна стаття для першого випуску Міжнародного журналу позитивної психотерапії та досліджень, с. 3.

ВІТАЄ РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ

ЖУРНАЛ PPT
"СВІТОВИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ"

Шановний читачу,

З великою гордістю і радістю ми можемо представити вам перше видання *"The Global Psychotherapist"* - Міжнародного журналу позитивної психотерапії. Як ви дізнаєтесь, "The *Global Psychotherapist" був створений* видатною групою редакторів, які відповідають за відбір та впорядкування статей, що складають його зміст. Всі статті пройшли сліпе експертне рецензування вченими, які мають досвід застосування позитивної психотерапії в медичній та консультативній сферах. Ми дякуємо всім за глибоку роботу, зосередженість і час, витрачений на підготовку цього журналу до повноцінної публікації.

The Global Psychotherapist має на меті інформувати, стимулювати дискусії та допомагати професії психотерапевта розвиватися, незважаючи на кордони та континенти. Мета журналу - інформувати про транскультурні переваги позитивної психотерапії (ППТ) та її унікальний підхід до зцілення, розширювати доказову базу ефективності ППТ, а також ділитися досвідом її практичного застосування в різних сферах, включаючи медичну, освітню та соціальну.

Позитивна психотерапія була заснована в 1968 році нашим улюбленим Носсратом Песешкіаном (18 червня 1933 - 27 квітня 2010), автором понад 26 різних психотерапевтичних книг, як "диференціальний аналіз", ода тому, як люди розвивають і вдосконалюють свої вроджені здібності. У 1977 році вона офіційно стала позитивною психотерапією. Позитивна психотерапія - це транскультурна за своєю суттю форма психотерапії, яка є частково психодинамічною, а частково гуманістичною. Вона покликана допомогти клієнтам переорієнтуватися і відстоювати себе, використовуючи свої внутрішні ресурси для подолання викликів, зрозуміти і розпізнати зони зростання, а також зосередитися на роботі над життєстійкістю і розвитком більшого почуття власної гідності.

Наша довгострокова мета журналу "The Global Psychotherapist" полягає в тому, щоб допомогти представити КПТ у світі, який швидко модернізується і є транскультурним, і в якому існує реальна потреба в моделі психотерапії, яка була б чутливою до цієї динаміки і була б легкою у вивченні, практиці та застосуванні.

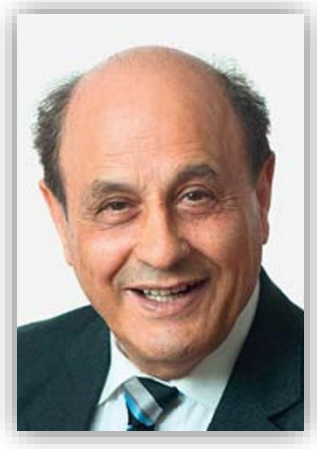
Ми сподіваємося, що на цих сторінках ви знайдете дуже доступний огляд того, що пропонує позитивна психотерапія сьогодні. Ми також сподіваємося, що це допоможе вам відкрити для себе нові та цікаві способи розуміння психотерапії і того, як вона може бути корисною у вашій власній практиці та роботі.

Тому цей журнал є важливим джерелом інформації для обізнаних психологів, медичних та освітніх практиків, тренерів та студентів, які визнають цінність транскультурних підходів до зцілення та бажають краще зрозуміти розвиток психотерапії в усьому світі.

Нарешті, ми сподіваємося, що ви отримаєте задоволення від прочитання цих статей і будете достатньо заінтриговані, щоб приїхати на наш наступний Всесвітній конгрес у 2022 році, приєднатися до Всесвітньої асоціації позитивної психотерапії і стати сертифікованим позитивним психотерапевтом.

Редакційна колегія

ISSN 2710-1460WAPP



ПОЗИТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ ПІД ЧАС ГЛОБАЛЬНОЇ КРИЗИ

ПРОФ. д-р НОСРАТ ПЕСЕШКЯН, доктор медичних наук, ВІЗБАДЕН, НІМЕЧЧИНА

Вперше опубліковано в *Міжнародний журнал позитивної психотерапії та досліджень.* Випуск 1 (2011)

Вступ

Транскультурні труднощі - у приватному житті, роботі та політиці - набувають сьогодні все більшого значення. З огляду на те, як розвивається суспільство зараз, вирішення транскультурних проблем стане одним з головних завдань майбутнього. Якщо раніше люди різних культурних кіл були розділені великими відстанями і контактували лише за незвичайних обставин, то в наш час технічні інновації різко збільшили можливості для контактів. Просто відкриваючи ранкову газету, ми виходимо з власного життєвого простору і контактуємо з проблемами людей з інших культурних кіл і груп. Зазвичай ми інтерпретуємо ці події так, як ми виросли. Ми готові критикувати, проклинати чи висміювати їх через їхню нібито відсталість, наївність, жорстокість чи незрозумілу відсутність турботи. У транскультурному процесі ми маємо справу з поняттями, нормами, цінностями, моделями поведінки, інтересами та точками зору, які діють у певній культурі.

Методи

Характерно для епохи глобалізації з її позитивними та конструктивними наслідками:

1. Що спільного у всіх людей і чим вони відрізняються? (Принцип надії).

Наш світ змінився. Вперше в історії людства формується глобальне, взаємопов'язане суспільство, характерною рисою якого є культурне розмаїття. Процес глобалізації - не лише на політичному рівні, а насамперед на рівні ментальному рівні - не відбувається без викликів. Перед нами стоїть завдання надати новий напрямок нашим галузям спеціалізації, щоб вони могли адекватно відповідати вимогам сучасного світу. Це, однак, вимагає зміщення акцентів у дискусіях - від монокультурного і монопричинного розгляду до мультикультурного і мультикаузального.

Ці зміни та виклики впливають на кожну людину, і, перш за все, на її здоров'я.

2. Існуючі проблеми світу **(Стадія спостереження) - дистанціювання).**

Фактом є те, що наше спілкування сьогодні вражене світовою кризою, яка набуває масштабів епідемії. У подружньому спілкуванні партнери стикаються з болем взаємного нерозуміння і зневаги, сім'ї страждають від майже відсутнього або дуже поверхневого способу спілкування між батьками і дітьми.

Так само комунікація між урядами та їхніми народами демонструє стан взаємної недовіри, образливості, обману та ворожнечі. Більше того, виникла безпрецедентна криза комунікації між наддержавами - ситуація, яка легко могла призвести до знищення всього живого на цій планеті.

3. Різні значення однієї і тієї ж поведінки в різних культурах **(крос-культурні аспекти)**.

Така релятивізація поняття хвороби особливо важлива для динаміки всередині сім'ї. Вона надає хворобі певну функцію і задає тон у стосунках між членами родини. Вона надає хворобі певну функцію і задає тон стосункам між членами родини. Це стосується таких випадків

незалежно від того, чи є хвороба психічною, психосоматичною, психотичною або соматичною.

Ми досліджуємо, як той самий розлад чи хворобу сприймають і оцінюють в інших культурах, як люди в певній культурі чи сім'ї стикаються з хворобою, яке особливе значення конфлікти мають для людини, і до якого змісту вони зводяться.

4. Викорінення расових і національних упереджень у деяких країнах світу. Зменшення релігійних упереджень у світі, взаємодія та діалог між різними релігіями є сприятливими ознаками цього розвитку **(здатність до пізнання - здатність до любові)**.

5. Активна роль багатьох неполітичних, гуманітарних інституцій (наприклад, неурядових організацій), які працюють задля досягнення миру в усьому світі, захисту меншин та подолання бідності. Удосконалюються міжнародні та національні асоціації, такі як "Лікарі без кордонів" (Ärzte ohne Grenzen), Червоний Хрест тощо. Життєво важливим є залучення дедалі більшої кількості людей до пошуку миру, а також їхня готовність допомагати один одному під час кризових ситуацій та природних катастроф, а також у питаннях, що становлять взаємний інтерес **(позитивна психотерапія у всебічному розумінні).**

6. Поширення молодіжних рухів, пов'язаних з інтересом до вивчення іноземних культур, прагненням до розуміння і довіри до них, а також залучення до активної роботи в країнах, що розвиваються. Міжрасові та міжкультурні шлюби між вихідцями з Африки, Азії, Європи, Австралії та Америки вказують на шляхи вирішення практичних проблем людства **(майбутнє сім'ї та культури)**.

7. Дедалі частіше лунають заклики до чесного визнання того, що матеріалістичні ідеї не змогли задовольнити потреби людства, і тепер необхідно докласти нових зусиль для сімейного життя, духовності та інших якостей людського життя **(модель "Принцип рівноваги")**.

8. Збільшення кількості багатих людей, які вважають, що нерівність між багатими і бідними утримує світ у стані нестабільності, і намагаються використати своє багатство для змін у суспільстві, наприклад, через створення фондів для освіти, охорони здоров'я, подолання бідності тощо **(спочатку зрілість, а потім багатство)**.

9. Підвищення активності та партнерства жінок у всіх сферах людської діяльності (економічній, соціальній, політичній тощо). Завдяки такому розвитку мета емансипації жінок і досягнення повної рівності між статями є новою мотивацією в політиці, економіці та науці **(рівність жінок і чоловіків).**

10. Наш світ наближається до всеосяжної глобалізації (мир у всьому світі, глобальна економічна модель, стандарти світової валютної політики, екологічні питання, стандарти освіти тощо). Це відбувається завдяки залученню та активності громадян світу.

11. Цей транскультурний погляд простежується в усій позитивній психотерапії. Ми надаємо йому такого великого значення, тому що він допомагає нам зрозуміти конфлікти людини. Він також може бути важливим у вирішенні таких соціальних питань, як поводження з нелегальними іммігрантами та біженцями, іноземна допомога країнам третього світу, проблеми у спілкуванні з представниками інших культурних систем, міжрасові та транскультурні шлюби, забобони та альтернативні способи життя, запозичені з інших суспільств. Вона також може бути застосована до політичних проблем, спричинених транскультурними ситуаціями.

12. Європейський Союз є прикладом для 27 країн, які працюють разом. Засоби масової інформації, такі як телебачення, радіо, інформаційні бюлетені, Інтернет тощо, створюють глобальну інформаційну мережу **(етап розширення цілей)**.

Інструментарій позитивної психотерапії:

1. Три принципи позитивної психотерапії.
2. Дев'ять тез.
3. 20 Технік.
4. Опитувальник позитивної психотерапії.

Висновок

Так само, як існують культурні кола, існують і освітні кола, в яких людина розвиває власну культурну систему, яка потім стикається з іншими системами. Таким чином, принцип, що лежить в основі транскультурної проблеми, стає принципом людських стосунків і вирішення внутрішніх конфліктів. Таким чином, він стає об'єктом позитивної психотерапії.

Оскільки позитивна психотерапія має справу з елементарними людськими здібностями, вона в змозі говорити з людьми всіх мов і соціальних станів і ефективно справлятися з транскультурними проблемами. З терапевтичної точки зору, позитивна психотерапія

Психотерапія пропонує ефективну п'ятиетапну коротку терапію, яка активізує внутрішні терапевтичні можливості пацієнта. Іншими словами, пацієнт не тільки страждає від своєї хвороби, але й сам виступає в ролі терапевта.

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

УКРАЇНОМОВНА АДАПТАЦІЯ ВІСБАДЕНСЬКОГО ОПИТУВАЛЬНИКА ДЛЯ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ (WIPPF)

Людмила Сердюк
Доктор психологічних наук, професор
Завідувач лабораторії психології особистості Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України (Київ, Україна)
Базовий тренер ППТ
Електронна пошта:
Lzserdyuk15@gmail.com

Світлана Отенко
Викладач кафедри психології Відкритого міжнародного Університет розвитку людини "Україна" (Київ, Україна)
Майстер-тренер з ППП
Електронна пошта:
svet1608@gmail.com

Отримано 24.11.2020.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

У статті представлено адаптацію та верифікацію психометричних характеристик Вісбаденського опитувальника для позитивної психотерапії та сімейної терапії. Наведено психометричні характеристики та інші результати апробації запропонованої україномовної версії досліджуваного опитувальника. Описано дані діагностики опитувальника та оцінено його прогностичні можливості щодо визначення чинників життєвого самовизначення, психологічного благополуччя та психологічної стійкості особистості.

Ключові слова: апробація опитувальника, позитивне психічне здоров'я, позитивна психотерапія, актуальні можливості, психологічне благополуччя.

Вступ

Рух за позитивне психічне здоров'я, який включає в себе позитивну психологію, позитивну психотерапію та позитивну психіатрію, є новим перспективним напрямком у всьому світі. Фундаментальною особливістю цього напряму є зміна фокусу підходів до людини з орієнтації на симптоми та дефіцити на розвиток і підтримку її внутрішніх ресурсів (Messias et al., 2020). У цьому позитивному сенсі психічне здоров'я є основою благополуччя та ефективного функціонування людини, в якому вона може реалізувати власний потенціал, ефективно долати та продуктивно і плідно працювати. Для розвитку цього напрямку необхідна розробка та вдосконалення діагностичного інструментарію для вимірювання конструктів позитивного психічного здоров'я людини, що ґрунтується на емпіричних даних. Тому вивчення можливостей використання нечисленних існуючих ефективних діагностичних інструментів є важливим завданням сучасної психології, психотерапії та психіатрії.

Вісбаденський опитувальник для позитивної психотерапії та сімейної терапії - це оригінальний інструмент, який досліджує самооцінку характерологічних та особистісних характеристик (первинних та вторинних здібностей), зміст конфліктних реакцій, що проявляються в чотирьох сферах моделі балансу,

джерела та психодинаміку конфлікту, що лежать в основі базових концепцій особистості.

Перелік був розроблений Н. Песешкіаном у співпраці з Г. Дейденбахом (Peseschkian, & Deidenbach, 1988). Сучасна англійська версія Переліку (WIPPF 2.0), переглянута і доповнена А. Реммерсом, призначена для використання в різних культурах і для перекладу іншими мовами (Remmers, 1996).

Опитувальник складається з 88 тверджень, які передбачають чотири рівні їх оцінки: повністю згоден, частково згоден, частково не згоден або повністю не згоден. Для обробки даних ці вербальні оцінки переводяться у відповідні бали: повністю згоден - 4 бали, частково згоден - 3 бали, частково не згоден - 2 бали, повністю не згоден - 1 бал.

Автори виділили 27 шкал опитувальника, що оцінюють суб'єктивну значущість для індивіда його особистісних характеристик у трьох сферах: 1) актуальні здібності (вторинні по відношенню до власної поведінки; первинні по відношенню до себе); 2) проявлені конфліктні реакції в чотирьох сферах моделі балансу; 3) суб'єктивно сприйняті параметри моделі відносин.

Опитувальник призначений для використання переважно в психотерапії, щоб клієнти через рефлексію та самооцінку починали розуміти свої внутрішні ресурси, зміст конфліктів, в які вони залучені, свої конфліктні реакції та психодинамічні витоки таких реакцій.

Для застосування WIPPF у дослідницьких цілях важливою є стандартизація дослідницьких даних, зокрема, слід визначити нормативні значення для шкал Індексу.

Методи та організація дослідження

Адаптація WIPPF була частиною комплексного дослідження в лабораторії психології особистості Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, Київ, Україна.

Для перекладу на українську мову та подальшої адаптації було використано сучасну версію (WIPPF 2.0) Вісбаденського опитувальника для позитивної психотерапії та сімейної терапії (Peseschkian, & Deidenbach, 1988; Remmers, 1996). Переклад на українську мову було здійснено професійними перекладачами та адаптовано до соціокультурних норм української мови.

Крім того, було використано адаптовану версію шкали життєстійкості С. Мадді (Леонтьєв, Рассказова, 2006); адаптовану шкалу психологічного благополуччя Р. Райффа (Ryff, 1995; Шевеленкова, Фесенко, 2005); шкалу загальної каузальної орієнтації Е. Десі та Р. Райана, адаптовану О. Дергачовою, Л. Дорфманом та D. Леонтьєва (Deci, & Ryan, 2002; Дергачова, Дорфман, 2008) були використані в емпіричному дослідженні для визначення конкурентної валідності WIPPF, а також його діагностичної та

прогностичні можливості. Для обробки даних і статистичного аналізу використовувалися методи описової статистики, кореляційного аналізу, регресії, порівняння середніх величин.

Обробка емпіричних даних здійснювалася за допомогою статистичного програмного пакету SPSS 21.0 для Windows.

Учасники дослідження. Вибірка для адаптації україномовної версії складалася з 384 осіб, серед яких 96 чоловіків та 288 жінок, віком від 19 до 62 років. Середній вік становив 37,7 ± 11,1 року. За основним видом діяльності це були: студенти, які відвідують курси підвищення кваліфікації з методів позитивної психотерапії, працюючі фахівці (вчителі, інженери, менеджери різних рівнів, юристи, економісти, психологи, лікарі, соціальні працівники, реабілітологи та ін.). Усіх респондентів можна охарактеризувати як психологічно благополучних, соматично здорових, без видимих особистісних розладів.

Результати

Дослідження, проведене за допомогою україномовного опитувальника, показало досить високу внутрішню узгодженість. Внутрішню узгодженість шкал ми розраховували за альфою Кронбаха (узгодженість трьох тверджень опитувальника, що визначають значення шкали). Показники внутрішньої узгодженості, оцінені за допомогою альфа-критерію Кронбаха, виявилися цілком прийнятними і становили від 0,73 до 0,86 для різних шкал WIPPF.

Повторне дослідження було проведено через 1,5 місяці після першого тестування. Ми повторно опитали 157 осіб віком від 19 до 53 років (середній вік 34,8 ± 8,4 року), 44 чоловіки та 113 жінок. Статистично значущих відмінностей за віком і статтю (тест Манна-Уітні, $p < 0,05$) між вибіркою першого і повторного тестування не було.

Для кожної шкали були розраховані кореляції між тестом WIPPF та шкалами ретесту (метод Пірсона, $p < 0,05$, $p < 0,001$). Надійність ретесту Опитувальника після періоду
1.5 місяців була досить високою (середнє значення $r = 0,78$, $p < 0,001$). Тобто тест показав досить високу ретестову надійність.

Класифікація вибірки за віком була здійснена на основі стадій психосоціального розвитку, запропонованих Еріком Еріксоном (від 19 до 35 років - юність; від 35 до 60 років - дорослість). Були виявлені невеликі, але статистично значущі відмінності між різними віковими групами (критерій Манна-Уітні, $p < 0,05$) за шкалами "Довіра" (середнє значення для молоді - 8,6 ± 1,4; середнє значення для дорослих - 9,3 ± 1,7) та "Надія" (середнє значення для молоді - 8,8 ± 1,7; середнє значення для дорослих - 9,6 ± 1,5).

Для шкал WIPPF не було виявлено статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками. Очевидно, що шкали інвентаризації не є гендерно-специфічними. Але оскільки кількість чоловіків у вибірці значно менша, це питання можна дослідити глибше в майбутньому.

Щодо діяльності респондентів, то серед них не було статистично значущі відмінності.

Нормативні значення шкал опитувальника, отримані спочатку на основі середніх балів і стандартних відхилень для загальної вибірки (тестового дослідження), показали сильну переоцінку Щирості, Довіри, Надії і недооцінку Ощадливості.

Для визначення нормативних значень WIPPF, характерних для психологічно зрілої особистості, ми використовували як основний критерій відбору респондентів показники психологічної витривалості (респонденти показали значення вище середнього або високі за цим показником). Це обґрунтовано тим, що життєстійкість - це диспозиція, яка допомагає долати внутрішнє напруження у складних життєвих ситуаціях шляхом витривалого подолання стресів. Оскільки психологічна життєстійкість тісно пов'язана з показниками психологічного благополуччя та самовизначення (Сердюк, Данилюк, & Чиханцова, 2019), ці показники були двома додатковими критеріями відбору.

Нормативні значення були визначені за правилом 3σ, відповідно до закону нормального розподілу Гауса: 99,6% даних генеральної сукупності знаходяться в межах 3 σ, 94% - в межах 2 σ і 68% - в межах 1 σ. Тому статистичні нормативні значення будуть визначатися як середнє ± стандартне відхилення (μ ± σ).

Таким чином, стандартні значення для шкал Індексу представлені в Таблиці 1.

Таблиця 1.

Нормативні значення для шкал WIPPF (n=315)

	Шкали WIPPF	Це означає.	Середньоквадратичне відхилення	Норми
Вторинні потужності	Впорядкованість	7.8	1.7	6.1 - 9.5
	Чистота	7.9	1.7	6.2 - 9.6
	Пунктуальність	8.1	1.9	6.2 - 10.0
	Ввічливість	7.5	1.6	5.9 - 9.1
	Щирість	8.2	1.3	6.9 - 9.5
	Діяльність	8.5	1.5	7.0 - 10.0
	Серйозно.	9.1	1.2	7.9 - 10.3
	Ощадливість	6.2	1.8	4.4 - 8
	Послух	7.5	1.5	6.0 - 9.0
	Справедливість	9.1	1.4	7.7 - 10.5
	Вірність	9.0	1.3	7.7 - 10.3
Первинні потужності	Терпіння.	9.2	1.3	7.9 - 10.5
	Час	8.5	1.5	7.0 - 10.0
	Контакти	9.0	1.5	7.5 - 10.5
	Довіра	9.6	0.9	8.7 - 10.5
	Надія	9.7	1.2	8.5 - 10.9
	Сексуальність	9.5	1.3	8.2 - 10.8
	Прийняття	9.2	1.0	7.2 - 10.2
	Віра.	8.6	1.7	6.9 - 10.3
Реагування на	Тіло	7.5	1.9	5.6 - 9.4
	Досягнення	8.1	1.9	6.2 - 10,0
	Контакти	7.3	1.8	5.5 - 9.1
	Майбутнє	8.2	1.8	6.4 - 10.0
	Я - мати	8,0	2.6	5.4 - 10.6
	Я - батько.	8.0	2.9	5.1 - 10.9
	Я - інші	6.6	2.9	3.7 - 9.5
	Ти.	8.1	2.6	5.5 - 10.7
	Ми	8.3	2.4	5.9 - 10.7
	Початковий І	7.0	2.4	4.6 - 9.4

Перевірка конкурентної валідності Опитувальника становила певну складність, оскільки для цього не існувало адекватного діагностичного інструментарію. Для цього було досліджено кореляції з особистісними конструктами, щоб розрізнити людей з різним рівнем самовизначення, психологічного благополуччя та життєстійкості. У таблиці 2 наведено кореляції між актуальними здібностями та іншими особистісними конструктами, що характеризують особистість, яка самореалізується.

Таблиця 2.

Кореляції між шкалами WIPPF та показниками психологічного благополуччя

	Позитивні відносини	Автономія	Екологічна майстерність	Особистісне зростання	Мета в житті	Самоприйняття	Психологічне благополуччя	Самовизначення	Зобов'язання	Контроль	Виклик
Порядок - брехливість	-.25	-.16	-.08	.18	-.09	-.15	-.14	-.05	-.28	-.25	**-.39***
Чисто... Несс.	-.26	-.21	-.27	.04	-.09	-.26	-.29	-.38	-.24	-.26	**-.45****
Пунктуалітичність	**-.51****	-.25	-.18	-.07	-.19	**-.38***	-.32	-.09	**-.45***	**-.39***	**-.48****
Ввічливо. Несс.	-.07	-.15	.08	.45**	.19	.16	.18	.28	.16	.01	.04
Відтоді, як	.26	**.53****	**.26**	**.57****	**.55****	.39*	**.48****	**.39***	**.34***	.21	.19
Діяльність	.04	-.24	-.07	**.46****	.18	.13	.05	-.03	.16	.09	.06
Серйозно.	.07	.24	.07	.26	.27	.29	.26	**.45****	.26	.13	.28
Ощадливість	**-.41***	-.32	-.28	-.17	-.19	**-.33***	**-.38***	-.25	-.17	-.26	-.26
Слухняність	-.06	-.08	.05	.29	-.06	-.06	.04	-.19	-.18	-.07	-.19
Справедливість	.13	.09	.13	**.44****	**.33***	.27	.27	**.48***	**.39***	.19	.15
Вірність	.07	.05	.09	.29	.25	.19	.18	**.59****	.28	.12	-.06
Терпіння.	-.07	.07	.18	.16	-.15	.08	.07	.25	-.18	-.07	-.06
Час	.14	**.38***	.27	.29	.19	.05	.27	.14	.18	.07	.07
Контакти	**.41***	.25	.26	**.66****	**.58****	**.39***	**.58****	**.35***	**.59****	**.48****	**.44***
Довіра	**.55****	**.38***	**.42****	**.46****	**.49****	**.55****	**.58****	**.65****	**.53****	**.43***	**.36***
Надія	**.56****	**.43****	**.53****	**.58****	**.69****	**.63****	**.72****	**.57****	**.79****	**.74****	**.55****

*Примітка: * - кореляція значуща на рівні 0,05; ** - кореляція значуща на рівні 0,01*

Дані, наведені в табл. 2, свідчать: по-перше, про сталість значущих зв'язків; по-друге, про те, що

можливі шляхи психологічної допомоги для досягнення позитивних життєвих пріоритетів.

Отримані дані свідчать про те, що контакти, довіра, надія, сексуальність сприяють позитивним стосункам, тоді як переоцінена пунктуальність і ощадливість, навпаки, роблять поганий внесок. Автономії та самовизначенню сприяють щирість, час, серйозність, прийняття, справедливість, довіра, надія тощо. Особистісному зростанню сприяють ввічливість, щирість, справедливість, контакти, довіра, надія і віра.

Загалом слід відзначити особливу важливість первинних здібностей у досягненні позитивних життєвих пріоритетів, які корелюють майже з усіма діагностованими показниками.

Описані кореляції, на нашу думку, є дуже логічними і розкривають психологічні ресурси людини, розвиток яких сприятиме задоволеності життям у всіх сферах моделі балансу.

Висновок

1. Проведене емпіричне дослідження психометричних характеристик WIPPF показало досить добру внутрішню узгодженість тверджень шкал, достатню надійність та валідність опитувальника щодо таких конструктів, як психологічне благополуччя, психологічна стійкість та самодетермінація.

2. Кореляції, виявлені під час тестування на конкурентну валідність, свідчать про психологічні ресурси людини, які допомагають досягти позитивних життєвих пріоритетів та психологічного здоров'я.

3. Україномовна версія опитувальника добре вписується в концептуальне коло наук про позитивне психічне здоров'я і може використовуватися як метод дослідження в психології особистості.

4. Серед дослідницьких завдань на найближчу перспективу - визначення прогностичної валідності досліджуваної україномовної версії щодо показників психологічного здоров'я, якості життя та задоволеності життям.

Посилання

[1] **АНТОНОВСЬКИЙ, А.** (1993). Структура та властивості шкали відчуття когерентності. *Соціальні науки та медицина, 36,* 725-733

[2] **ДЕЦІ Е.Л., РАЙАН Р.М.** (2002). Дослідження самовизначення: роздуми та майбутні напрямки. *Посібник з досліджень самовизначення.* Рочестер, штат Нью-Йорк, 431-441.

[3] **ДЕРГАЧОВА, О., ДОРФМАН, Л., & ЛЕОНТЬЄВ, Д.** (2008). Русскоязычная адаптация опросника каузальных ориентаций [Russian-language adaptation of the General Causality Orientation Scale]. *Вестник Моск. Un-та. Сер. 14. Психологія, 3,* 91-106.

[4] **ЛЕОНТЬЄВ, Д., & РАССКАЗОВА, Є.** (2006). *Тест життєстійкості [Тест на психологічну витривалість]*. Москва: Смысл.

[5] **МАДДІ, С. ТА ХОШАБА, Д.** (1994). Витривалість та психічне здоров'я. *Журнал оцінки особистості, 63(2),* 265-274.

[6] **MESSIAS, E., PESESCHKIAN, H., CAGANDE, C.** (редактори) (2020). *Позитивна психіатрія, психотерапія та психологія - клінічне застосування.* Springer International Publishing, Cham.

[7] **PESESCHKIAN, N., & DEIDENBACH, H.** (1988). *Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie WIPPF*. Берлін, Нью-Йорк: Springer Verlag.

[8] **РЕММЕРС, А.** (1996). WIPPF 2.0 int. Транскультурна адаптація психотерапевтичного опитувальника WIPPF для міжнародного використання. Теоретичні та практичні аспекти. WIPPF 2.0 int. - Транскултурална обробка на психотерапевтичний опитувальник WIPPF для міжнародного застосування / теоретично і практично аспект. *Journal Positum, Varna, Feb. 1996,* 13-28.

[9] **РИФФ, К.** (1995). Структура психологічного благополуччя переглянута. *Журнал психології особистості та соціальної психології, 69,* 719-727.

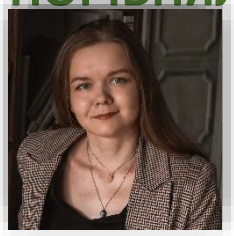
[10] **СЕРДЮК, Л., ДАНИЛЮК, І., & ЧИХАНЦОВА, О.** (2019). Психологічні чинники життєстійкості випускників загальноосвітніх шкіл. *Соціальне благополуччя. Міждисциплінарний підхід , 1,* 93-103. DOI: https://doi.org/10.21277/sw.v1i9.454

[11] **ШЕВЕЛЕНКОВА, Т. та ФЕСЕНКО, Т.** (2005) Психологічне благополуччя особистості [An individual's psychological well-being]. Психологічна *діагностика*, *3*, 95-121.

Подяка

Автори висловлюють подяку доктору Хаміду Песешкяну, доктору медичних наук, директору Вісбаденської академії психотерапії, Вісбаден, Німеччина, за його підтримку.

МОДЕЛЬ РІВНОВАГИ В РОСІЙСЬКІЙ ТА КИТАЙСЬКІЙ КУЛЬТУРІ: ПОПЕРЕДНЄ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ



Тетяна Ільїна
Психолог, приватна практика (Благовєщенськ, Росія)
Сертифікований позитивний психотерапевт
Електронна пошта:
tatianailina612@gmail.com

Отримано 15.11.2020.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

Ця стаття присвячена транскультурним аспектам моделі балансу Пешешкіна. Мета - провести попереднє дослідження моделей балансу російських і китайських респондентів, здійснити кількісну характеристику моделі балансу двох груп і порівняти кількісні характеристики моделі балансу російської та китайської вибіркової групи. Об'єкт дослідження: поселення в Росії та Китаї за балансовою моделлю Н. Песешкяна. Завдання: сформувати дві контрольні групи для проведення дослідження; створити анкету російською та китайською мовами для проведення дослідження; вивчити модель населення Китаю (група 1) за допомогою анкети; вивчити модель населення Росії (група 2) за допомогою анкети; провести порівняльний аналіз кількісних показників групи 1 і групи 2 за чотирма напрямками балансової моделі Н. Песешкяна. Було виміряно кількісні параметри чотирьох сфер моделі балансу Групи 1 та Групи 2 та проведено порівняння кількісних параметрів. Було виявлено, що сфера смислів і сфера контактів кількісно мало відрізняються в Групі 1 і Групі 2, а в сферах діяльності і сфері тіла спостерігаються значні кількісні відмінності Групи 1 і Групи 2. Детальні результати дослідження були відображені в таблицях і діаграмах.

Ключові слова: Позитивна психотерапія, модель балансу, Росія, Китай, транскультурність.

Вступ

Багато авторів визнають, що знаходження балансу в житті має вирішальне значення для психологічного благополуччя та якості життя різних груп і окремих людей. Проживаючи в Благовєщенську, Росія, який знаходиться на кордоні з китайським містом Хейхе, і надихнувшись ідеєю моделі балансу Песешкяна (2016), автор зацікавився попереднім вивченням змісту моделі балансу росіян і китайців і порівнянням кількісних відмінностей між ними, щоб забезпечити попередню основу для більш глибокого вивчення специфіки моделі балансу і окремих сфер БМ цих двох культур, що, безсумнівно, має значення в розвитку транскультурних досліджень.

Методологія

Метод порівняльного аналізу був обраний як найбільш універсальний і зручний для попереднього дослідження теми статті, щоб глибше зрозуміти спільні риси і відмінності в сферах моделі балансу двох груп і попередньо порівняти їх кількісні показники. Об'єктом дослідження є 4 сфери життя в моделі балансу Носсрата Песешкяна (Peseschkian, 2016) у застосуванні до жителів Росії та Китаю. Для дослідження було розроблено анкету (Додаток 1, 2) російською та китайською мовами, в якій учасники відповідають на питання про те, як вони переживають кожну зі сфер моделі балансу (Тіло, Досягнення, Контакти, Сенс/Майбутнє) у своєму повсякденному житті, а також оцінюють, наскільки великий відсоток їхнього

на кожну сферу моделі балансу припадає життєва енергія та час. Для цього учасників поділили на дві групи.

Група 1 - жителі Китаю, 20 осіб з Пекіна, Шеньяна, Цзінаня, Чженчжоу, які працюють у сфері торгівлі/послуг, іноземних мов, освіти, IT, виробництва обладнання, віком від 1980 до 1996 років, 10 чоловіків, 10 жінок.

Група 2 - жителі Росії, 20 осіб з Москви, Санкт-Петербурга, Барнаула, Благовєщенська, Корсакова, які працюють у сфері IT, торгівля/послуги, геологія, медіа, енергетика, будівництво, іноземні мови, 1980-1996 років народження, 10 чоловіків,
10 жінок.

Групи 1 і 2 ідентичні за віком і статтю. Далі було досліджено Модель балансу учасників з Китаю та Росії за допомогою опитувальника. Потім був проведений порівняльний аналіз кількісних показників Групи 1 і Групи 2 за 4 напрямками Моделі балансу.

Результати

Середні значення балансових моделей у групах 1 та 2 (табл. 1).

Таблиця 1.

Середні значення балансової моделі. Група 1

			Значення/

Для зручності дані дослідження були об'єднані в діаграму:

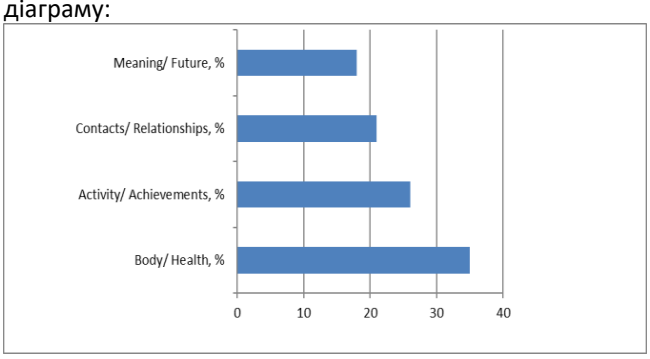


Рис. 1. Середні значення балансової моделі. Група 1

Як видно з графіка, сферою, якій приділяється найбільше часу та уваги в Китаї, є сфера Тіла (35%), на другому місці - сфера Діяльності (26%), далі - Контакти (21%) та Смисли (18%). Порівнюючи результати моделі балансу за гендерною ознакою для Групи 1, було виявлено (табл. 2):

Таблиця 2.

Результати балансової моделі. Група 1

	Частка тіла, %.	Досягнення, %	Контакти, %	Значення /майбутнє, %.
Жінки	41	21	22	16
Чоловіки	28	32	20	20

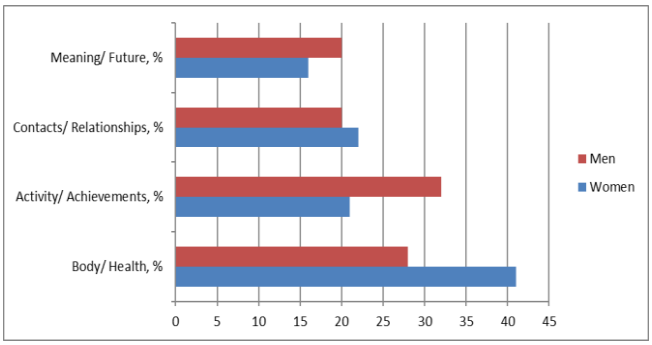


Рис. 2. Середні значення моделі балансу залежно від статі. Група 1

Сфері Тіло жінки приділяють на 13% більше уваги і часу, ніж чоловіки, а сфері Діяльність чоловіки приділяють на 11% більше, ніж жінки. У сфері Контактів відмінності мінімальні, жінки приділяють сфері Контактів на 2% більше уваги, ніж чоловіки. У сфері Смислів відмінності також невеликі, чоловіки приділяють сфері Смислів на 4% більше уваги, ніж жінки.

Таблиця 3.

Середні значення балансової моделі. Група 2

Тіло %	Досягнення, % виконання	Контакти, % - контакти, %.	Значення/ Майбутнє, %.

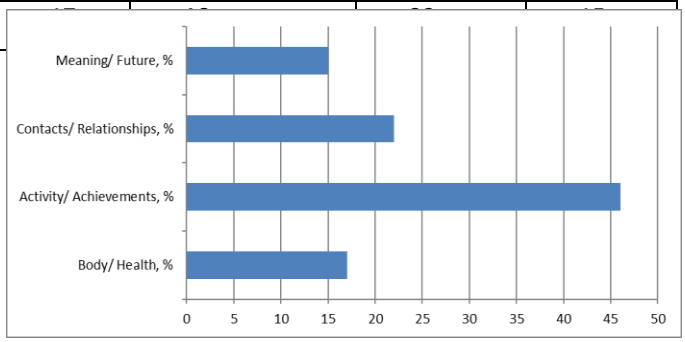


Рис. 3. Середні значення моделі балансу. Група 2

Як видно з графіка, сферою, якій приділяється найбільше часу та уваги в Росії, є сфера Діяльності (46%), на другому місці - сфера Контактів (22%), на третьому - сфера Тіла (17%) та сфера Смислів (15%). Порівняння результатів моделі "Баланс" залежно від статі (табл. 4).

Таблиця 4.

Результати балансової моделі. Група 2

	Тіло, % (у відсотках)	Досягнення, %	Контакти, %	Значення / Майбутнє, %.

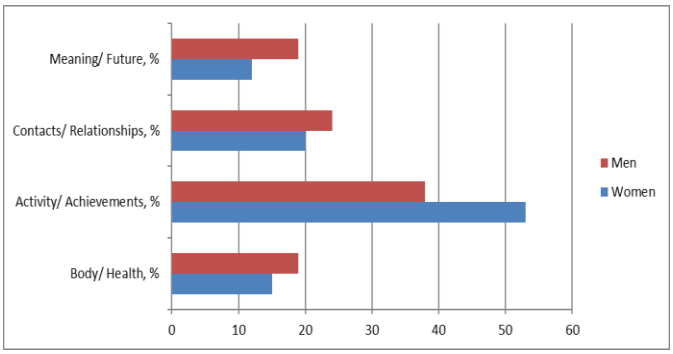


Рис. 4. Середні значення моделі балансу за гендерною групою 2.

Чоловіки приділяють на 4% більше уваги і часу Тілу, ніж жінки, а сфері Діяльності жінки приділяють на 15% більше уваги, ніж чоловіки. У сфері Контактів відмінності мінімальні, чоловіки приділяють на 4% більше уваги Контактам, ніж жінки. Сфері Сенсу чоловіки приділяють на 7% більше уваги, ніж жінки.

2.1. Порівняльний аналіз залученості до сфери Тіло/Здоров'я.

Сфера Тіла в Групі 1 містить 35% від загальної кількості, в Групі 2 - 17% від загальної кількості. Виявилося, що в Групі 1 сфера Тіла представлена на 18% більше, майже в 2 рази більше; розрив досить вражаючий. Через детальний аналіз змісту сфери Тіла ми спробуємо зрозуміти, в чому схожість і відмінність між обома групами учасників у цій сфері і чому кількісна різниця є такою великою.

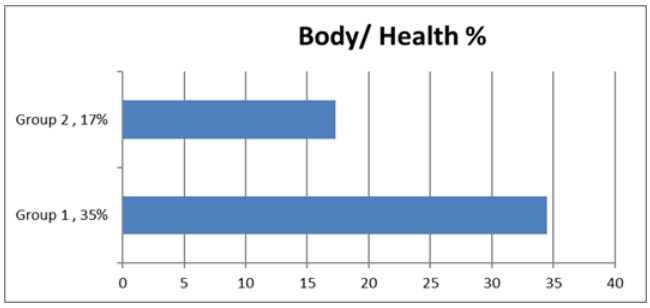


Рис. 5. Діаграма. Порівняння кількісних значень залученості до сфери Тіла в Групі 1 та Групі 2

На діаграмі нижче показано, як розподіляються показники залученості до сфери тіла залежно від статі в кожній групі учасників. З діаграми видно, що чоловіки в групі 1 на 13% менше залучені до сфери Тіла, ніж жінки в групі 1. ця різниця контрастує з чоловіками в групі 1, які витрачають на 11% більше часу та енергії на сферу Діяльності, ніж жінки в групі 1. що стосується групи 2, то різниця у залученості до сфери Тіла між чоловіками та жінками не є значною.

так само високий, як і в групі 1, що свідчить про те, що чоловіки на 4% більше задіяні в цій сфері тіла, ніж жінки.

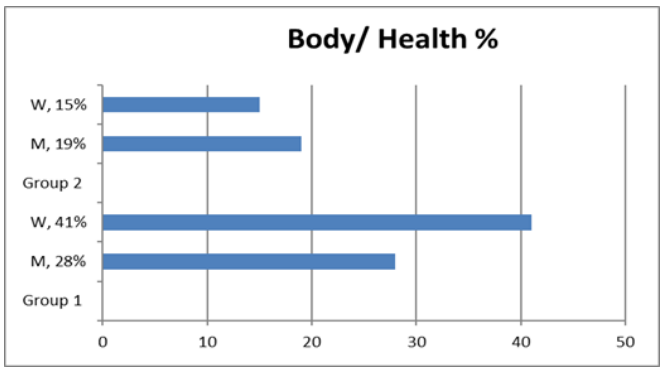


Рис. 6. Діаграма. Порівняння кількісних значень рівня залученості до сфери Тіла для чоловіків і жінок у Групі 1 і Групі 2

На діаграмі показано агреговану в числовому вираженні залученість чоловіків і жінок у групах 1 і 2 до сфери тіла. Нижче представлені варіанти конкретних видів діяльності та поведінки, які складають ці сукупності взаємодії зі сферою тіла в кожній групі учасників. Для цього ми проаналізували конкретні відповіді на окремі запитання анкети. Аналіз цих відповідей дозволив виявити частоту і тенденції конкретних форм поведінки, про які йшлося в анкеті.

Група 1: Відповіді мешканців Китаю. Усі 20 респондентів написали, що рано лягають спати і рано встають вранці. 17 осіб зазначили, що регулярно ходять пішки, ходять вранці в парк або їздять на велосипеді на роботу і з роботи. 6 осіб зазначили, що слідкують за збалансованим харчуванням і намагаються їсти вчасно, їдять багато фруктів та овочів. 9 осіб відповіли, що займаються спортом (футбол, баскетбол, біг, плавання), ходять до тренажерного залу, танцюють або роблять зарядку.

Група 2: Відповіді мешканців Росії. 7 осіб з групи 2 зазначили, що зазвичай пасивно відпочивають вдома. 11 осіб поскаржилися на поганий сон; ніхто не похвалився хорошим сном. 10 респондентів відповіли, що дивляться на красу, відзначають візити до косметолога і здійснюють активний щоденний догляд за собою вдома (SPA, зволоження шкіри). 5 з 20 респондентів повідомили, що регулярно стежать за своїм здоров'ям і відвідують лікарів. 6 осіб гуляють на свіжому повітрі, а 3 респондентів відповіли, що виїжджають на природу, щоб відпочити. Ще 3 особи відпочивають на рибалці, 2 - на полюванні, 3 ходять до лазні, 11 займаються спортом (волейбол, тренажерний зал, йога, лижі, велосипед та сноуборд). 8 відповіли, що взагалі не займаються спортом. 1 людина зазначила, що стежить за своїм харчуванням, і 1 людина відповіла, що любить смачно поїсти. 1 людина періодично ходить на масаж. 2 людини розслабляються, граючи в комп'ютерні ігри, і 1 людина розслабляється за допомогою інтелектуальних ігор. По 1

людині зазначили, що розслабляються, переглядаючи фільми, займаючись рукоділлям та граючи з дитиною.

2.2. Порівняльний аналіз залученості у сфері Діяльності/Досягнень

Сфера діяльності в Групі 1 становить 26%, а в Групі 2 - 46% від загального обсягу часу та енергії учасників, різниця в балансі означає, що Група 2 приділяє сфері діяльності на 20% більше часу та зусиль, ніж Група 1; візуально різниця становить трохи менше, ніж 2 рази. Це досить багато, незважаючи на те, що група 2 наближається до 50%, а група 1 знаходиться в оптимальному положенні моделі балансу - рівному розподілі енергії та часу на чотири сфери життєдіяльності.

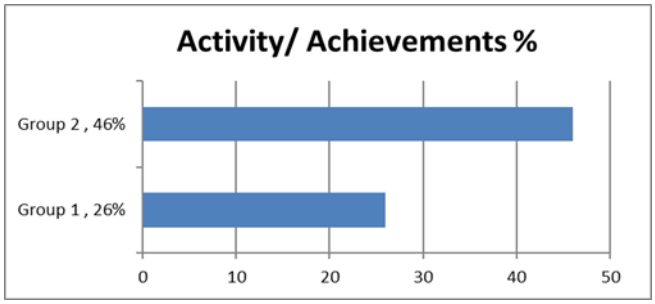


Рис. 7. Діаграма. Порівняння кількісних значень рівня залученості до сфери Діяльності для чоловіків та жінок у Групі 1 та Групі 2

На діаграмі нижче показано, як розподіляються показники залученості до Сфери діяльності/досягнень залежно від статі в кожній групі учасників. Чоловіки в Групі 1 працюють на 11% більше, ніж жінки в Групі 1 (майже 1/3). У групі 2 рівень досягнень вищий у жінок - жінки працюють на 15% більше, ніж чоловіки. Можу припустити, що це пов'язано з навантаженням жінок у групі 2, домашніми справами та вихованням дітей. Більш детально проаналізувати цю диспропорцію та з'ясувати причини такої великої різниці в рамках цього дослідження не є можливим.

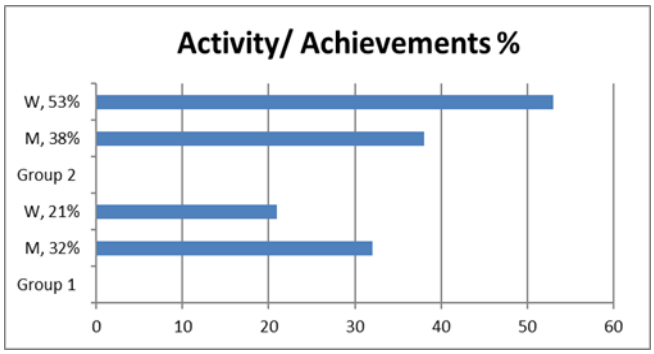


Рис. 8. Діаграма. Порівняння кількісних значень рівня залученості до сфери діяльності/досягнень для чоловіків і жінок з Групи 1 та Групи 2

Група 1. 5 осіб з групи 1 зазначили, що їхня робота пов'язана з періодичною або щоденною перепрацею, двоє з них працюють по 10-12 годин (перепрацьовують на 2-4 години), двоє працюють по 9-10 годин на день, і 1 особа повідомила, що протягом тижня працює стільки годин, що це дорівнює 6 робочим дням. 13 осіб з групи 1 зазначили, що працюють без перевтоми, по 8 годин 5 днів на тиждень. 9 осіб з групи 1 займаються вихованням дітей.

Група 2. 13 осіб у групі 2 перепрацьовують, 4 з них мають 6-денний робочий тиждень, двоє працюють по 12-14 годин на добу та
4 людини регулярно затримуються на роботі на 30-90 хвилин. 6 осіб з групи 2 зазначили, що працюють без перевтоми, по 8 годин 5 днів на тиждень. 11 осіб з групи 2 займаються вихованням дітей. 2 з них зазначили, що займаються вихованням малолітніх дітей майже цілодобово. 9 з 10 жінок у Групі 2 зазначили, що регулярно займаються хатньою роботою. 6 з 10 чоловіків у Групі 2 зазначили, що регулярно займаються хатньою роботою.

2.3. Порівняльний аналіз рівнів залученості у сфері контактів/відносин

На сферу "Контакти" в групі 1 припадає 21%, а в групі 2 - 22% від загального обсягу часу та енергії респондентів. Не виявлено суттєвих відмінностей у рівні залученості до цієї сфери в цілому між двома групами.

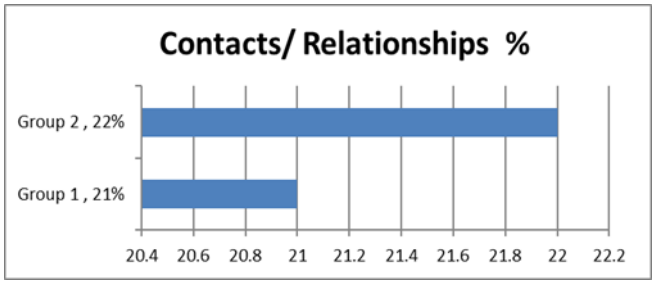


Рис. 9. Діаграма. Порівняння кількісних значень рівнів залученості до сфери контактів у Групі 1 та Групі 2

На діаграмі нижче показано, як розподіляються показники залученості до сфери контактів/відносин залежно від статі в кожній групі учасників. На перший погляд видно, що відмінності між жінками та чоловіками в обох групах невеликі. У групі 1 жінки демонструють на 2% більшу залученість у сферу контактів, ніж чоловіки. У групі 2 чоловіки демонструють на 4% більшу залученість у цій сфері, ніж жінки.

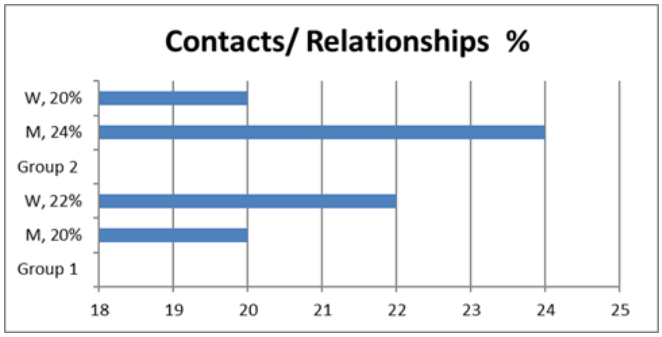


Рис. 10. Діаграма. Порівняння кількісних значень рівнів залученості у сферу контактів для чоловіків та жінок у Групі 1 та Групі 2

Група 1. Для групи 1 є звичним зустрічатися з друзями для того, щоб поїсти разом. 12 з 20 осіб зазначили, що часто зустрічаються з друзями та обідають разом. Це невід'ємна частина сфери контактів у Китаї. Наведу кілька цитат з дослідження про залученість у сферу контактів, перекладених з китайської мови. "У мене не так багато друзів, справжніх друзів - лише кілька людей, але я дуже задоволений. Щовечора я повертаюся додому і спілкуюся з друзями, нам усім дуже добре і весело разом, вихідні я проводжу з сім'єю". "У мене є друзі, але зазвичай я спілкуюся з членами сім'ї, особливо з дружиною. На вихідних ми з дружиною зазвичай кудись їдемо, щоб розважитися." "У мене є друзі, але ми часто спілкуємося з ними. "У мене є друзі, ми часто організовуємо спільні вечері, дивимося фільми". "Зазвичай ми збираємося з друзями, щоб поїсти, або спілкуємося по телефону".

Група 2. Для групи 2 я вибірково наводжу цитати з дослідження про те, як члени цієї групи насправді задіяні у сфері контактів. "У мене є друзі, ми зустрічаємося кілька разів на тиждень, я приділяю донькам 1-2 години на день". "Моє коло спілкування різко обмежене. Майже весь вільний час проводжу з сім'єю". "З друзями буваю 2-3 рази на місяць і на свята, з родиною - щодня". "У мене є друзі, з якими я зустрічаюся не дуже часто. Майже весь вільний час проводжу з сім'єю, з дружиною та дитиною". "У мене лише кілька друзів, але здається, що ця дружба має якусь серйозну якість. Іноді ми зустрічаємося з родичами, іноді з друзями, багато листуємося. Багато часу проводжу з сім'єю. Ми любимо лежати, стогнати і нічого не робити".

2.4. Порівняльний аналіз рівнів залученості до сфери сенсу/майбутнього

Сфера сенсу в групі 1 становить 18%, а в групі 2 - 15% від загального обсягу часу та енергії учасників. У цій сфері життя різниця в 3% між двома групами є невеликою.

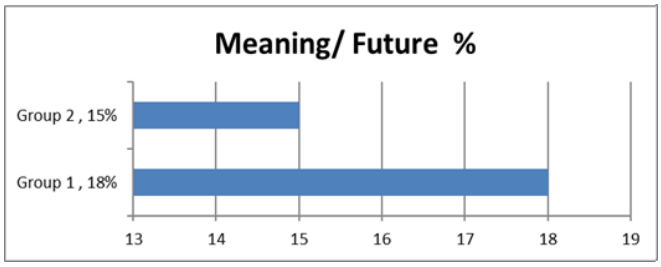


Рис. 11. Діаграма. Порівняння кількісних значень рівнів залученості у сферу смислів для чоловіків та жінок у Групі 1 та Групі 2

На діаграмі нижче показано, як розподіляються показники залученості до сфери смислів залежно від статі в кожній групі учасників. На перший погляд видно, що відмінності між жінками та чоловіками в обох групах невеликі. У групі 1 чоловіки демонструють на 4% більшу залученість у сферу смислів, ніж жінки. У групі 2 відмінності дещо суттєвіші - чоловіки демонструють на 7% більшу залученість у сферу сенсу/майбутнього, ніж жінки.

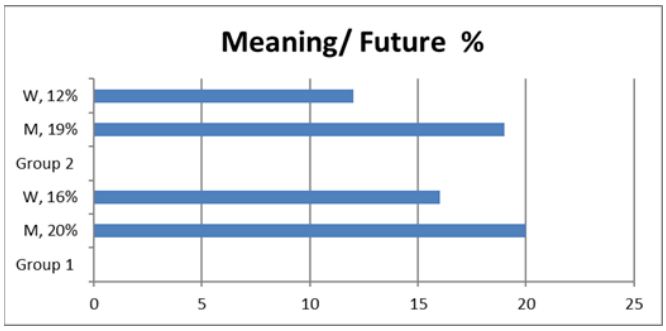


Рис. 12. Діаграма. Порівняння кількісних значень рівнів залученості у сферу сенсу/майбутнього для чоловіків і жінок у Групі 1 та Групі 2

Група 1. 1 людина зазначила, що вважає себе релігійною. 13 з 20 осіб будують плани на майбутнє. 14 з 20 осіб цієї групи мають хобі, серед яких: волейбол, танці, читання, перегляд телепередач, футбол, баскетбол, фітнес, пінг-понг, бадмінтон, перегляд фільмів, комп'ютерні ігри. Наведу кілька цитат з дослідження про залученість у смислову сферу в перекладі з китайської. "У мене є хобі. Мої захоплення - латиноамериканські танці, гімнастика і читання. Я не релігійний. мій план на майбутнє - придбати комерційну страховку для себе і своєї дитини, я вже його реалізую. Мрію, що в майбутньому зможу виїхати з Китаю, щоб побачити інші країни. "Я читаю книги. Я не релігійний. Конкретних планів на майбутнє не маю". "Моє хобі - футбол. Я не релігійний. У планах на майбутнє - відкрити туристичне агентство. Мрію побувати в кожному куточку Китаю або в багатьох інших країнах світу".

Група 2. 3 людини сказали, що вважають себе релігійними. 10 осіб з 20 будують плани на

майбутнє. 15 осіб мають хобі, решта або не мають хобі, або не мають вільного часу для нього. Серед захоплень: полювання, риболовля, спорт, читання, музика та гра на музичних інструментах, виїзди на природу, комп'ютерні та інтелектуальні ігри, фотографія, різні види рукоділля. Наведу кілька цитат з дослідження про залученість у смислову сферу в групі 2. "Мої захоплення - комп'ютерні ігри, інтелектуальні ігри, малювання, виховання дитини, рибалка, гриби. Релігійний". "Маю хобі, люблю в'язати, шити, читати книги. Я не релігійна. Будую плани". "Моє хобі - музика (виконання). До релігії ставлюся байдуже. Захоплююсь читанням. Планів більше не будую. Моя взаємодія зі смисловою сферою полягає в комп'ютерних іграх".

Висновок

В результаті відповідей на запитання анкет, наведених у додатках до цієї статті, були отримані кількісні результати рівнів залученості до чотирьох сфер життя за моделлю балансу Носсрата Песешкяна у двох групах учасників, одна з яких з Китаю, а інша з Росії, та проведено порівняльний аналіз показників. Результати цього порівняння можна побачити на діаграмі нижче:

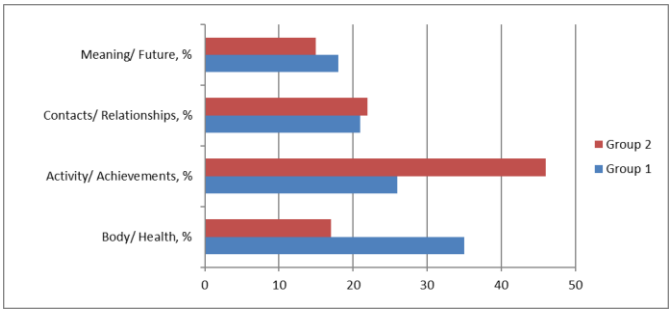


Рис. 13. Діаграма. Порівняльна діаграма 4-х сфер балансової моделі в групі 1 та групі 2

Як видно з підсумкової діаграми, найсуттєвіші відмінності в рівнях залученості в моделі балансу спостерігаються між сферами Тіла та Активність/досягнення. У Групі 1 сфера Тіла займає 35%, у Групі 2 - лише 17%, причому Група 1 демонструє майже вдвічі більшу залученість у сферу Тіла, ніж Група 2. І навпаки, сфера Діяльності в Групі 1 становить 26%, тоді як у Групі 2 - 46%. Така різниця в балансі показує, що Група 2 приділяє сфері Діяльності на 20% більше часу і енергії, ніж Група 1. Видно, що жителі Китаю приділяють більше уваги Тілу, ніж росіяни, а жителі Росії більше часу і енергії приділяють сфері Діяльності. Кількісні показники у сфері контактів і смислів у Групі 1 і Групі 2 відрізняються незначно. Сфера Контактів у Групі 1 займає 21%, а у Групі 2 - 22%. Залученість у сферу Смислів також демонструє невелику різницю між двома групами: у Групі 1 - 18%, у Групі 2 - 15%. Учасники з Росії та Китаю приділяють однакову частку свого часу/зусиль сфері "Контакти" та "Значення".

Тому було проведено попереднє дослідження і на основі опитування двох груп і кількісного порівняння даних попередньо встановлено, що в сферах моделі балансу Росії і Китаю існують як значні кількісні відмінності в сфері діяльності і тіла, так і незначні кількісні відмінності в сферах смислів і контактів.

Посилання

[1] **ДАМІАН, О.** (2019). Життя в камфілдських спільнотах: підхід до моделі балансу: доповідь на конференції. *Всесвітній конгрес позитивної та транскультурної психотерапії (Кемер/Анталія, Туреччина).*

[2] **ПЕСЕШКЯН, Н.** (2016). *Позитивна сімейна* терапія*: Посібник з позитивної психотерапії для терапевтів та сімей*. AuthorHouse UK,
Блумінгтон, США

[3] **СІНІЧІ, Е.** (2015). Модель балансу для пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом. *Міжнародний журнал психотерапії 19(3).*

Додаток 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: 出生年: 出生年: 出生年: 出生年: 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：性别：性别：性别	
城市: 城市	成就 - 您生活中多少%力量供给你的工作（学习，您孩子保育）？
工作(学习)领域: 工作(学习)领域	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） 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: 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！

Додаток 2.

Доброго дня! Мене звати Тетяна, я психолог, запрошую Вас взяти участь у моєму дипломному дослідженні, прошу відповісти на кілька запитань. Дякую за Вашу участь!

1.	* пояснення 4-х сфер балансової моделі:
Рік народження: Рік народження: Рік народження: Рік народження: Рік народження: Рік народження: Рік народження: Рік народження: Рік народження	1) Сфера тіла/здоров'я: здоров'я, харчування, сон, спорт, танці, йога, тренажерний зал, ранкові пробіжки, фітнес, краса та догляд за собою, походи до перукаря та масажиста, здоровий спосіб життя, відпочинок, прогулянки, сексуальність, а також емоційність - тобто все, що стосується тіла та турботи про нього. 2) Сфера діяльності/досягнення: робота, бізнес, навчання, підвищення кваліфікації, виховання дітей, громадська діяльність, домашні справи. 3) Сфера контактів/відносин: відносини з близькими людьми, з якими подобається спілкуватися, з метою емоційного обміну, зустрічі з друзями, недільні походи до бабусі на пиріжки, (ділове спілкування тут не при чому, спілкування з коханою дівчиною/другом при чому, а прогулянка з подругою вплине на сферу тіла і сферу контактів). 4) Сфера сенсу/майбутнього: ваші релігійні, філософські, політичні погляди, хобі, роздуми про сенс життя, мрії та фантазії, цілі, творчість, побудова планів на майбутнє, читання книг тощо.
Секс: Секс.	
Місце: Місце: Місце: Місце: Місце: Місце: Місце: Місце: Місце	
Сфера роботи / навчання: Сфера діяльності	

2. Чотири сфери моделі балансу.

2.1. Будь ласка, заповніть таблицю нижче, виходячи з вашого особистого досвіду. Прокоментуйте, що важливого заповнено в кожній із сфер вашої моделі балансу?

Тіло/Здоров'я: Як ви розслабляєтеся? Чи добре ви спите? Чи слідкуєте за здоров'ям та красою? Що ви для цього робите? Чи займаєтесь спортом? Як ви сприймаєте доглядати за своїм тілом? Чим ще ви наповнюєте	Діяльність/досягнення: Ви працюєте / навчаєтесь? Скільки днів і годин на тиждень? Чи є переробка відходів? Виконуєте домашні обов'язки? Виховуєте дітей? Чим ще ви заповнюєте свою сферу діяльності? Ваша відповідь:

свою тілесну сферу? Твоя відповідь:	
Значення / Майбутнє: Чи маєте ви хобі? Яке саме? Чи вважаєте Ви себе релігійною людиною? Чи читаєте ви книги? Чи будуєте плани на майбутнє? Чим ще ви наповнюєте свою смислову сферу? Твоя відповідь:	Контакти/відносини: Чи є у вас друзі? Чи часто ви зустрічаєтеся з друзями та родичами? Скільки часу ви проводите з родиною? Що ви любите робити з друзями? / сім'я? Чим ще ви наповнюєте свою сферу контактів? Ваша відповідь:

2.2. Будь ласка, відмітьте, скільки % вашої життєвої енергії та часу припадає на кожну сферу? * сума повинна дорівнювати 100%

Тіло/Здоров'я ___%	Діяльність/досягнення ___%
Значення/майбутнє _%	Контакти/відносини _____%

Щиро дякуємо за допомогу та участь!

ПОПЕРЕДНЄ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ "ТРИВОГИ РОЗЛУКИ" ОЧИМА МЕТОД ПОЗИТИВНОЇ ТА ТРАНСКУЛЬТУРНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Олена Дражева
Аспірант, сертифікований позитивний психотерапевт, психолог і психотерапевт Центру психосоціальної підтримки "Думай інакше" (Софія, Болгарія) **Email:** drajevae@gmail.com

Отримано 21.11.2020.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

У статті представлено результати попереднього дослідження, яке є частиною підготовки дисертації на тему: "Вплив батьківської поведінки на тривогу розлуки у дітей у віці від 1,5 до 5 років". У цій статті розглядається зв'язок між симптомами і проблемами дітей, які проявляють тривогу розлуки, коли починають відвідувати дитячий садок, і досвідом їхніх батьків. У попередньому дослідженні взяли участь 38 батьків та їхніх дітей, які проявляли тривогу при розлуці з дитиною. У дослідженні використовувався інструментарій Позитивної психотерапії, який надає можливість діагностики дитячо-батьківських стосунків та підтримуючого втручання.

Ключові слова: Позитивна психотерапія, тривога розлуки, батьки-дитина, актуальні здібності.

Вступ

Одна з сімейних криз, яка випробовує батьків на міцність і змушує їх шукати психотерапевтичні клініки, пов'язана з тим, що їхні діти починають відвідувати ясла/дитячий садок. Вересень - це час, коли психотерапевтичні кабінети заповнюються батьками та дітьми, які зробили невдалу спробу розлуки, коли діти починають адаптуватися до нового місця. Тривога, яку відчувають діти, іноді настільки сильна, що викликає почуття провини у батьків, які, в свою чергу, звинувачують дитячі садки, закон, вчителів і т.д. і, нарешті, звертаються до фахівців.

За Фрейдом (1991), тривога виникає тоді, коли з'являється загроза розриву близькості між дитиною та її матір'ю. Це прояв протесту проти можливого відокремлення від матері, яке є необхідним для існування маленької людини. Вона є проявом протесту проти можливої розлуки, яка необхідна для існування маленької людини. Гаррі Салліван (Стаматов, 2006) визначає тривогу як міжособистісну емоцію, яка проявляється в фрустрація стосунків між дитиною та матір'ю. Емоція виникає внаслідок переживання втрати, пов'язаної з втратою безпеки та любові, що приносить відчуття безпорадності та безнадійності. Тривога - це екзистенційна проблема, пов'язана з протиріччям між безпекою і незахищеністю, між близькістю і розлукою.

Е. Еріксон (1996), у свою чергу, встановлює зв'язок між тривогою і страхом втрати ідентичності. Тривога і любов є основними мотивами ідентифікації, а батьківська любов інтерналізується в дитині у вигляді довіри, безпеки і прийнятності, що є основою для позитивної самооцінки. Коли така поведінка підтримується батьками, вона стає стійкою моделлю. Так само і тривога може інтерналізуватися і стати стійким досвідом для дитини.

Поява тривоги пов'язана з виникненням двох переживань:

- Досвід розлуки, відповідно втрати;
- Переживання, пов'язані з втратою любові (відторгненням).

Щодня дитина стикається з моментами схвалення або несхвалення. Реакції матері, пов'язані з незгодою, гнівом, покаранням, можуть сприйматися дитиною як втрата любові значущих для неї осіб, і це може вплинути на самооцінку дитини. Переживання, пов'язані з можливою втратою любові, є варіантом подальшого переживання розлуки.

За словами Джона Боулбі (2005), материнська турбота в ранньому дитинстві так само важлива для психічного здоров'я, як вітаміни і білок для фізичного. Це формує нерозривну, симбіотичну і цілісну систему "батьки-дитина", в якій дві основні сторони (зазвичай мати-дитина) взаємозалежні у своїх потребах.

Для дитини розлука - це не лише розрив зовнішнього зв'язку, руйнування цього зв'язку - це досвід втрати частини самої дитини.

Підсумовуючи вищесказане, зрозуміло, що при дослідженні тривожності дитини необхідно враховувати досвід її батьків, оскільки поведінка дитини тісно пов'язана з уявленнями батьків про неї як про референтну особу. Часто, коли батьки приводять дитину в психотерапевтичну клініку з проблемою тривоги розлуки, їхня увага зосереджена тільки на дитині, і вони очікують, що терапевт буде працювати тільки з дитиною, щоб припинити її тривогу.

Огляд літератури показує, що тема тривоги розлуки та взаємозв'язку між переживаннями дитини, представленими реакціями дитини та реакціями батьків, є актуальною для дослідження. На момент проведення дослідження інформація про досліджуваний феномен була знайдена в роботі Dallaire, D., Weinraub, M. (2006). Їх дослідження довели, що модель прив'язаності є фундаментальною для розуміння розвитку тривоги розлуки у 6-річних дітей, яка, з одного боку, не зачіпає проблеми, пов'язані з психологічним і соціальним розвитком дітей, а з іншого - охоплює групу, відмінну від досліджуваної нами (1, 5 - 5 років). У Болгарії не знайдено жодних джерел даних на цю тему.

Методологія

Об'єкт дослідження - відносини між матір'ю (батьками) та дитиною при вступі до дитячого садка/ясел.

Предмет дослідження: Тривога розлуки у дітей віком від 1,5 до 5 років при розлуці з батьками з нагоди вступу до дитячого садка / ясел

Метою дослідження є взаємозв'язок між дитячою тривогою при розлуці та реакцією батьків.

Методи дослідження:

1) Контент-аналіз даних за моделлю опрацювання конфліктів - сфери: тіло, діяльність, контакти, майбутнє/фантазії та даних Диференційно-аналітичного опитувальника (ДАІ);

2) Обробка індивідуальної інформації в сукупності на основі відсотків.

Дослідження носить попередній характер і є частиною моєї дисертації на тему: "Вплив батьківської поведінки на тривогу розлуки у дітей у віці від 1,5 до 5 років" і продовжується з розширенням експериментальної вибірки.

У дослідженні взяли участь батьки 38 дітей віком від 2 до 4 років, 20 хлопчиків і 18 дівчаток, які відчувають тривогу при розлуці.

Результати

Модель опрацювання конфлікту дає гарне поле для діагностики того, що відбувається в діаді "батьки-дитина", де розбіжність в очікуваній і реальній поведінці обох сторін стає основою для розгортання конфліктних переживань (тривоги, розчарування, страху, смутку, незадоволеності тощо). Батьки добре описують свою реакцію на щоденно повторювану ситуацію - приведення та відведення дитини до дитячого садка чи ясел, у більш ніж половини (65%) локалізація конфлікту відбувається у цій сфері: "Майбутнє / Фантазії", присутні сумніви, недовіра та страхи, а у 35% - у сфері "Контакти", що проявляється через роздратування та незадоволення. Діти, в свою чергу, реагують на початок "розлуки" через симптом ("Тіло"), відмову від активності ("Діяльність") та небажання спілкуватися з іншими ("Контакти"), разом з 38 батьками дітей, які проявляють тривогу розлуки, віком від 2 років до 4 років, 20 хлопчиків та 18 дівчаток.

На рисунку 1 узагальнено дані про те, як та чи інша подія впливає на дітей та їхніх батьків.

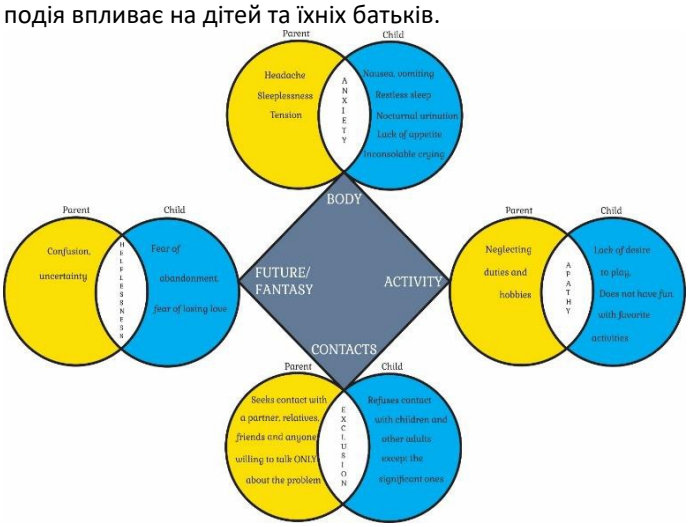


Рис. 1 Модель балансу

У сфері "тіла" 73% дітей виражають свою тривогу через плач (зверни на мене увагу, ти робиш мені боляче), нічне сечовипускання (плач знизу), нудоту і блювоту (хочу позбутися цього відчуття, звільнитися від нього), безсоння (я насторожі), небажання їсти (не хочу і не можу нічого приймати), з іншого боку, 70% матерів виражають свою тривогу через головний біль (гарячкові роздуми про те, що відбувається і пошук рішення),

безсоння (більше часу на спроби вирішення проблем і страх перед майбутнім днем) і напруженість (все залежить від мене). Стає зрозуміло, що обидві сторони відчувають сильну тривогу.

У сфері "Активність" у 80% опитаних батьків і дітей основним почуттям в обох сторін є апатія. Проявом цього почуття є небажання дитини грати та брати участь в улюблених заняттях, а матері - втрата бажання виконувати домашню роботу та займатися улюбленими хобі.

У сфері "Контакти" для 81% головним є те, щоб обидві сторони були виключені із зовнішнього світу, але зливалися один з одним, тому що тільки це приносить спокій обом. Дитина не хоче контактувати з іншими дорослими, окрім матері, а мати, в свою чергу, йде на контакт з іншими (вчителями, психологами) лише на підставі зауважень, пов'язаних з тривожністю дитини. Окрім того, що мати не може налагодити контакт з іншими, вона також не може налагодити контакт із собою (побачити власну причетність до ситуації), але вважає, що єдина проблема - це проблема з дитиною.

у сфері "Майбутнє/фантазії" для 69% опитаних спільним для обох сторін є безпорадність, яка у дитини виражається через страх втрати любові "Мама мене більше не любить!", страх покинутості "Мама не прийде забрати мене назад!", у батьків - сильні почуття розгубленості та невпевненості", "Чи правильно я роблю?", "Чи я хороший батько?".

Використання диференційно-аналітичного підходу, де сфери поведінки (реальної чи очікуваної) описуються вторинними актуальними здібностями (акуратність, слухняність, дисциплінованість, старанність, надійність тощо), а сфери ставлення (до себе, іншого та оточення) описуються за змістом через первинні актуальні здібності (час, терпіння, довіра, модель-зразок, увага, любов тощо), дозволило розкрити конфліктологічну готовність.

В основі тригера, який супроводжує тривогу розлуки у дітей, лежить питання поведінки батьків і того, як батьківські патерни прямо чи опосередковано впливають на дитячу тривогу і виникнення розладів прив'язаності. Дослідження показало наступні результати щодо первинних актуальних здібностей у батьків. (Рис. 2)

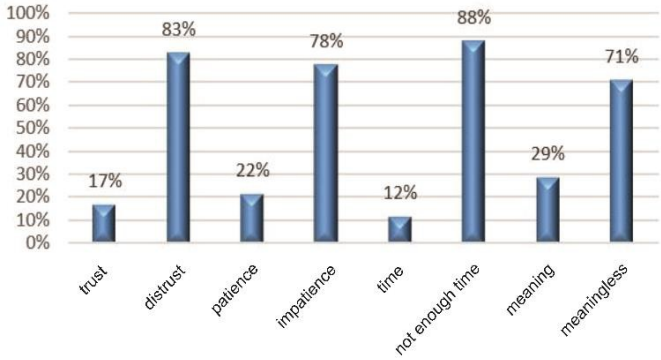


Рис. 2. Первинні актуальні здібності у батьків

Для 80% батьків вкрай важко довірити догляд за дитиною закладу або іншій дорослій людині і вони ставляться до цього з вираженою недовірою. У 78% спостерігається сильне нетерпіння як до ситуації (дитина звикне і перестане плакати), так і до себе (я більше не можу терпіти цю ситуацію). 88% батьків песимістично налаштовані щодо того, що час має вирішальне значення і що з часом дитина звикне, а також не виявляють готовності дати час. Для 71% розлучення дітей не має сенсу і вони вважають його "пограбуванням" дитинства.

Дані про вторинні актуальні здібності показали, що 65% батьків бракує поваги до влади (слухняності, дисципліни), а 77% байдуже ставляться до рекомендацій працівників дитячого садка і оскаржують запроваджені там правила (відповідальності, порядку).

І батьки, і діти мають однаковий досвід, пов'язаний з процесом розлуки.

Дитина активно шукає присутності матері і вимагає, щоб вона постійно ділилася з нею кожним своїм новим досвідом чи почуттям. Хоча дитина вже не така залежна і безпорадна, як на попередніх етапах свого розвитку, своєю поведінкою вона ніби прагне бути прямо протилежною. Матері така поведінка здається заплутаною і суперечливою. Деякі матері не можуть змиритися з постійною вимогливістю і вимогливістю своєї дитини, а інші не можуть змиритися з поступовим відділенням дитини від них і не можуть змиритися з тим, що їхня дитина стає все більш незалежною і відокремленою і більше не є їхньою частиною. При цьому дитина все більше усвідомлює свою самостійність, але не може повністю відокремитися від матері, про що свідчать постійні спроби дитини щось робити разом з нею або наслідувати її.

Глибинний аналіз інформації показує, що часто батьки навіть не підозрюють, як вони проектують власні травми на своїх дітей: "У мене дуже погані спогади з ясел!", "Це нормально, що він плаче, я теж колись плакала", "Мої батьки досі розповідають неприємні історії з мого перебування в дитячому садку". Труднощі, з якими вони самі стикалися, легко передавалися їхнім дітям і виводили на поверхню травму власного досвіду.

Розвиток сильних (ресурсних) актуальних здібностей, таких як: старанність, любов, безпека, послідовність, надійність як у дитини, так і у батьків, нормалізує переживання і дозволяє їм побачити ситуацію під іншим кутом:

- 93% батьків виявляють свою любов;
- 90% опитаних виявляють ніжність до дитини;
- 87% проявляють наполегливість у догляді за дітьми та самопожертву.

Тут дуже важливо, щоб мати отримала підтримку у визнанні та прийнятті дитини як особистості, не намагаючись підпорядкувати її власним уподобанням і бажанням. Вербальна комунікація та емпатія - це здібності, які є важливими у стосунках батьків з дитиною. На думку Маргарет Малер (Mahler, 1979; Mahler et al.,

1975), якщо мати поділяє переживання дитини та

спокійно приймає їх, дитина будує любовний образ її і того, що відбувається, починає наслідувати її і дитина стає її "тінню", а її присутність і емоційна участь передбачуваною. . Коли мати надмірно турботлива і тривожна, грубо втручається у світ дитини і надмірно прив'язана до неї, вона стає її "тінню", що перешкоджає нормальному процесу індивідуалізації і виходу з симбіотичного зв'язку з дитиною. Надмірна турбота про дитину з боку матері підтримує ілюзію, що дитина може функціонувати тільки в симбіотичних відносинах. Мати може бути емоційно відстороненою, щоб реагувати в першу чергу і раціонально на спонукання дитини, що призведе до того, що дитина зосередить більшу частину своєї енергії і навичок на спробах завоювати її любов, замість того, щоб інвестувати цю енергію у свій власний розвиток, який приведе до автономії.

Неприйняття і заперечення розлуки вчасно призводить до патологічної залежності від об'єкта і нездатності переносити фрустрації, що надходять із зовнішньої реальності. Наскільки сильно дитина буде страждати від тривоги під час розлуки, залежить від трьох змінних, які підлягають підтримці під час терапевтичного процесу.

Перше стосується розвитку почуття "Я" дитини - наскільки вона сприймає себе як незалежну людську істоту і наскільки вона будує концепцію себе як автономної, як вона спирається на здібності, які вона вже розвинула в контакті з батьками, і як вона пов'язує їх з реальністю?

Друга змінна пов'язана з переживаннями, що виникають у зв'язку з розлукою, а саме: ступінь фрустрації і те, як вона переживається дитиною з точки зору первинних актуальних потреб (я очікую від мами: любові, уваги, безпеки) і батьками з точки зору вторинних актуальних потреб (я очікую від дитини: слухняності, порядку, дисциплінованості).

Третя змінна пов'язана зі здатністю дитини інтегрувати первинні та вторинні актуальні здібності у стосунки з кількома людьми.

На етапах розвитку дитині доводиться відмовлятися від одних речей, щоб отримати інші. Відвідування дитячого садка є ключовим моментом в існуванні дитини, який вона добре перенесе, якщо батьки зуміють проявити підтримку, не пожаліти дитину. Важливо роз'яснювати не лише соціалізуючу роль дитячих садків, а й їхнє значення для психологічного розвитку дітей. Саме через п'ятикрокову модель втручання позитивної та транскультурної психотерапії батьки знайомляться з необхідністю "дозувати" любов і встановлювати гнучкі межі в контакті з дитиною. Наприклад: На етапі спостереження/дистанціювання терапевт вчить батьків з цікавістю спостерігати за тим, що відбувається з їхньою дитиною, як вона змінюється, що привертає її увагу, що їй цікаво тощо.

На етапі інвентаризації батьки за допомогою позитивного психотерапевта вчаться з'ясовувати, що є складним для дитини на даному етапі її розвитку, з чим вона справляється без проблем тощо. Під час цієї першої сепарації і батьки, і дитина зазнають фундаментальних змін у своїх внутрішніх світах, і ці зміни вимагають психологічної підготовки до цього переходу до автономії, що переживається емоційно, особливо з боку матері.

Особливо важливими є три етапи. Мовою позитивної та транскультурної психотерапії це прив'язаність - диференціація - відокремлення. Процес відокремлення відбувається без конфлікту лише після успішної диференціації. З точки зору хорошої диференціації, позитивне ставлення батьків до того, що вони залишають дитину в дитячому садку, буде звучати приблизно так: "**Ти одягнений** і готовий до дитячого садка, **я** готовий до роботи. Сьогодні **ти** будеш гратися з іншими дітьми, будеш спати в дитячому садку, а **я** працюватиму на своїй роботі." А щоб підказати дитині, що те, що відбувається - це не розлука, а відокремлення (підготовка до нового зв'язку), батьки можуть відреагувати, наприклад, таким чином: "**Ти** залишаєшся тут з іншими дітьми та **нянею, а** я йду на роботу. Коли ти виспишся і поснідаєш, **я прийду і** заберутебе".

Висновок

Тривога, яка виникає, коли дитина починає відвідувати дитячий садок, є значущою як для дитини, так і для батьків. Дітям у цьому віці притаманна сильна допитливість і бажання самостійно досліджувати світ, але тут ці характеристики вікової кризи змінюються страхом бути покинутим, втратити батьківську любов і невідомість. Батьки знають і усвідомлюють, що цей момент розлуки настане. Їм здається, що вони готові до цього кроку, але вони виявляють, що їм також доводиться долати власні страхи. Позитивна і транскультурна психотерапія дає можливість розвинути загальну картину цього процесу і підтримати систему "батьки-дитина", щоб допомогти їм пройти через цей виклик легше, плавніше і безконфліктніше.

Посилання

[1] **Боулбі, Я.** (2005) *Надійна база*. Routledge. 224 p.

[2] **ДОЛТО, Ф. [DOLTO, F.]** (2012). Коли з'являється дитина [Коли з'являється дитина]. Софія: Колібрі. 448 с.

[3] **ДОЛТО, Ф., [DOLTO, F.]** (2005). *Несъзнаваният образ на тялото* [The unconscious body image]. Софія: Център за психосоціальна підкріплення. 320 с.

[4] **ЕРІКСОН, Е. [ERIKSON, E.]** (1996). *Ідентичність: Молодість і криза* [Ідентичність: молодь і криза]. Софія: Наука і мистецтво. 340 с.

[5] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2016). *Позитивна психотерапія повсякденного життя: Посібник з самодопомоги для окремих осіб, пар та сімей з 250 історіями з практики*, Блумінгтон, США: AuthorHouse UK

[6] **СТАМАТОВ, Р. [STAMATOV, R.]** (2008). *Дитяча психологія* [Child psychology]. Пловдив: Хермес. 407 с.

[7] **ФРОЙД, З. [FREUD, S.]** (1991). *Психологія на сексуальність* [Психологія сексуальності]. Христос Бог. 198 с.

[8] **ЦИРКОВА, Д. [TSIRKOVA, D.]** (2007) *Психологічне консультування дітей, юнаків та батьків.* [Психологічне консультування для дітей, підлітків та батьків]. Софія: Центр за психосоціальна допомога 126 с.

[9] **DALLAIRE, D., WEINRAUB, M.** (2006). Прогнозування тривоги розлуки у дітей у віці 6 років: внесок безпеки прив'язаності немовляти до матері, материнської чутливості та тривоги розлуки з матір'ю.
Прихильність та людський розвиток. 7(4). стор. 393-408

[10] **МАЛЕР, М.** (1979). Вибрані праці Маргарет С. Малер: Том 1: Інфантильний психоз та ранні роботи 1-е видання. NY: Jason Aronson Inc; 1-е видання. 306 p.

[11] **МАЛЕР, М. С., Ф. ПАЙН ТА А. БЕРГМАНН**. (1975) *Психологічне народження людського немовляти. Симбіоз та індивідуалізація.* Нью-Йорк: Basic Books, Inc., 1975. 308 p.

РОЗВИТОК ПЕРВИННИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ДОШКІЛЬНЯТ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДІВ ЕКОЛОГІЧНОЇ АРТ-ТЕРАПІЇ (НА НА ПРИКЛАДІ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ЗІ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ)

РОЗВИТОК ПЕРВИННИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ МЕТОДАМИ ЕКОЛОГІЧНОЇ АРТ-ТЕРАПІЇ (НА ПРИКЛАДІ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ)

Геля Бенд
Базовий консультант ППТ, слухач магістерського курсу, арт-терапевт Навчальний заклад дитячий садок "Дебора" (Шеньчжень, Китай) **Email:** gelya86@yandex.ru

Отримано 19.11.2020.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

Ця стаття присвячена використанню арт-терапії та природоорієнтованої терапії для подолання тривожності у дітей дошкільного віку та розвитку первинних здібностей. Виявлення емоційних розладів, а також профілактика та втручання можуть допомогти дітям зберегти психічне здоров'я. Природотерапія в поєднанні з експресивним мистецтвом може бути дуже ефективною у допомозі дітям пізнати свої емоції, виразити себе та розвинути впевненість у собі... У приватному дитячому садку "Дебора" (м. Шеньчжень, Китай) було впроваджено програму арт-терапії, спрямовану на зниження рівня тривожності у дітей дошкільного віку.

Ключові слова: тривожність, дошкільний вік, первинні здібності, арт-терапія, позитивна психотерапія.

Анотація

Дана стаття присвячена дослідженню впливу методів екологічної арт-терапії в корекції тривожності у дітей старшого дошкільного віку і в розвитку первинних здібностей. Виявлення емоційних проблем у дошкільнят, їх корекція та профілактика сприяє гармонійному розвитку дітей, підтримці їх психологічного здоров'я. Застосування засобів арт-терапії підходить для цих цілей - заняття експресивними мистецтвами в поєднанні з позитивним впливом природного середовища можуть допомогти дітям відреагувати свої емоції, зняти емоційну напругу, розвинути впевненість. У приватному дошкільному навчальному закладі "Дебора" (м.Шеньчжень, КНР) була реалізована програма занять, спрямована на зниження рівня тривожності за допомогою методів арт-терапії в екологічному підході.

Ключові слова: тривожність, дитячий вік, первинні здібності, арт-терапія, Позитивна Психотерапія.

Вступ

Носсрат Пезешкіан (2016) заснував свій метод спираючись на висновки з масштабного дослідження, в якому брали участь люди з різних країн. Одним з важливих стовпів Позитивної та Транскультуральної Психотерапії є концепція Актуальних Здібностей. Відповідно до неї, кожна людина, незалежно від свого походження, віросповідання або ж віку, володіє ними. У той же самий час, ці здібності не є вродженими - ми розвиваємо їх лише через стосунки з іншими людьми, навчаючись у них, переймаючи їхній досвід взаємодії з оточенням (Peseschkian, 2016). Старший дошкільний вік - найбільш сензитивний період для формування емоційної сфери, а значить і для формування первинних здібностей. Останні відіграють важливу роль для налагодження та підтримки стосунків з людьми. Поява нових технологій і активне їх впровадження в повсякденне життя прискорює темп міських жителів і привносить, з одного боку, зручності, але з іншого - є факторами стресу. Життя в сучасному мегаполісі супроводжується переробкою величезного потоку різного роду інформації та багатозадачністю. У зв'язку з цим, на тлі агресивного впливу урбанізованого техногенного середовища на соматичне і психологічне здоров'я міських жителів, використання природної терапії набуває все більшої актуальності. Додаткового психічного навантаження зазнає не лише доросле населення великих міст. В умовах сучасного розвитку суспільства, зі збільшенням кількості використовуваних технологій, зростанням захоплення віртуальними іграми та онлайн спілкуванням, у дітей все менше можливостей досліджувати природу. У великих містах ця тенденція може бути пов'язана і з тривогою про небезпеку навколишнього середовища, де з дітьми може трапитися щось неприємне або небезпечне для їхнього життя і здоров'я. Негативні переживання дорослих, брак часу на якісне спілкування з дітьми, пригнічений стан батьків - можуть позначитися на емоційному та психологічному стані дітей. Одночасно з цим, трансляція суспільством установки на "успіх" змушує батьків відправляти дітей на додаткові заняття, що скорочує час для гри, не кажучи вже про прогулянки на свіжому повітрі та рухливі ігри з друзями на вулиці. У сучасному мінливому світі звернення до ресурсів природного середовища може стати помічником у вирішенні певних емоційних проблем.

Методологія

Тема тривожності давно досліджується фахівцями в різних галузях. Майже всі вони сходяться на думці, що певний рівень тривожності властивий усім людям і несе в собі позитивну функцію - привертає увагу до можливим труднощів, перешкод для досягнення мети, що містяться в ситуації, і дозволяє мобілізувати сили, тим самим допомагаючи досягти найкращого результату. Тобто, нормальний рівень тривожності розглядається як необхідний для ефективного пристосування до дійсності (адаптивна тривога). Таким чином, коли дитина відчуває занепокоєння з приводу майбутнього іспиту, або виступу на сцені перед публікою, ми говоримо про реакцію пристосування до нестандартних для неї ситуацій. У той же самий час, небажання відвідувати дитячий садок, ігрові майданчики, бути в людних місцях без об'єктивних на те причин (наприклад, булінг або фізичні травми, отримані раніше), часті нічні кошмари - можуть свідчити про підвищений рівень тривожності. Зовнішніми її проявами удітей є надмірність жестів, скутість, напруженість, підвищена метушливість, занепокоєння, або або ж, навпаки, підвищена сором'язливість. (Лютова, Моніна, 2011) Також можливе порушення сну, апетиту, переважання негативних емоцій над позитивними.

Тривожність має тенденцію до самопідкріплення і самопідтримки, що негативно впливає на успішність діяльності дітей різного віку (Прихожан, 2000). Цей емоційний розлад найчастіше може бути викликаний тривалою зовнішньою стресовою ситуацією, підкріпленою частим переживанням тривоги, або ж особливостями психофізіологічного розвитку. Частина дослідників вбачають джерело тривожності в порушених у ранньому дитинстві стосунках зі значущими дорослими і говорять про пряму залежність рівня тривожності дитини від рівня тривожності батьків (значущого дорослого). Так, наприклад, Саллівен (1999) говорив про тривожність як про міжособистісний феномен, який формується у відносинах між матір'ю і немовлям, маючи на увазі, що наявна у матері напруга тривоги індукує тривогу немовляти. Він також зазначав, що потреба в усуненні тривожності, по суті, дорівнює потребі в міжособистісній надійності та безпеці, створення якої в ранньому дитячому віці може запобігти розвитку тривожності (Саллівен, 1999). М. Боуен, у свою чергу, визначав "передачу тривоги" від матері до дитини як основну

механізм підтримки загальної емоційної системи в дитячо-батьківських стосунках, при якому дитина приймає тривогу матері і турбується тому, що турбується вона (Варга, 2017). Хорні (1997) виділяла несхвалення значущих людей як основне джерело тривожності і підкреслювала роль середовища в її виникненні. Якщо в ранньому досвіді дитини існує любов і підтримка оточуючих, то у неї розвивається почуття безпеки і впевненості в собі. У тому випадку, коли значущі дорослі поводяться по відношенню до дитини надмірно вимогливо, байдуже, або ж вони можуть бути надмірно тривожними, домінуючими, гіперопікуючими, тоді це може викликати у неї "переживання глибокої ненадійності і неясної стурбованості, для якої я використовую поняття "базисна тривожність". Це почуття ізольованості та безпорадності у світі, який вона сприймає як потенційно ворожий собі" (Хорні, 1997). У зв'язку з цим особливої важливості набуває потреба тривожних дітей у почутті надійності та безпеки.

З точки зору Позитивної Психотерапії, дитяча тривожність може бути обумовлена негармонійно розвиненими первинними здібностями. Наприклад, недостатньою впевненістю в собі, своїх силах; відсутністю довіри до інших людей; надлишком сумніву в певних ситуаціях; недостатньо розвиненою здатністю до контакту з собою або оточуючими; слабко сформованою здатністю до надії, як відчуття безпеки світу навколо; складнощами, пов'язаними з несформованою здатністю до терпіння (вікова особливість).

У програмах профілактики та корекції емоційних і поведінкових розладів у дітей успішно застосовуються методи арт-терапії. Одночасно з цим, заняття арт-терапією можуть допомогти збалансувати чотири сфери життя дитини: сферу тіла і здоров'я, діяльності і досягнень, сферу контактів, і сферу фантазії і смислів. Використання в роботі з дітьми арт-терапевтичних занять дозволяє вивільнити негативні емоції, невербально виразити емоційні переживання, в тому числі і страхи. Творча робота, створена в процесі заняття, є певним "посередником" між арт-терапевтом і дитиною, що полегшує процес взаємодії для тривожного або замкнутого дошкільника: це дозволяє ділитися своїми емоціями і переживаннями не безпосередньо, говорити часом алегорично, не від свого імені, а від імені персонажа, зображеного на папері або згаданого в історії. Подібний "алегоричний" сенс ми знаходимо і в використанні притч і казок, які також можуть бути успішно використані в рамках занять. Набір технік і засобів арт-терапії дуже різноманітний, що дозволяє дитині також вибрати найбільш комфортний спосіб самовираження, який відповідає її потребам і можливостям. Для занять арт-терапією, незалежно від модальності (чи то ліплення, твір історії, малювання, колаж) не потрібні спеціальні навички. Це, в поєднанні з безумовним прийняттям арт-терапевтом будь-яких форм творчої активності, може сприяти зміцненню віри в свої сили і розвитку впевненості в собі. Створення терапевтом атмосфери безпеки і довіри може також зробити свій позитивний внесок у корекцію рівня тривожності. Під час занять арт-терапевт використовує різні прийоми вербального і невербального зворотного зв'язку, які можуть включати активне спостереження , перефразування висловлювань, фіксування відображених у малюнку вчинків або міміки емоцій і почуттів, повідомлення про свої почуття та асоціації з роботою дитини (Мартинсоне, 2017). Все це сприяє налагодженню механізмів саморегуляції та покращенню здатності до контакту з собою та іншими, до ефективної адаптації, що часто є завданнями терапевтичного процесу.

Останнім часом застосування екологічного підходу в арт-терапії стає все більш популярним. В даному підході природа розглядається як важливий фактор формування терапевтичного простору і терапевтичного процесу, а також як додаткова умова підвищення ефективності процесів лікування. Копитін (2016) розглядає екологічний підхід як приватний аспект середовищного. Він пов'язаний з вивченням впливу людської діяльності на природні процеси і середовище проживання, а також впливу природного середовища на стан і функціонування людини. Середовищний та екологічний підходи в арт-терапії засновані на уявленнях середовищної психології, екопсихології та екології здоров'я. Екопсихологія становить загальнотеоретичну базу для методів еко-терапії, що використовуються з метою лікування та профілактики різних захворювань, зокрема розладів психічної діяльності та порушень адаптації, а також для підвищення якості життя людей на основі зміцнення їхніх позитивних зв'язків з природою. Бергер (2016) говорить про те, що в процесі взаємодії людини з природним середовищем відбувається активізація різних сфер досвіду і психічних процесів, що є важливою умовою підвищення адаптивності та стресостійкості. Інший

важливою функцією є вдосконалення навичок саморегуляції в результаті активного контакту з природою та її здоров'язберігаючими ресурсами. Крім того, спільна творча активність групи людей у природному середовищі може сприяти згуртуванню та покращенню комунікативних навичок (Копытин, 2013). Заняття в рамках екологічного підходу можуть повністю або частково проводитися поза приміщенням. Прогулянки на свіжому повітрі загострюють роботу сенсорних систем організму, сприяють розвитку спостережливості, стимулюють уяву, одночасно з цим надаючи розслаблюючу дію. Природа, в свою чергу, може виступати таким собі "ко-терапевтом" в процесі еко-арт-терапевтичних занять і зробити свій важливий внесок в процес гармонізації особистості дитини.

Деякі фахівці, що працюють з дітьми, наприклад, Кортні (Courtney, 2017), підкреслюють важливість використання природного середовища і природних елементів у роботі для вирішення їхніх емоційних проблем. Вона також виділяє потенційні функції природи, які проявляються при взаємодії дітей і природного середовища та/або природних об'єктів. Частина з них пов'язана з емоційною регуляцією, наприклад, заспокійливий вплив об'єктів природи при тактильній взаємодії (особливо, якщо є можливість потримати об'єкт в руках), зниження рівня занепокоєння і страхів, створення відчуття безпеки і захисту, а також надання певного простору для виплеску емоцій. У той же самий час взаємодія з середовищем дає поштовх до прояву внутрішніх ресурсів дитини, сприяє підвищенню впевненості в собі, і, що особливо важливо в роботі з дітьми, стимулює уяву і магічне мислення в процесі оздоровлення.

Результати

Реалізація програми

Для відбору дітей в групу корекційних занять була проведена комплексна діагностика групи старших дошкільнят (вік дітей 5-6 років) з 26 осіб, в результаті якої було встановлено, що 8 осіб (близько 30 % класу) мають середній і високий рівень тривожності (були використані тест тривожності Теммл (Головей, 2002) і опитувальник Лаврентьєвої (1992) "Рівень тривожності дитини"). Свою згоду на участь у заняттях дали 6 сімей.

Один з учасників, який виявляє максимальну кількість ознак тривожності в групі за результатами опитувальника тривожності (11 ознак з 20) часто висловлює незгоду, сперечається з батьками та вчителями, водночас боїться нових видів діяльності, нерішучий і боязкий з незнайомими людьми. Учасник, чий рівень тривожності визначено як найвищий у групі за результатами тесту тривожності (78,6%), дуже боязкий, сором'язливий у спілкуванні, легко червоніє. Він погано засинає, йому часто сняться кошмари. Ще один учасник з високим рівнем тривожності не має труднощів у спілкуванні з дорослими та дітьми, проте йому дуже складно фокусуватися і завершувати розпочаті справи, дотримуватися правил. Під час виконання різних завдань часто вносить зміни, виправляє роботу.

Імовірно, однією з причин тривожності дітей є складнощі у відносинах з батьками або ж іншими членами сім'ї. У зв'язку з тим, що деякі фахівці пов'язують тривожність дітей з порушеними відносинами зі значущими дорослими, був проведений проективний тест Е. Клессман "Три дерева". Клессман "Три дерева" (Обухов, 2005), який виявив складні взаємини в сім'ях чотирьох дітей. Іншим потенційним фактором, що впливає на рівень тривожності, і про який також говорять фахівці, може бути тривожність матерів дошкільнят. В рамках програми матерям учасників було запропоновано для заповнення перекладений і адаптований для цих цілей опитувальник тривожності Спілбергера - Ханіна (Дерманова, 2002). Він продемонстрував високий рівень тривожності у 100% досліджуваних.

За результатами діагностики в програму корекційних занять зі зниження рівня тривожності було вирішено включити спільні заняття з батьками. Програма розрахована на 12 занять, з періодичністю 3 заняття на тиждень. Тривалість одного заняття 40-50 хвилин.

В ході реалізації програми вирішуються наступні завдання:

- Розвиток у дітей здатності оцінювати свій емоційний стан і висловлювати свої почуття (налагодження контакту з собою і з іншими; розвиток первинної здатності до контакту).
- Зміцнення віри в свої сили і зростання впевненості (здатність до впевненості).
- Зниження рівня емоційної напруги (сфера тіла).
- Покращення комунікативних навичок (сфера контактів).
- Розвиток творчих навичок (сфера фантазії та сфера діяльності).

- Створення безпечного простору для вільного вираження почуттів, емоцій і творчих ідей (приклад безумовного прийняття).
- Сприяння зміцненню дитячо-батьківських відносин (розвиток сфери контактів).

Методичні прийоми, що використовуються в заняттях програми:

1. Ігри на розпізнавання своїх і чужих емоцій (сфера контактів)
2. Дихальні вправи та релаксація (сфера тіла)
3. Вільне та тематичне малювання (сфера сенсу та фантазій)
4. Створення історії (перефразування, рефлексія власного досвіду)
5. Створення амулета / помічника (активація внутрішніх ресурсів для відновлення)
6. Сімейна прогулянка з фокусуванням уваги на окремих предметах (практика усвідомленості та покращення контакту всередині сім'ї)

Відповідно до програми кожне заняття починалося з визначення емоційного стану учасників за допомогою "карток настрою" та вправ на релаксацію. Якщо заняття проводилося в кабінеті, то використовувалися аудіозаписи звуків природи - шум дощу, звуки прибою, спів птахів. Перші два заняття були спрямовані на знайомство з ходом занять арт-терапією та занять в екологічному підході, під час яких діти досліджували властивості художніх матеріалів, знайомилися з майданчиком, на якому планувалася частина занять. Третє заняття включало в себе взаємодію з середовищем, а також створення малюнка та історії до нього на основі вражень від прогулянки.

Темою четвертого заняття, і першого спільного заняття з батьками, була сімейна фотопрогулянка в парку. Після вправ на знайомство і фокусування уваги було озвучено завдання: дослідити околиці парку протягом 30 хвилин і фотографувати об'єкти, що привернули увагу. Діти та батьки мали обирати об'єкти самостійно. Майже всі дорослі відзначили, що їм було складно не відволікатися на соціальні мережі, месенджери, дзвінки, розмови. За їхніми словами, було досить важко
"сповільнитися" і повністю бути присутнім у моменті. Після закінчення заняття мама однієї з дівчаток в особистій бесіді сказала про те, що завдяки цьому заняттю зрозуміла, що вона може взяти паузу, зупинитися і провести час з дочкою, насолодитися природою і її красою.

Друге спільне заняття з батьками було також проведено в парку. Після привітання та вправ на релаксацію, учасникам було озвучено тему заняття та завдання - збір природних матеріалів для створення колажу на тему "Сім'я". Учасники спочатку були боязкі, поверталися до місця збору тільки з листям. Однак поступово стали звертати увагу й на інші предмети навколо: гілки, палички, мушлі равликів, каміння, квіти, деталі від загублених кимось у парку іграшок. Це заняття виявило деякі патерни взаємодії батьків і дітей під час їхньої діяльності. Так, наприклад, на питання, чи є одна з дівчаток центром сім'ї (фото дитини було поміщено в центр колажу), її тітка відповіла, що це само собою зрозуміло - в Китаї це типова модель сім'ї. На висловлювання про те, що інші роботи учасників не схожі, і діти не займають в них центральне місце, і що, швидше за все, це особиста модель їхньої сім'ї, жінка задумалася. Для мами одного з хлопчиків візуальний розділ спільної роботи викликав подив і засмучення. Мама іншої учасниці використала 5 елементів навколо ієрогліфа "щастя" за кількістю членів сім'ї, і звернула на це увагу тільки після коментарів учасників групи. Вона була також дуже зворушена висловлюванням дочки про старшого брата (сестра учасниці намалювала портрет родини, включаючи старшого брата, який живе окремо від дівчаток, і сказала, що дуже сподівається, що він зможе ходити). Мамі іншого учасника довелося поступитися йому в тому, як він хотів бачити свою роботу (спочатку мама наполягала на своєму), а в деяких моментах вони змогли знайти компроміс.

Під час одного із занять було проведено вправу "Моє безпечне місце", під час якої дошкільнята шукали місце на ігровому майданчику, в якому їхні іграшки змогли б відчути себе спокійно і комфортно. Після розташування в безпечному місці діти заспокоювали свої улюблені іграшки, принесені з дому, і пояснювали, чому вибрали те чи інше місце.

Іншим важливим заняттям було завершальне заняття програми. Дітям було запропоновано створити свій особистий амулет або помічника. Під час заняття був використаний аудіозапис звуків природи. Для виготовлення амулета діти могли використовувати природні матеріали (дерев'яні кружечки і кульки, шишки, гілочки, листя, каміння), а також і художні матеріали.

Один з хлопчиків вибрав дерев'яний кружок, гілочку від дерева, камінь і шишку. Він створив переговорний пристрій для зв'язку зі своїм другом, який не був на занятті. Хлопчик додав, що поставить його у себе в кімнаті на шафку і буде використовувати його.

Одна з дівчаток використовувала дерев'яний кружок для своєї роботи і сказала, що це для покращення настрою. Вона додала, що коли їй буде сумно, вона буде на нього дивитися. Дівчинка вирішила створити другого помічника. Для цього вона взяла другий

дерев'яний диск, камінь, додала до нього шишку, гілочку і листочки, які знайшла на вулиці, і сказала, що цей амулет для тих випадків, коли вона буде злитися - вона буде тримати його в руках і її злість буде проходити.

Другий хлопчик створив картину із зображенням гір та етапів складного шляху. Він також спорудив якусь подобу тунелів з дерев'яних кругів і стрічок, додав поїзд з каменю, намалював під ним дорогу. Потім він взяв гілку, поставив і перетворив на ліхтар вуличного освітлення, який освітлював всю картину. Дитині дуже сподобалася його робота, він кілька разів із захопленням дивився на неї і говорив "яка ж вона красива". І додав, що вона його дуже радує.

Друга учасниця взяла дерев'яний круг і прикріпила до нього дві дерев'яні кульки. Потім додала до них гілочку і шишку. Сказала, що перша кулька - це радісна кулька, а друга кулька від нудьги. Вона помітила, що шишка схожа на квітку, а потім почала розмальовувати кульки. Після розмальовування другої кульки сказала, що це її подруга і вона дуже рада їй. Ще один учасник групи приготував безліч матеріалів для своєї роботи, проте довго не міг зібратися з думками і вирішити, що він хоче зробити. Спочатку він створив якусь подобу тунелю. Потім взяв камінь і перетворив його на потяг. Після закінчення роботи хлопчик сказав, що йому дуже подобається його поїзд, а коли він з ним грається, це робить його щасливим. Остання учасниця групи прикріпила на аркуш паперу матеріали з різноманітними поверхнями: камінь, шишку, дерев'яний кружок, а зверху приклеїла на нього листочок, який вона принесла з вулиці. На своїй роботі вона зобразила двері: їх можна відчиняти, заходити в цей чудовий світ з різними поверхнями і торкатися до них. Дівчинка сказала, що їй дуже подобається її робота, а також дуже подобається торкатися до різних предметів, відчувати їх поверхні.

Діти були дуже залучені в процес виготовлення своїх амулетів, і в основному вибирали природні матеріали. Підсумковим заняттям стало створення того, чого вони потребували: для двох з них це потреба в спілкуванні з друзями, а для однієї з дівчаток щось, що може допомогти їй впоратися зі складними переживаннями. Для двох хлопчиків це потреба в успішному завершенні задуму без допомоги дорослого, потреба у створенні чогось, що може їх радувати, піднімати їм настрій. Для ще однієї дівчинки було важливим спроектувати свій чарівний світ, в який вона може зануритися в будь-який момент, доторкнувшись до предметів на аркуші. Всі діти створили помічників для саморегуляції, до яких вони зможуть звернутися в будь-який момент. Це заняття - приклад активації відновлювального потенціалу людини за допомогою засобів природи та мистецтва. Діти змогли виявити свої

Діти зрозуміли свої потреби і постаралися зробити все, щоб задовольнити їх. Заключна вправа була важливою для розвитку здатності контакту з собою і зростання впевненості у своїх силах - діти самостійно визначали, що вони хочуть змайструвати, що вони хочуть змайструвати, і як вони хочуть це зробити.

На завершальному етапі програми було проведено опитування батьків за допомогою анкети та опитування вихователів групи про результати їхніх спостережень, а також повторне заповнення опитувальника Лаврентьєвої "Рівень тривожності дитини".

Результат заповнення опитувальника Лаврентьєвої (1992) показав, що кількість спостережуваних ознак тривожності у всіх учасників корекційних занять знизилася, і рівень їх тривожності визначається як "низький".

Батьки однієї з учасниць відзначили покращення настрою, якості сну, фізичного стану. Вони також додали, що дівчинка стала частіше ділитися своїми переживаннями з близькими (здатність до контакту з собою та з іншими). У групі вона стала частіше спілкуватися з дітьми, легше йти з ними на контакт і менше бентежитися при спілкуванні з вихователями (впевненість, здатність до контакту). Мама іншої учасниці відзначила поліпшення настрою і відносин з сестрою, з якою вона стала частіше розмовляти і грати. Мама також помітила, що у дівчинки з'явилося більше друзів у групі дитячого садка (здатність до контакту).

На це ж звернули увагу і вихователі. Під час занять вона стала частіше йти з ними на контакт, ініціювати його, а також стала "проситися на ручки" для того, щоб поговорити або обійняти їх (уникала фізичного контакту до початку корекційних занять). У одного з хлопчиків, за словами мами, покращився настрій, як і апетит. У групі почав намагатися закінчувати завдання (розвиток терпіння), став менше виправляти свої роботи (зниження полюса "сумнів" і зростання впевненості), а також частіше слухатися вихователів, виконувати якісь прохання і завдання без суперечок (довіра до дорослого). У проявах третьої учасниці мама не помітила різниці. Однак, за спостереженням вихователів, у групі дівчинка почала частіше ініціювати спілкування, менше бентежитися при відповідях перед усім класом (впевненість).

Що стосується другого учасника корекційної групи, чий рівень тривожності був визначений як найвищий, мама відзначила його великий прогрес: раніше в складних для нього емоційних ситуаціях хлопчик плакав і відмовлявся говорити про причини розладу. Після курсу занять він почав говорити про те, що його засмучує або турбує (здатність до контакту), інтенсивність і тривалість плачу знизилася. Вона також сказала, що з ним легше спілкуватися і домовлятися, і що хлопчик став більш вільним

висловлювати свою думку (впевненість, довіра до дорослого, безпека середовища). Прогрес також відзначила і мама третього учасника: хлопчик став частіше спілкуватися з батьком, з ним стало набагато простіше знаходити спільну мову і домовлятися (здатність до контакту), ніж раніше, коли він вперто наполягав на своїй точці зору (довіра до дорослого). З приводу поганих звичок сина мама сказала, що вони як і раніше є, проте це також і завдання батьків - стежити за своїми звичками і змінювати їх разом з сином. Вона також додала, що ці заняття, включаючи опитувальник на рівень тривожності, дали їй зрозуміти, що вона не приділяла достатньо уваги синові в силу своїх особистих проблем і що вона буде над цим працювати

Висновки

Проведення корекційно-розвиваючих занять з використанням методів екологічної арт-терапіїтерапії дозволило знизити рівень тривожності у дітей з високим рівнем тривожності і допомогти їм розвинути деякі первинні здібності. По мірі реалізації програми дошкільнята змогли зміцнити віру в свої сили, почати більше довіряти дорослим, менше сумніватися в прийнятті самостійних рішень, і відчути дружелюбність навколишнього середовища. Досвід взаємодії сім'ї в нових умовах співтворчості був корисний для розвитку здатності до контакту не тільки для дітей - батьки змогли інакше поглянути на внутрішньосімейні стосунки і намітити шляхи до позитивних змін.

Незважаючи на те, що в багатьох традиційних культурах Сходу взаємодія людини і природи є невід'ємною частиною життєвого укладу, сучасні умови життя накладають свій відбиток. У містах Китаю дуже розвинена паркова культура, сім'ї часто проводять час разом. Однак, з розвитком нових технологій, популярністю соціальних мереж і високими темпами розвитку мегаполісу, людям стає все складніше фокусуватися на тому, що відбувається тут і зараз. Заняття екологічної арт-терапії допомогли дітям розвинути деякі первинні здібності, а їхнім батькам звернутися до природи не лише як до рекреаційного ресурсу, а й до джерела натхнення, взаємодія з яким може слугувати основою для налагодження стосунків з дітьми.

Використання методів еко-арт-терапії фахівцями допомагаючих професій має потенціал для корекції дитячої тривожності, так само як і розвитку первинних здібностей. Описувана програма не включає в себе зустрічі для встановлення контакту, а передбачає взаємодію з дітьми, з якими у фахівця налагоджуються довірливі стосунки. Це варто враховувати при плануванні роботи з тривожними дітьми.

Список використаних джерел

[1] **БЕРГЕР, Р.** (2016). Природна терапія: теоретичні засади та досвід застосування в освітніх закладах Ізраїлю. Арт-терапія та арт-педагогіка: нові можливості для розвитку та соціалізації особистості. *Збірник матеріалів всеросійської науково-практичної конференції*. Санкт-Петербург. 2016. № 1. С. 83-87

[2] **ВАРГА, А.Я**. (2017). Вступ до *системної психотерапії*. Москва: Когіто-Центр.182 с.

[3] Дослідження тривожності (**СПІЛБЕРГЕР, Ч. Д.**, адаптація **ХАНІН, Ю.Л.**). Діагностика емоційно-морального розвитку. Ред. та упоряд. Дерманова І.Б. СПб. 2002. С.124-126.

[4] **КОПИТІН, А. І., КОРТ Б.** (2013). *Техніки ландшафтної арт-терапії*. Москва: Когіто-Центр.104 с.

[5] **КОПИТІН, А.І.** (2016). Цілюща взаємодія з середовищем: екологічний та середовищний підходи в арт-терапії та арт-педагогіці. Арт-терапія та арт-педагогіка: нові можливості для розвитку і соціалізації особистості. Збірник матеріалів всеросійської науково-практичної конференції.Санкт-Петербург. 2016. № 1. С.75-83

[6] **ЛАВРЕНТЬЄВА, Г.П., ТИТАРЕНКО Т.М.** (1992). *Практична психологія для вихователя*. Київ. 29 с.

[7] **ЛЮТОВА, Є. К., МОНІНА Г. Б**. (2011). *Тренінг ефективної взаємодії з дітьми*. СПб: Речь.

[8] **МАРТІНСОНЕ, К.** (2014). *Мистецтвотерапія*. СПб: Речь. 352 с.

[9] **ОБУХОВ Я.Л.** (2005). *Діагностика внутрішньосімейних стосунків за допомогою проективної методики Три дерева*. Москва. 10 с.

[10] **ПРИХОЖАН, А. М. (2000).** *Тривожність у дітей і підлітків: психологічна природа і вікова динаміка*. М.: Московський психолого-соціальний інститут; Воронеж: МОДЕК. 304 с.

[11] **САЛЛІВАН, Г. С.** (1999). *Інтерперсональна теорія в психіатрії*. М.; СПб. С. 229-285.

[12] Тест тривожності (**ТЕММЛ, Р., ДОРКІ, М., АМЕН, В.**): додаток до "Практикуму з вікової психології за ред. Л.А.Головіної, О.Ф.Рибалки". Л.А.Головей, Е.Ф.Рибалка". СПб.: Мова, 2002.

[13] **ХОРНІ, К.** (1997). *Зібр. соч. у 3 томах*. М.: Смысл. Т.2. С. 174-180

[14] **КОРТНІ, Д. А.** (2017). Мистецтво використання метафоричних елементів природи як "співтерапевта" в екопсихологічній ігровій терапії. В А. Копитін та М. Руг (ред.), *Екологічні експресивні терапії: Теорія і практика з допомогою природи* (с. 100-122). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781315310459-7

[15] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2016). *Позитивна психотерапія повсякденного життя: Посібник для самодопомоги для окремих осіб, пар та сімей з 250 історіями з практики.* Блумінгтон, США: AuthorHouse UK

СІМЕЙНА ДИНАМІКА В ПСИХОТЕРАПІЇ ПІДЛІТКІВ З АНОРЕКСІЄЮ

Вероніка Іванова
Кандидат наук, клінічний
психолог, психотерапевт
(Варна, Болгарія)
Головний доцент Медичного університету Варни
Електронна пошта:
veronica_ivanovi@abv.bg

Отримано 15.11.2020.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

У статті розглядається питання взаємозв'язку між сімейною динамікою та виникненням, розвитком і лікуванням розладів харчової поведінки у підлітків з точки зору психодинамічного та позитивного підходів у психотерапії. Основний висновок полягає в тому, що без урахування динаміки сімейних відносин неможливо зрозуміти функцію симптому.

Ключові слова: анорексія, сім'я, підліток, позитивна психотерапія.

Вступ

Психодинамічні теорії постулюють, що через апетит і відмову від їжі можна запобігти несвідомому оральному та агресивному переслідуванню. Голодування розглядалося як несвідомий протест і реакція покарання батьків (Loch, 1971, Alexander, 1971). Своїм зовнішнім виглядом і поведінкою хворі демонструють емоційний голод. Багато терапевтичних стратегій ґрунтуються на розумінні впливу взаємовпливу всередині сім'ї (Rosman, 1976). Основний конфлікт у сім'ях хворих на анорексію пов'язаний з так званими "інтактними" сім'ями з фінансовими відносинами. За даними Peseschkian (2016), типовим для таких сімей є акцент одного з батьків на важливості порядку, чистоти, ввічливості, успіху, а з точки зору релігії, увага також приділяється таким якостям, як слухняність. Ставлення до тіла і сексуальності витісняється, і присутній помітно односторонній підхід до "одухотворення". У зв'язку з цим такі сім'ї ще називають "аскетичними" - обмежень у задоволенні і чуттєвості не існує, як і радості від чуттєвих пошуків, погонь і ніжності. Любов діти заслуговують успіхами і гарною поведінкою. Поза сім'єю контактів мало або вони взагалі відсутні. Знову ж таки, згідно з Peseschkian (2016), підлітки демонструють автономію через драматичний акт відмови від їжі, в конфлікті між тим, чого вони навчилися в сім'ї, і власними бажаннями та установками. Психогенна слабкість забезпечує зовнішній вираз проблеми в сім'ї, це хвороба всієї родини, де хвора людина є лише носієм. Через свою хворобу він виражає страждання всієї родини, які ніхто не наважується вимовити вголос. Ризикуючи своїм життям, підліток робить сімейні проблеми видимими. Песешкян описує кілька випадків анорексії, в яких дівчинка ідентифікує себе з братом, про що свідчить збереження тіла як хлоп'ячого, відмова від жіночності.

Патерни сімейних зв'язків людей з обсесивно-компульсивною структурою особистості, що є скоріше особистісною особливістю, ніж діагностичною категорією, описані в дослідженні Ненсі МакВільямс (Nancy McWilliams, 2018) як такі, що включають батьківські фігури, які створюють високі стандарти поведінки та очікують їх раннього, суворого та послідовного прийняття. Стиль виховання зосереджений на мотивації досягнення. Вихователі мають необґрунтовані очікування, занадто рано починають вимагати того, що дитина не в змозі зробити в силу свого віку. Вони жорстко відкидають не тільки неприйнятну поведінку, а й супроводжуючі її емоції і почуття, думки і фантазії. З точки зору об'єктних стосунків постає питання контролю в сім'ї, з якого і виникають розлади харчової поведінки,

відповідно, формуються обсесивно-компульсивні структури особистості. Поширені страхи інфікування, присутні у людей з розладами харчової поведінки, пов'язані з тривогою розлуки та надмірною опікою і захистом з боку батьків. Маккалоу підкреслює, що при роботі з сучасними обсесивними і компульсивними психопатологіями, такими як розлади харчової поведінки, важливо враховувати функцію контролю, яку здійснюють батьки, прищеплювати обсесивні і компульсивні патерни шляхом сорому, а не стільки шляхом поглинання почуття провини, що було описано в більш ранніх дослідженнях. Автор також описує інший тип сімейного середовища, принципово протилежний описаній вище атмосфері надмірного контролю і моралізаторства, в якому діти позбавлені сімейних стандартів, з недостатнім наглядом і недбалим невіглаством. У цьому випадку дитина намагається бути протилежністю розсіяним, незавершеним батькам, створюючи надмірно суворий і ідеалістичний стандарт, який не гуманізований, не має людського обличчя, тому що не пов'язаний з поведінкою реальних батьків, і це робить його ще більш суворим і абстрактним. Таким дітям доводиться моделювати себе в батьківському образі, вигаданому ними самими. У своєму аналізі проблеми Деларош (Delarosch, 2004) визначив цю хворобу як "форму повільного самогубства, замаскованого численними способами і відповідального перед оточуючими". З цієї причини автор вважає, що анорексія - це норовливе переривання процесу розвитку. Якщо підліток може усвідомити, що він відмовляється від процесу дорослішання, це поступово призводить до повернення до цього процесу. Йдеться про конфлікт, який може бути виражений лише через драму. Деларош (Delarosch, 2004) називає це "голодуванням" і контролем над батьками, постійною ілюзією всемогутності, що є показником провалу слова в сім'ї, який необхідно відновити. Спочатку сім'я прийняла підліткову дієту як частину нав'язаної медіа-моделі - банальна підліткова проблема. Потім відбувається справжня втрата апетиту, і тоді родичі намагаються змусити хворого їсти, що на цій стадії хвороби вже дуже складно, а далі йдуть конфлікти. Однак Delarosch (2011) вважає, що якщо анорексик вирішив свої конфлікти через симптом, то він не робить цього, домовляючись за допомогою слів. З цієї причини між дівчиною і батьками починається боротьба на вимір сил. Авторка посилається на знання про зв'язок між оральністю та жіночою сексуальністю, при цьому анорексія стає для дівчинки "тріумфальним запереченням Едіпового комплексу". Анорексія кидає виклик батькові, особливо його безправності***, його кастрації від дружини. Іншими словами, анорексія є функцією порушених емоційних і сексуальних стосунків між батьками. Delarosch (2011) також підкреслює небажання дівчинки бути схожою на матір, викликане дисгармонією іншого типу між батьками, очевидність Едіпового комплексу. Авторка виокремлює чотири характеристики анорексії в сімейному середовищі: "Голодування", в анорексії підліток бачить її

можливість реваншу, до того часу пригнічена конфліктами в сім'ї, відкриває для себе владу, яку вона має над батьками, відмовляючись їсти.

Між батьками і підлітком відбувається "справжня перевірка на міцність", в якій часто лікар виступає в ролі посередника, який прагне пояснити підлітку, що кожен удар має свій кінець. "Всемогутність" - потреба хворих на анорексію поставити себе вище за інших інтелектуально і духовно, відчути себе високодуховними істотами, піднятими над прозаїчними і дрібними побутовими потребами, такими як харчування і сексуальність - все це можна спостерігати в їхніх промовах. Третя характеристика, описана Деларош, - це якраз відмова від сексуальності, заперечення тіла як сексуального - воно залишається тілом дитячих форм, без характерних жіночих ознак, відмова від ідеї сексуальної комунікації, припинення менструації є фізичним вираженням цієї відмови. Четверта характеристика ставить питання про "тінь смерті", хоча часто хворі не усвідомлюють суїцидальної природи своєї поведінки і підтримуються ілюзорним відчуттям безсмертя і всемогутності, того, хто може жити без їжі, лише на повітрі і воді. Деларос описує анорексію як збій мовлення в сім'ї, і під час психотерапії цей мовленнєвий обмін повинен бути відновлений, між дитиною і батьками, ще до початку психотерапії з дитиною. В основі анорексії лежить заперечення сексуальності, бажання бути жінкою, як її мати - відмова ідентифікувати себе з матір'ю, часто через несанкціоновану Едіпову ситуацію, в якій жіноча сексуальність робить тривогу інсули нестерпною. Лакан (2008) у "Сімейних комплексах" говорить про навмисну деідентифікацію як про ненасильницьке самогубство, в якому суб'єкт приречений нескінченно повторювати зусилля, спрямовані на те, щоб відірватися від матері. На перше місце серед причин неврозу вона ставить батьківський невроз. "Психологічна доля дитини, в першу чергу, зумовлена тими стосунками, які батьки демонструють один до одного. Лакан (2008) говорить, що при анорексії "те, що дитина їсть, - це ніщо", що, на його думку, відбувається тому, що анорексія була розтоптана в плані потреби в їжі, і тепер вона намагається підтримувати своє бажання, відмовляючись задовольняти цю потребу.

Дольто (1995) у книзі "У грі бажань" ставить бажання спілкуватися з іншим, від народження, через погляд, слух, як більш важливе, ніж інстинкт їжі. Саме це спілкування порушується в сім'ях дітей, хворих на анорексію.

У книзі "Підлітки" Дольто (1995) пише, що розбіжності між батьками дитина терпить до 11 років, але потім проблема дорослішання стає очевидною. Автор розвиває проблему сімейної динаміки, виходячи за межі гіпотези, що відмова від їжі спрямована лише проти матері, Дольто вважає, що така поведінка пов'язана з матір'ю, але не обов'язково з рідною, а з жінкою, яка є предметом ідентифікації дівчинки.

Розуміючи анорексію, Дольто (2005) звертається до своєї теорії образу тіла (розкритої в аналітичному діалозі з дитиною). Корінь проблеми пов'язаний з тим, що сталося в період до Едіпа, між трьома і шістьма роками. Анорексія повертає нас, пише вона, до того, що сталося у так званій фазі первинного нарцисизму, коли дівчинка пізнає свою стать, як майбутню жінку, як свою матір, і до нарцисично корисної гордості від того, що вона стала жінкою, як її мати. Звичайно, тут Дольто говорить про організацію сексуальності дівчинки навколо цінного для неї чоловіка - батька. Дольто (2005) пише у своїй книзі "Несвідомий образ тіла": "Дівчатка, які під час первинної кастрації, у віці трьох років, відклали своє статеве життя на доросле життя, але які були переконані в цінності своєї особистості як дочки цього чоловіка і цієї жінки, ці молоді дівчата рідко або майже ніколи не хворіють на анорексію".

Набирати вагу - це слово несвідомо пов'язане з вагітністю, дівчина підкоряється бажанню сподобатися собі перед дзеркалом, стираючи всі жіночі вигини, навіть найнепомітніші. Прагнення до батька маскується, замасковане в складній, суперечливій любові, і її проблема полягає в конфлікті між любов'ю, прихильністю і бажанням до батька і в такому з матір'ю, суперництві і боротьбі з нею. Іншими словами, за словами Дольто, дівчинка "переживає абсолютно автономні несвідомі конфлікти, що датуються віком від трьох до шести років", які мають дуже мало спільного з поточною ситуацією і поведінкою батьків по відношенню до неї в даний момент. Анорексія - це реакція на те, як це було для маленької дівчинки у віці від трьох до шести років. Бернард 2016 року в книзі "Тіло" пов'язує анорексію з материнською депресією, а розлади травлення - з ідентифікацією дитини зі стражданнями матері, і в цьому випадку стосунки між матір'ю і дитиною повинні змінитися, щоб дитина більше не хворіла.

У дослідженні сімейної динаміки та анорексії Secondo Fassino, Dragan Svrakic, Giovanni Abbate-Daga (2002) виявили докази незрілих стосунків між батьками, які живуть у симбіозі, і знайшли докази важливої ролі особистісних патернів і темпераменту батьків в описі батьків анорексичних дівчаток, які частіше мають пасивний, залежний темперамент, з високим рівнем особистої тривоги і страхів. Автори рекомендують як оптимальний підхід до лікування той, що враховує особливості сім'ї та характеристики батьків і сімейних стосунків.

У концепції ППТ ми можемо описати анорексію як здатність багато чого досягати завдяки активності та досягненням. Нас цікавить тема прийому їжі, але без шкоди для теми харчування. (Peseschkian, 2016)

У ППТ-психотерапії ми працюємо з самооцінкою і важливістю, роллю жінки від маленької дівчинки до мами і тата, до маленької жінки і страхів до стати "жінкою, як моя мама". Свідомо терапевт уникає обговорення цієї теми з матір'ю. Терапевт намагається не перетворитися на вимогливу, контролюючу матір, але продовжує підтримувати сердечний зв'язок. Афективний вимір імпортується через транскультурний догляд, образи, символіку та художню комунікацію і, звичайно, казки. У концепціях ППТ ми припускаємо, що конфлікт знаходиться лише зовні, в тілесній сфері, там тільки поточний конфлікт, внутрішній конфлікт - у сфері контактів, а основний конфлікт у сфері смислів і проблематики - це питання смерті.

Песечкян писав про мотив вічно живого зв'язку між підлітком і сім'єю, незалежно від того, скільки йому років. Терапія особистості завжди включає в себе елементи сімейної терапії, навіть якщо працює тільки з підлітком. n ? ці дівчатка демонструють звернення до вторинних здібностей, таких як точність, чистота, порядок, слухняність, старанність, досягнення. Вони використовують своє тіло, щоб повстати проти надмірно контролюючих, але віддалених і холодних стосунків з матір'ю, стосунків, в яких дівчинка не має власного простору, не визнається як особистість і суб'єкт.

Методологія

Для нашого дослідження ми використовуємо "Тест тематичної аперцепції" та проводимо змістовний феноменологічний, якісний аналіз. Тест тематичної аперцепції (ТАТ) - це проективний психологічний тест. Прихильники цієї методики стверджують, що відповіді людини на картки ТАТ можуть надати інформацію про її погляди на себе, світ та міжособистісні стосунки. Було проаналізовано 30 протоколів дівчат віком 12-18 років.

ТАТ відома як *техніка інтерпретації малюнків,* оскільки в ній використовується серія провокаційних, але неоднозначних малюнків, про які досліджуваного просять розповісти історію. Досліджуваного просять розповісти якомога драматичнішу історію про кожне з представлених зображень.

Процедура дослідження проводиться автором, який працює клінічним психологом і психотерапевтом у дитячій та підлітковій психіатричній клініці у Варні, Болгарія.

Результати

Для потреб дослідження ми використовували якісні методи оцінки:

- контент-аналіз
- інтерпретаційний феноменологічний аналіз
- Аналіз почуттів за допомогою лексичного аналізу

Якісний аналіз даних - це описовий метод. Він працює з текстами у формі усного та писемного мовлення. Зміст тексту має першорядне значення в цьому аналізі. Але крім безпосередньо вираженого змісту, мовлення також транслює емоційний стан мовців, ставлення до того, що говорить партнер, несвідоме

контекстах. Інтерпретаційний феноменальний аналіз - це метод, який використовується, коли нас цікавить спосіб переживання людиною того чи іншого явища і, відповідно, психологічна інтерпретація цього переживання. Контент-аналіз - метод емпіричного аналізу змісту тексту. Він характеризується частотою вживання певних мовних одиниць або ментальних категорій і, на цій основі, оцінкою пов'язаних з ними ментальних концептів.

Спочатку узагальнюються окремі тематичні блоки наступних сегментів:

- агресія по відношенню до матері;
- смерть;
- провину;
- залежність;
- бунт.

Таблиця 1.

Основні тематичні одиниці в історіях ТАТ

Основні тематичні одиниці в історіях ТАТ	Частота
Агресія по відношенню до матері	86%
Фігура батька	3,3%
Смерть	83%
Провина.	80%
Залежність	78%
Бунт.	75%

Порівняльний аналіз узагальнених даних з 30 випадків (табл. 1) показує такі значущі тенденції: неусвідомлена агресія до матері проектується в 26 з 30 протоколів, причому це супроводжується почуттям провини і самопокарання. Образ батька ідеалізований і менш представлений, ніж образ матері (у 10 з 30 протоколів). відсутній і т.д.). Сприйняття себе - як у маленької дівчинки, яка перебуває під владою сильної жіночої фігури, з бажанням втечі та незалежності, змішаним з жахом розлуки та диференціації. Водночас стосунки між матір'ю та донькою є надмірно контрольованими та тривожними, але емоційно прохолодними. Відсутність стабільної емоційної прив'язаності та зв'язку робить етап диференціації проблематичним. Основний конфлікт цих дівчат - між потребою в прив'язаності і любові та потребою в диференціації і бунтарстві. Контролюючи свою їжу і тіло, вони намагаються показати симптом родині, ризикуючи власним життям.

Дослідники сімейної патології вказують на різні типи проблем у сім'ї. Beavers (2000) зазначає, що сім'ї з хворим членом - це, як правило, ті, в яких немає чітких меж, визначених ролей. В основі комунікативних труднощів дослідник використовує так званий подвійний сліпий, він полягає в диспропорції і невідповідності між змістом вербального повідомлення, адресованого дитині, і способом вираження цього повідомлення. З точки зору системного підходу, іншою формою патологічної сімейної поведінки є неприйняття змін, відсутність гнучкості до змін, що

створює конфліктну динаміку, часто різні коаліції в сім'ї, що функціонують на основі особистих неврозів тих, хто їх утворює.

У випадку з дівчатками інтерес до стосунків з матір'ю і сексуальне бажання в широкому сенсі цього слова повністю витісняються, не змінюючись на міжособистісні стосунки з матір'ю і жінками. Дольто ділиться, що її клінічний досвід показує, що батьки цих дівчаток часто живуть інфантильно, в приємному або не дуже кліматі, але такому, в якому ідея можливої вагітності і пологів у дівчинки є абсолютно нестерпною для цих дівчаток і всіх символів родючості. - Груди, жіночі форми тіла руйнуються нав'язливою думкою про те, щоб не набрати зайву вагу. Цей факт не потребує аналізу, продовжує Дольто, адже це "порушення реальних стосунків між дівчинкою і матір'ю, між дівчинкою і їжею, між дівчинкою і батьком, між її уявною жіночністю і її недосвідченістю з хлопчиками, між дівчинкою і своїм дзеркалом".

Висновок

За словами дівчат, основною проблемою на даний момент є розлука з матір'ю, на тлі суперечливого зв'язку, оскільки суб'єкт прагне відокремитися, показуючи через своє тіло, що в сімейних стосунках є непроговорені речі. Зовні безконфліктні, сімейні стосунки в проекціях несуть у собі приховану і постійну напругу, а страждання дитини є вираженням непроговореного в усій системі. Анорексія також є символічним захистом суб'єкта, який прагне залишатися вільним і диференційованим. Неприйняття жіночого тіла, пов'язане з розірваними стосунками зі значущими іншими, призводить до регресу, який зупиняє природний процес підліткового прощання з дитинством, важливо, щоб цей процес був доведений до свідомості, щоб продовжити зростання від тіла дівчинки-хлопчика до тіла жінки.

Посилання

[1] **БІВЕРС, В. Р. ТА Р. Б. ХЕМПСОН** (2000). Системна модель функціонування сім'ї за Біверсом. *Журнал сімейної терапії*. № 22. с. 128-143.

[2] **FASSINO, S., SVRAKIC, D., ABBATE-DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., STANIC, S., ROVERA, G. G.** (2002). Динаміка аноректичної сім'ї: Дані про темперамент та характер. *Комплексна психіатрія.* 43(2). с. 114-20. DOI: 10.1053/comp.2002.30806

[3] **Вестен, Д.** (1991) Клінічна оцінка об'єктних відносин за допомогою ТАТ. *Журнал оцінки особистості*, с. 56.

[4] **БЕРНАРД, Ф. [BERNARD, F.]** (2016). Цялото [Т і л о] . Софія: Центр психосоціальної підтримки

[5] **ДЕЛАРОШ, П. [DELAROCHE, P.]** (2004). *Юношеството* [Adolescence]. Софія: Центр за освітні програми та соціальні ініціативи.

[6] **ДЕЛАРОШ, П. [DELAROCHE, P.]** (2011). *Проблемите на юношеството* [The Problems of Adolescence]. Центр за образователни програми та соціални ініціативи. Софія: Центр за психосоціальна підтримка. 200 с.

[7] **ДОЛТО, Ф., [DOLTO, F.]** (1995). *Тийнейдж'ріте. Най-после отговор на ваши въпроси* [Підлітки. Остання відповідь на ваші запитання]. Софія: Наука и искусство 320 с.

[8] **ДОЛТО, Ф., [DOLTO, F.]** (2005). Несъзнаваният образ на тялото [The unconscious body image]. Софія: Центр за психосоціальна підкріплення. 320 с.

[9] **ЛАКАН, Ж. [LACAN, J.]** (2008). *Сімейні комплекси* [Family Complexes]. Софія: СИЕЛА. 176 с.

[10] **МАКУІЛЯМС, Н., [MCWILLIAMS, N.]** (2018). *Психоаналітична діагностика. Дослідження структури особистості в клінічному процесі* [Psychoanalytic diagnosis, understanding the structure of personality in the clinical process]. К.: Видавництво "Леге Артіс". 456 с.

[11] **МИХАЙЛОВА, К. [MIHAILOVA, K.]** (2004). МИХАЙЛОВА, К. *Жінки, секс, анорексія* [Women, sex, anorexia]. Софія: вид. Весела Люцканова. 144 с.

[12] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2016). *Позитивна психосоматика: Клінічний посібник з позитивної психотерапії,* Блумінгтон, США: AuthorHouse UK.

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

БУТИ ЧИ НЕ БУТИ - ГАМЛЕТУ І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІЙ ТЕХНІЦІ: ПРО ТЕРАПЕВТИЧНИЙ АЛЬЯНС, ЗРОСТАННЯ ТА ЕФЕКТИВНУ ТЕРАПІЮ

Арно Реммерс
Доктор медичних наук, психотерапевт, міжнародний тренер PPT (Німеччина), приватний викладач та супервізор Вісбаденської академії психотерапії (WIAP)
Електронна пошта:
arno@arem.de

Отримано 15.11.2020.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

Для досягнення найкращих результатів у терапії можна створити альянс, пам'ятаючи про цей корисний процес терапії, починаючи з побудови прихильності, необхідної для інтерактивної диференціації терапевтичного контракту, цілей і власної активності клієнта між сесіями, і, нарешті, використовуючи зворотний зв'язок наприкінці кожної сесії. Терапевтичний альянс буде рости в міру змін, кризових ситуацій і порогів в рамках терапії. Важливо, щоб ми знали партнерів клієнтів і давали їм знати про нас, щоб сприяти зростанню наших клієнтів і зменшити побічні ефекти, щоб ми включали взаємодію з соціальним оточенням клієнтів і завершували зворотним зв'язком про процес терапії.

Ключові слова: терапевтичний альянс, етапи взаємодії, модель балансу, позитивна психотерапія

Вступ

Як працівники цілительської професії, ми повинні дбати про екзистенційні питання в житті наших пацієнтів. Вони страждають від них, чи то в панічних атаках, відчуваючи, що помруть, чи в депресії з повною відсутністю почуттів, чи в компульсивному обсесивному розладі з відчуттям, що вони завжди повинні робити щось безглузде. Пацієнти, як правило, мають великі очікування і отримують надію в той момент, коли записуються до нас на прийом. Перед нами стоїть завдання впоратися з їхніми екзистенційними питаннями, як жити з депресивними фазами, як пережити пограничний діагноз особистості або як впоратися з життям як непередбачуваним і з його скінченним характером.

Методологія

Як терапевт, який здебільшого не мав досвіду таких симптомів, які відчувають мої пацієнти, але мав тривалий час

Я задаюся питанням: "Хто я є після багатьох років навчання конкретним методам лікування?": Ким я є в цій зустрічі зі своїм пацієнтом? Ким я можу бути для мого клієнта? Яким я є в цих стосунках з моїм клієнтом? Що дійсно має значення в психотерапії, що дійсно допомагає?

Як не дивно - не метод чи теорія є лікувальним засобом, їхній вплив на результат терапії становить не більше 15%. Такі дані підтверджуються найновішими публікаціями, наприклад, Брюса Вампольда на Конференції з системних досліджень 8.-11. березня 2017 року в Гейдельберзі. Терапевтів, які вивчають або навіть викладають психотерапевтичні методи, може розчарувати той факт, що не психотерапевтичний метод, з яким ми ототожнюємо себе, а фактори пацієнта, його очікування та терапевтичні стосунки мають найбільший вплив на результат лікування (Norcross, 2009). "Найкращий метод" або "відмінна техніка" не є тим, чим вони здаються - вони не є найважливішою основою, на якій ми можемо допомогти нашим клієнтам покращити своє життя. Тим не менш, психотерапевтичний

метод як такий здається необхідним у будь-якому випадку; для мене особисто, як для терапевта, я відчуваю потребу розвинути ідентифікацію з однією з теоретичних моделей (Kernberg, 2005), щоб краще зрозуміти себе і світ клієнтів за допомогою чіткої, логічної та "емпірично обґрунтованої" теорії.

Пройшовши психотерапевтичну школу, випробувавши психотерапію, застосовуючи інтервенції, навчаючись у наших пацієнтів, як діяти або що робити, як терапевти, ми незабаром приходимо до гамлетівського питання - Бути чи не бути, або як сформульовано для терапевтів: Бути чи як бути? Для того, щоб вижити як терапевти. Це питання повертає мене до роздумів про те, ким я є насправді, граючи терапевтичні ролі, до терапевтичних стосунків, які ми маємо, до патернів, які ми створюємо один з одним, до сенсу, який ми знаходимо разом у терапевтичному середовищі. Мене можуть ототожнювати з методом, який мені подобається, з теорією, в яку я вірю, і все ж - дослідження вже давно показують, що для моїх клієнтів не дуже важливо, яку теорію я застосовую до їхніх розладів. Швидше, важливо, чи є я цілителькою. Проте мені допомагає вижити, коли я можу ідентифікувати себе з певним методом психотерапії.

Психотерапевтична школа з її теорією та вченням про інтервенції допомагає мені зростати як терапевтичній особистості. Теоретичне пояснення розладів дає мені внутрішню робочу модель. Методологія допомагає мені рефлексувати себе, використовуючи терміни з методів, в які я вірю, і дає мені віру в те, що це корисно для нас і для клієнтів. Методи стають внутрішніми робочими моделями. Таким чином, я можу розуміти, бачити сенс і керувати ситуацією, що стосується салютогенетичних принципів Антоновського (Антоновський, 1997). У спектрі між фактами і релігією ми можемо розглядати наш метод або як гарну, емпірично обґрунтовану, логічну теорію, або як інструмент управління проблемами, який "приємно мати". Він може забезпечити міцну основу для того, що ми переживаємо один з одним в терапевтичному процесі, і допомогти з'ясувати, що допомагає моїм клієнтам краще організувати себе. Ми можемо стати прихильниками психотерапевтичної віри та ідентичності, щоб об'єднатися з іншими людьми, які вірять в ту ж ідею. Це дасть нам сильне відчуття того, що ми на "правильному боці". Таким чином, ми можемо відчувати себе в безпеці і відокремленими від небезпечних інших, будучи членами сильної спільноти "найкращих психотерапевтів", об'єднаних ярликом найкращого методу, який коли-небудь був знайдений, як у релігійній громаді.

Тож я повертаюся до питання: Бути чи як бути терапевтом? Справжніми ліками в психотерапії є терапевтичний альянс, принаймні останні дослідження не

показують інші результати.[1] Психотерапевт, як особистість, як людина, перебуває у взаємодії з клієнтом. Альянс один з одним є корисним інгредієнтом, дійсним для всіх видів методів, як цитує Майкл Балінт (Michael Balint) у 1973 році: "...найчастіше ліки, які дають, - це сам лікар. Це не ліки в упаковці, а атмосфера, в якій пацієнт сприймає інші ліки" (Бончева, 2004).

Результати

"Персона" - з латинської: *per - sonare*, означає "звучати крізь маску актора на сцені" в театрі, на давньогрецькому πρόσωπον/prosopon = обличчя. Карл Густав Юнг (1971) визначає "Персону" як "маску або обличчя, з яким людина показує себе світові".

Отже, давайте поміркуємо над цим питанням: Яким є реальний вплив наших тренінгів, психотерапевтичних методів, особистості терапевта, його досвіду та підготовки, впливу самих пацієнтів та їхнього оточення на результат лікування?

Позатерапевтичні фактори, здається, відіграють найбільшу роль у досягненні хороших результатів терапії, тобто природа розладу пацієнта як така, тяжкість симптомів, готовність до змін, особливості особистості, соціальне оточення - разом вони складають близько 40%. Це те, з чим працює сімейна терапія - залучити сім'ю як найважливішу частину соціального оточення, і позитивна психотерапія також включає сім'ю і ширше соціальне оточення, наскільки це можливо.

Якість терапевтичних стосунків, у ширшому сенсі - терапевтичного альянсу та особистості терапевта, має вплив близько 30% у всіх модальностях. Психодинамічні методи чітко фокусуються на моделях терапевтичних стосунків, їх змісті та динаміці, а також на опорі як сфері терапевтичного навчання в управлінні конфліктами. У клієнт-центрованій терапії (К. Роджерс) терапевтичні стосунки розглядаються як засіб зцілення. Також і в КПТ терапевтичні стосунки відіграють цю важливу роль, але зазвичай не відображаються як такі. **Терапевтичний альянс** вважається найбільш надійною змінною процесу, що значною мірою пов'язана з позитивним терапевтичним результатом у різних психотерапевтичних моделях, як зазначають Alexander, L. B.&Luborsky, L. (1986), Gaston, L.&Luborsky, L. (1993), the

[1] "Відома "модель загальних факторів психотерапії" постулює, що для пояснення успіху лікування різних підходів до психотерапії або консультування набір загальних факторів (таких як соціальний і біографічний контекст клієнта, життєві події під час терапії, сила мотивації клієнта, особисті якості терапевта і терапевтичні відносини) є набагато більш відповідальним, ніж конкретні методи або техніки для конкретних проблем і розладів (наприклад, систематична десенсибілізація при фобічних розладах)... " http://www.isr2017.com/news_events/

союз є предиктором ефективності консультування та терапії, також Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Шедлер і Лейхсенрінг виявили те саме (Mellado та ін., 2017).

Надія клієнта, перспектива швидкої допомоги, віра у зцілення - приблизно 15%, а терапевтичні техніки і методи впливають на результат терапії приблизно до макс. 15% на результат терапії, всі ці результати наводяться в роботі Хаббла, Дункана і Міллера 2001 року (Hubble et al., 2009). В гуманістичній терапії, позитивній психотерапії, системній терапії або позитивній психології основна увага приділяється надії клієнта на втручання. У когнітивно-поведінковій терапії часте повторення цілей терапії має непряму функцію фокусування на майбутньому, орієнтованому на зміну симптомів, тому може створювати надію, залежно від того, як вона відображається як зворотний зв'язок у терапевтичних відносинах.

В одному з найбільших мета-досліджень того часу Grawe (1994) описав основні фактори хорошого результату в психотерапії: **Активна допомога у вирішенні проблем, мотиваційне очищення** (щодо цінностей і цілей), і знову ж таки - якість **терапевтичних стосунків**. Здається, що особистий вплив або **особистість терапевта пов'язана з** одним з найсильніших факторів результату психотерапії.

Усе це - точка зору терапевта. А що кажуть **пацієнти**? Якими були їхні очікування і що їм насправді допомогло? Слоан та ін. виявили (1975):

"Корисна людина або особистість терапевта" (як тоді, коли пацієнти кажуть: "Мій терапевт!").

"Допоможіть мені зрозуміти мою проблему" (див. зрозумілість Антоновського, або прояснення Граве)

"Заохочуйте мене, допомагайте мені щось робити, долати труднощі" (активна допомога у вирішенні проблем)

"Дайте мені можливість поговорити з людиною, яка мене розуміє" (якість терапевтичних стосунків)

"Допоможи мені зрозуміти себе" (інтерактивна зустріч з емоційно важливою людиною в терапевтичному альянсі)

Підсумувати найважливіші фактори психотерапевтичного лікування:

- Якість терапевтичних відносин
- Розуміння та кліринг
- Допомога у конструктивному вирішенні конфліктів
- Оптимізм, щоб знаходити і надавати допомогу
- Мотивація та активна участь
- Особистість і зрілість терапевта
- Це справедливо для всіх методів (Grawe та ін., 1994)

Як ми можемо досягти цієї якості та альянсу у власній терапії? Що це означає, адже моя особистість як терапевта є такою, якою вона є, і вона не сильно зміниться? І ще: Що все це означає для нашої власної практики? Що психотерапевтичні модальності пропонують для цього?

Терапевтичний альянс, "альянс допомоги" (Люборський 1976), досягається і підтримується **різними методами**:

- Особистісно-орієнтована психодинамічна терапія за допомогою моделі, батьківства (Рудольф), фокусування на перенесенні (Кернберг, 2005) або орієнтації на ресурси (Веллер).
- Конфліктно-орієнтовані психодинамічні терапії працюють з контрперенесенням і опором як частиною створення альянсу, спільного подолання труднощів і створення таким чином способу вирішення внутрішніх і міжособистісних конфліктів.
- У гештальт-терапії рівність почуттів і позицій пацієнтів і терапевтів є важливою частиною побудови міцного альянсу.
- Гуманістична терапія фокусується на емпатії, автентичності, бути собою.
- Позитивна психотерапія використовує те ж саме фундаментальне гуманістичне розуміння терапевтичних відносин і додає інтерактивність, орієнтацію на самодопомогу, зрозумілу мову і теорію.
- Когнітивно-поведінкова терапія використовує орієнтацію на мету та заохочення активного викриття та конфронтації пацієнта для підтримки робочого альянсу.

Що означає створити "терапевтичний альянс"? Рудольф (1991) вже відповів на це питання, і, як дослідження, воно видається актуальним і сьогодні: "...обидва партнери повинні **розвинути переконання, що вони** самі та їхній партнер **підходять** для спільної терапевтичної діяльності, і що вони можуть/можуть спиратися на **особисту вдячність** один до одного. Пацієнт повинен прийти до **висновку, що терапевт може допомогти** йому завдяки своїм можливостям; з іншого боку, терапевт повинен залишити враження, що пацієнт - це той, кому **він може допомогти** і кого він **здатен прийняти на даний момент, а також,** що він **мотивований надавати** терапевтичну допомогу. Зрештою, обидва партнери повинні виробити однаковий **погляд на проблему** і однакову **перспективу для її вирішення**". (Рудольф, 1991)

Оскільки я вже 3 десятиліття працюю психотерапевтом і викладаю психотерапію з 1992 року в Німеччині та інших країнах, працюючи в психосоматичній медицині, в галузі психічного здоров'я, в лікарнях і з амбулаторними пацієнтами, я поставив собі питання: **що спільного, що відмінного в** цих різних умовах і **терапевтичних відносинах,** а також у створенні **хорошого терапевтичного альянсу**? Я хочу показати вам, як мені подобається працювати над досягненням хорошого терапевтичного альянсу як сімейному терапевту, психотерапевту і консультанту, лікарю або в психіатрії:

Чотири ситуації демонструють різні позиції сімейного терапевта, консультанта і психотерапевта, лікаря, а також у психіатричному лікуванні:

- сім'я з проблемами в поведінці дитини,
- депресивний пацієнт,
- пацієнт лікаря з розладом сну,
- параноїдальний психоз.

Як терапевт чи лікар, я маю на увазі свою роль, як бути, як працювати з

- свої почуття як терапевта, тобто бути нейтральним і стримувати свої почуття як лікаря, або використовувати їх у психодинамічній психотерапії для роботи з контрперенесенням
- як я розумію зміст конфліктів як сімейний терапевт, або як мені потрібно діяти як у психіатрії, не відчуваючи розуміння з боку психотичного пацієнта,
- як модерувати психотерапевтичний процес або як скеровувати пацієнта в медицині чи психіатрії,
- як бути чутливим до інтуїції в психодинамічній терапії, або як планувати для страждаючого пацієнта в медикаментозному лікуванні та КПТ.

У результаті виникають чотири напрямки мислення терапевта:

- почуття vs нейтралітет
- розуміння змісту та самодопомога vs планування лікування, психоосвіта та активна допомога
- слухати, взаємодіяти чи керувати та діяти
- відкритість до інтуїції vs. чіткі плани, завдання та обов'язки

Для різних пацієнтів мені потрібна гнучкість на континуумі між цими підходами, залежно від особистості та ситуації клієнта/пацієнта. Вони відрізняються в управлінні конфліктами, психотерапії, соціальній роботі, охороні здоров'я або медичному лікуванні. Я повинен адаптуватися до тяжкості депресії, тривожних розладів або до рівня інтеграції при розладі особистості або психозі, даючи простір або будучи активним, відчуваючи або будучи нейтральним, діючи або дозволяючи клієнту думати і змінюватися. Ми надамо пацієнтові емоційно безпечний простір і налаштування, будучи зацікавленими в розумінні прихованих зв'язків як психотерапевт. "Лікар, в ролі комунікатора, має інтенсивний контакт з розладом або хворобою. Суб'єктивна інформація, що надходить з досвіду пацієнта, який контактує з лікарем і хворобою, не має (зазвичай) комунікативної цінності [для лікаря]" (Бончева, 2004).

Конструктивний шлях для терапевтичного альянсу полягає в тому, щоб бачити в пацієнті фахівця з його почуттів і переживань, пов'язаних з розладом, тоді як лікар буде фахівцем, який зробить цей досвід зрозумілим. Як лікар я передам пацієнтові свої знання про розлад і лікування, в психотерапії я буду використовувати свої знання про комунікацію і зміст проблем. Якість зворотного зв'язку під час нашої зустрічі буде більше стосуватися наслідків лікування та активності пацієнта, як у медицині, так і в психіатрії. Зворотній зв'язок є ефективним для корисного альянсу, коли ми робимо це регулярно, стосовно терапевтичних відносин[2] .

[2] "1. створити "культуру зворотного зв'язку", 2. інтегрувати зворотний зв'язок щодо альянсів та результатів у клінічну допомогу, 3. навчитися "успішно зазнавати невдач" у..: Практика/медицина, заснована на доказах (EBM) vs. Практика, заснована на доказах (PBE).
Зворотній зв'язок як основний важливий інструмент. Скотт Д. Міллер, Міжнародний центр

Особливо під час проходження порогових етапів або змін у консультаціях і психотерапії. Це допоможе клієнту досягти хорошого прогресу.

Працювати з соціальним оточенням клієнтів:

Особливо в дитячій терапії нам потрібен підхід сімейної терапії як корисного союзу з сім'єю, а не просто лікування дитини. У молодіжній терапії також можуть бути запрошені особи з соціального оточення дорослих, якщо цього бажає клієнт. Крістіан Раймер вважає, що в терапії ми повинні "пізнати невідомого третього" (Reimer&Rüger, 2012) - партнер або сім'я клієнта повинні знати про нас або зустрітися з нами, якщо клієнт бажає, а терапевт повинен познайомитися з партнером пацієнта, щоб зменшити побічні ефекти терапії і розширити терапевтичний альянс.

Розвиток взаємодії в наших терапевтичних сесіях відбувається за **трьома Етапами взаємодії**:

Прив'язаність - диференціація - відсторонення в процесі взаємодії, розуміння та співпраці. Вони є природним способом людських зустрічей у багатьох мовах, як "привіт!", "як справи?", "побачимося пізніше!", або як наше ставлення на етапах лікування:

1. Прихильність: Відчуття пацієнтом того, що людина приділяє йому час, терпляче вислуховує і дійсно зацікавлена в його проблемі, є відправною точкою для довіри до вас як до людини і надії на майбутнє і результат.
2. Диференціація - це етап навчання один в одного та з'ясування невідомого: Про що йдеться, який зміст проблеми, що потрібно?
3. Відстороненість означає погляд вперед, означає зворотній зв'язок про сесію (Engster & Wampold, 1996), а також підготовку до часу після терапії, самодопомоги та майбутніх цілей.

Приклад, який допоможе нам проаналізувати етапи взаємодії: Іноді пацієнти приходять і одразу просять мене поставити діагноз, виписати ліки чи план терапії. Тоді я нагадую пацієнтові прислів'я: "Якщо ти даси комусь рибу, ти нагодуєш його один раз, якщо ти навчиш його рибалити, він зможе годувати свою сім'ю все життя". Я повернуся до прив'язаності, щоб спочатку встановити людський зв'язок, дати пацієнтові простір, в якому він міг би відчути себе вільно, мати час, відчути моє терпіння, перш ніж ми почнемо обговорювати теми і зміст терапії. Лієвегед сказав: "Розмова, або культура розмови, передбачає, що людина зустрічає себе в "я" іншого".

Починати і модерувати терапевтичний процес з **прив'язаності**, проходити через **диференціацію** змісту і динаміки, організовувати хорошу **відстороненість**, впроваджуючи самодопомогу клієнта, здається мені важливим у всіх видах терапевтичних зустрічей, і, здається, важливо мати

Клінічна досконалість: Серце і душа змін: Що працює в терапії p. 21. http://www.scottdmiller.com/

плідний терапевтичний альянс. Три фази взаємовідносин і взаємодії терапевта і пацієнта вже були описані В. фон Гебзаттелем (1954) і В. Франклом (1953), пізніше застосовані на практиці в позитивній психотерапії як "три стадії інтеракції" їх учнем Н. Песешкіаном (1977).

Як ви бачили раніше, я повинен чітко усвідомлювати свою роль у створенні хорошого терапевтичного альянсу і потребую інструментів, які допоможуть мені і клієнту краще зрозуміти ситуацію клієнта, функцію симптому, ресурси і мене самого в терапевтичних зустрічах. Для цього я використовую **модель балансу** (Peseschkian, 1977, подібно до Jung, 1971) для відображення терапевтичного альянсу:

- Відчуття і спостереження,
- Знання і дія,
- Відношення та реляційний патерн,
- Очікування та уяви.

За допомогою моделі Balance ми з пацієнтом можемо описати у візуалізованому вигляді

- симптоматичні зони, краще зрозуміти повсякденне життя клієнта і те, як збалансована енергетика цього клієнта,
- вплив симптомів на ці сфери життя, так би мовити, функцію симптомів,
- ресурси і як їх заохочувати,
- цілі та плани самодопомоги для пацієнта,
- особистісні здібності (наприклад, структурні здібності особистості, ОПД-2),
- нарешті, цілі та завдання терапії.

Зазвичай я починаю цю модель балансу разом зі своїм клієнтом, щоб мати чітке розуміння, заохочувати пацієнта, готувати його до самодопомоги і розуміти оточення мого клієнта. Це простий, але ефективний спосіб допомогти побудувати міцний альянс допомоги. Крім того, я можу використовувати модель балансу для себе як терапевта, щоб зрозуміти терапевтичні стосунки як дзеркало несвідомих змістів пацієнта, коли я описую в чотирьох сферах, що **я відчуваю з клієнтом,** щоб з'ясувати, що це означає:

- почуття та емоції,
- раціональні думки,
- патерни відносин з клієнтом,
- інтуїція, фантазія.

Модель балансу допомагає мені зрозуміти власний контрперенесення в психотерапії, зрозуміти зміст внутрішньої конфліктної динаміки, співпрацювати як "партнери, що знаходяться на одному рівні буття" (Gebsattel, 1954). В рамках чотирьох сфер мого контрпереносу, описаних в моделі балансу, я можу прийти на супервізію після лікування і поділитися зі своїм супервізором тим, що я пережив з моїм клієнтом.

Прояснивши ситуацію, симптоми та їхні функції, ресурси та цілі, ми можемо продовжити з позитивною конотацією функції симптому, з мовними картинками або транскультурними порівняннями концепцій сім'ї, і ми перейдемо до змісту ресурсів, концепцій і конфліктної амбівалентності.

Зміст ресурсів і конфліктів можна описати психодинамічно відповідно до ОПД, або в позитивній психотерапії як "актуальні можливості", щоб працювати з клієнтами в зрозумілих термінах. З'явилася можливість диференціювати зміст і можливості поведінки, сприйняття та взаємодії. Робота з підсвідомими змістами і поняттями є легко зрозумілою для клієнта за допомогою термінів, визначених як актуальні здібності, такі як довіра, ввічливість, відкритість, пунктуальність або надія. Цьому навчають на семінарах з позитивної психотерапії, щоб і клієнт, і терапевт мали кращі терапевтичні стосунки і більше задоволення під час і після терапії.

На психотерапевтичних тренінгах ми можемо навчити терапевтів набути **п'ять основних компетенцій** для створення корисного терапевтичного альянсу, що стосується почуттів, змісту, ресурсів, терапевтичної співпраці та самодопомоги з

П'ять кроків до створення корисного альянсу в лікуванні[3]

1. Спостереження, дистанціювання

... слухати з терпінням, емпатією та додавати різні точки зору

2. Диференціація та вербалізація

... запитувати, щоб точно визначити зміст, історію, динаміку та можливості

3. Ситуативне заохочення

супроводжувати пацієнта та заохочувати його до самодопомоги

4. Вербалізація

...зосереджувати увагу на конфліктах шляхом консультацій та брати на себе відповідальність за наслідки змін

5. Розширення цілей

...бачити майбутнє після того, як вирішення конфлікту більше не буде в центрі уваги

Щоб тренувати здатність до спостереження і дистанціювання, щоб вміти слухати з терпінням, емпатією і додавати різні точки зору, ми повинні тренуватися бути чутливими до власних емоцій. Ми можемо рефлексувати над ними, будучи відкритими до власних асоціацій, думок, фантазій і почуттів, як у психоаналітичній свободі вільних асоціацій. У поєднанні зі сміливістю приймати різні і, можливо, дивні почуття, пов'язані з фантазіями, це допоможе нам змінити точку зору в терапії і краще зрозуміти наш досвід контрперенесення.

Щоб навчитись диференціювати, точно запитувати, визначати зміст, історію пацієнта та сім'ї, динаміку та можливості, ми повинні розуміти зміст в епізодах, описі або контрпереносі. Теорія

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

психотерапевтичні методи, які ми вивчили, пропонують терміни для цього, такі як конфлікт і структура в психодинамічній терапії (ОПД), схема, пізнання або патерни в КПТ, або реальні можливості і модель балансу в позитивній психотерапії, і ці терміни можуть бути легкими для розуміння клієнтами.

Крок ситуативного заохочення, термін, близький до методу лікування Альфреда Адлера, означає супроводжувати пацієнта і заохочувати його до самодопомоги. Ми можемо навчити терапевтів ставати сильнішими моделями для пацієнта у взаємодії та розумінні, стосунках і балансі.

Здатність зосереджуватися на конфліктах під час консультування і брати на себе відповідальність за наслідки змін на етапі вербалізації означає бути емоційно відкритим до змін і конфліктів у терапевтичній зустрічі як такій, що репрезентує реальність поза терапією. Терапевти повинні бути підготовлені до цього, з'ясовуючи власні внутрішні конфлікти в процесі самопізнання, в тренінгових групах і після терапевтичних сесій під час супервізії.

Розширюючи цілі клієнта, неможливо побачити майбутнє після того, як вирішення конфлікту відійшло на другий план, якщо я маю на увазі лише полегшення симптомів. Це також означає, що терапевти повинні бути здатні безперервно вчитися, бути відкритими до нових шляхів, вчитися з кожного зворотного зв'язку від клієнта. Культура зворотного зв'язку повинна бути встановлена на ранній стадії терапії, щоб мати хороший і плідний терапевтичний альянс і вчитися один у одного. Це те, що ми робимо на нашій конференції - вчимося один у одного. У кожній новій терапії я починаю знову вчитися у цього пацієнта, так само як і в дискусіях з вами зараз.

Висновок

Для досягнення найкращих результатів у терапії можна створити альянс, пам'ятаючи про цей корисний процес терапії, починаючи з побудови прихильності, необхідної для інтерактивної диференціації терапевтичного контракту, цілей і власної активності клієнта між сесіями, і, нарешті, використовуючи зворотний зв'язок наприкінці кожної сесії. Терапевтичний альянс буде зростати в міру змін, кризових ситуацій і порогів в рамках терапії. Для того, щоб сприяти зростанню наших клієнтів і зменшити побічні ефекти, важливо, щоб ми знали партнерів клієнтів і давали їм знати про нас, щоб ми включали взаємодію з соціальним оточенням клієнтів і завершували зворотним зв'язком про процес терапії.

Посилання

[1] **АНТОНОВСЬКИЙ, А**. (1997). *Салютогенез. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke* [Салютогенез. До демістифікації здоров'я. Німецьке видання Алекси Франке]. dgvt-Verlag: Tübingen.

[2] **Дункан, Б.Л., Міллер, С.Д., Вампольд, Б.Е. та Хаббл, М.А. (ред.) (**2009). Серце *і душа змін (2-е вид.): Надання "того, що працює".* Вашингтон, округ Колумбія: APA Press.

[3] **ENGSTER, S. L., WAMPOLD, B.** (1996). Систематичні ефекти ролі учасників на оцінку психотерапевтичної сесії. *Журнал консультативної та клінічної психології, 64, с. 1020-1028.*

[4] **ГЕБСАТТЕЛЬ, В. І.** (1954). *Prolegomena Einer Medizinischen Anthropologie: Ausgewählte Aufsätze* [Пролегомени медичної антропології: Вибрані статті]. Springer.

[5] **GRAWE, К**. (1994). Psychotherapie im Wandel. Від конференції до професії. Hogrefe

[6] **GRAWE, К**., **DONATI, R., BERNAUER, F**. (1994). *Psychotherapie im Wandel Von der Konfession zur Profession 5. Auflage* [Психотерапія в переході від конфесії до професії 5-е видання]. Göttingen: Hogrefe 2001 Erstausgabe: 1994.

[7] **JUNG, C. G.** (1971). *Психологічні типи. Зібрання творів К.Г. Юнга, том 6. Видавництво Принстонського університету*. ISBN 0-691-09774.

[8] **KERNBERG, O. F.** (2005). *Psychoanalyse - Prinzpien, Anhängerschaft und persönliche Entwicklung. В O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), WIR* [Психоаналіз - принципи, послідовники та особистісний розвиток]. Штутгарт: Шаттауер

[9] **MELLADO, A., SUÁREZ, N., ALTIMIR, C., MARTÍNEZ, C., PÉREZ, J., KRAUSE, M., HORVATH, A.** (2017). Розплутування взаємозв'язку між змінами та альянсом: Спостережна оцінка терапевтичного альянсу під час змін та епізодів застрягання. *Дослідження психотерапії, 27:5, 595-607, DOI: 10.1080/10503307.2016.1147657*

[10] **НОРКРОСС, Д.** (2009). *Терапевтичні стосунки. В. Дункан, С. Міллер, Б. Вампольд, М. Хаббл: Б. Дункан, С. Міллер, Б. Вампольд та М. Хаббл (ред.): Серце і душа змін*. Вашингтон, округ Колумбія: APA Press.

[11] **PESESCHKIAN, N**. (1977). *Позитивна психотерапія*. Франкфурт: Fischer TB-Verlag.

[12] **REIMER, C., RÜGER, U.** (2012). *Психодинамічна психотерапія* [Психодинамічна психотерапія]. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

[13] **РУДОЛЬФ, Г.** (1991). Die Beziehung zwischen Psychotherapie-forschung und psychotherapeutischer Praxis [Взаємозв'язок між психотерапевтичними дослідженнями та психотерапевтичною практикою]. 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, І. [BONCHEVA, I.]** (2004). Психологічні *параметри спілкування "Лікар-Хворий"* [Psychological Parameters of the Communication "Medical Doctor - Patient"]. Габілітація, Факультет за клінічна психологія, Софійський університет. Психологія, Софійський університет (Болгарія). с. 164.

ІНСТРУМЕНТИ ПОЗИТИВНОЇ ТРАНСКУЛЬТУРНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ЯК МОДЕЛЬ СИСТЕМНИХ КОНСТЕЛЯЦІЙ

Світлана Кириченко
Майстер-тренер ППТ (Черкаси, Україна),
Український інститут позитивної психотерапії **Email:**
kirichenko.sveta2014@gmail.com

Отримано 14.11.2020.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

Стаття присвячена методологічним особливостям констеляцій в методі позитивної психотерапії. Моделі позитивної транскультурної психотерапії визначають структуру особистісної диференціації, яка може бути використана в констеляціях. Відповідно до трьох рівнів роботи в позитивній психотерапії (ситуативний, понятійний і базовий), ми можемо обговорювати констеляції на трьох різних рівнях. Ця стаття є узагальненням практичного досвіду використання констеляцій на трьох рівнях роботи в позитивній психотерапії в груповій та індивідуальній психотерапії, а також

Ключові слова: сузір'я, феноменологія, конструктивізм, теорія систем, позитивна психотерапія

Вступ

N. Позитивна транскультурна психотерапія Песешкіана, будучи метатеорією психотерапії, добре інтегрується з іншими психотерапевтичними підходами та методами. Психодинамічна складова представлена в моделі конфлікту. Позитивний погляд на людину з її вродженими здібностями до любові та пізнання вказує на гуманістичне коріння позитивної транскультурної психотерапії. Когнітивно-поведінкові методи широко використовуються в роботі з актуальними здібностями. Системний підхід також очевидний у так званих "Колах Песечкяна":

Я (Я) -> Сім'я -> Суспільство -> Місто -> Країна -> Людство

Це приклади теоретичної інтеграції, закладеної в основу позитивної транскультурної психотерапії її засновником. Поряд з теоретичною інтеграцією можлива також технічна інтеграція. Вона дозволить використовувати конкретні техніки різних психотерапевтичних методів в структурі Позитивної психотерапії (ППТ).

Про зв'язок ППТ з іншими методами писав Носсрат Песешкян у своїй книзі "Позитивна сімейна терапія". За словами автора (Peseschkian, 2016): "Позитивна психотерапія - це не просто один з методів серед інших. Вона пропонує інструменти для оцінки того, які методологічні підходи можуть бути застосовані в конкретних випадках і як ці методи можна чергувати". "Короткострокова позитивна психотерапія є універсальною, тому що вона може досліджувати специфічні елементи конкретного випадку і цілеспрямовано застосовувати будь-який конкретний підхід в рамках концепції позитивної психотерапії". (Peseschkian, 2016).

Методологія

Ця стаття присвячена інтеграції констеляцій в позитивну транскультурну психотерапію і є узагальненням практичного досвіду використання констеляцій як в груповій, так і в індивідуальній психотерапії.

Навчаючись методу Системної сімейної терапії, я набула навичок участі в констеляціях, заснованих на системно-конструктивістській парадигмі, яка за своїми філософсько-теоретичними засадами дуже близька до філософії та світогляду Позитивної та транскультурної психотерапії Носсрата Песешкяна. Я використовую термін

ISSN 2710-1460WAPP

"сузір'я" не як назва методу Берта Хеллінгера, а як позначення однієї з технік системної сімейної психотерапії. У зв'язку з цим я бачу необхідність розділяти ці два поняття: сузір'я як підхід Хеллінгера і сузір'я як одна з технік, що використовуються в рамках системної сімейної психотерапії.

Основні відмінності пов'язані з різними філософськими та методологічними принципами, на яких базуються ці методи: феноменологія в одному випадку та конструктивізм в іншому.

Конструктивізм (від лат. Constructio - побудова) - один із напрямів сучасної філософії науки, що виник наприкінці 70-х - на початку 80-х років XX століття. У широкому розумінні цим терміном позначають певні аспекти світосприйняття та самосвідомості: організаційний, структурний, формотворчий та образний. Прихильники конструктивізму вважають, що не існує іншої реальності, окрім тієї, що створена людиною, тобто не існує ідентичної об'єктивної реальності, незалежної від людського сприйняття. (Лебедев, 2004).

Існують також помітні відмінності в цілях застосовуваних технік, позиції психотерапевта, специфічних технічних аспектах та їх інтерпретації, а також у кінцевій меті терапії (Добродняк, 2010).

Результати

Якщо дослідити історію сузір'їв, то можна зробити висновок, що вони з'явилися в результаті взаємного впливу наступних трьох компонентів:

1. Перший компонент - це теорія систем, яка розвинулася від механістичного розуміння (кібернетика першого порядку) під впливом біологічних моделей (Матурана, Варела) та теорії соціальних систем Лумана до сучасного розуміння (кібернетика другого порядку).

2. Другий компонент - це техніка використання представників замість членів сім'ї, елементів більших систем або навіть абстрактних понять. Першим прикладом такої техніки в західній психотерапії була психодрама Якоба Морено.

У 1960-х роках Вірджинія Сатір поєднала ці два компоненти у своєму підході до сімейної скульптури.

3. Третя складова - феноменологія. Феноменологія (від нім. Phänomenologie - вчення про явища) - напрям філософії 20 століття. Своїм завданням визначає самоочевидний опис пізнавального досвіду свідомості та виявлення його сутнісних ознак.

Феноменологічна психологія - напрям психології, що базується на ідеях та методах феноменології. Вона займається описовим вивченням свідомості, суб'єктивності та людських переживань.

Філософське підґрунтя феноменологічної психології сягає своїм корінням ідей Едмунда Гуссерля, а також його учні та послідовники: Александр Пфендер, Мартін Гайдеґґер, Жан-Поль Сартр, Моріс Мерло-Понті, Альфред Шюц та ін. (Spiegelberg, 2002).

Ці історичні корені є спільними як для сузір'їв в рамках системно-конструктивістського підходу, так і для сузір'їв в рамках підходу Геллінгера. Тепер розглянемо відмінності.

1. Розуміння системи

Система - це конструкт, тому терапевт покладається на досвід клієнта у виборі учасників констеляції. Фасилітатор може мати свої гіпотези щодо корисності тих чи інших учасників у констеляції, але це має бути обговорено з клієнтом, і в кінцевому підсумку рішення приймається клієнтом.

У розумінні Геллінгера, взаємодія всередині системи визначається правилами ("порядками любові"), які, на думку автора, є універсальними. Тому учасники сузір'я визначаються правом на приналежність до системи.

2. Призначення сузір'я

У системному підході мета сузір'я - розширити розуміння проблемної ситуації, дати можливість сприймати її більш винахідливо, бачити шляхи вирішення. При цьому визнається, що не існує єдиного правильного рішення і що хтось здатен спрямувати клієнта до нього. Робота посилює власні ресурси клієнта для вирішення проблемної ситуації.

У підході Геллінгера до сузір'їв накази диктують "правильне сузір'я", і мета роботи над сузір'ям - знайти його.

3. Вибір представників

Під час роботи в сузір'ї представники часто переживають почуття (відчуття, емоції, імпульси і навіть симптоми), які мають разючу схожість з переживаннями тих, кого вони представляють. Це викликає питання і надає констеляціям містичного відтінку. Втім, ці явища мають цілком логічні пояснення. Ідея представників належить Якобу Морено, який пояснив таке "знання" без поняття "теле-". Морено визначив його як "процес відчуття людьми один одного, який, як цемент, скріплює всю групу" (Moreno, 1945). Іншими словами, "теле-" відноситься до явищ групової динаміки і втілює процес обміну емпатією. Морено вважав здатність дивитися на світ очима іншої людини базовою здатністю.

Геллінгер пояснював явища вражаючих збігів під час утворення сузір'їв потраплянням у морфогенне поле системи. Такі пояснення виглядають містичними.

4. Позиція фасилітатора

Позиція терапевта в системному сімейному підході еволюціонувала від досить авторитарної (стратегічний напрям) до позиції співпраці та партнерства. Ідея системного підходу до сім'ї

"компетентний клієнт" наразі переважає, що виключає будь-які
тиск на клієнта з боку терапевта.

Феноменологічний підхід Геллінгера диктує найкращі (з точки зору терапевта) рішення для клієнтів через правильне розміщення в сузір'ї.

Таким чином, можна зробити висновок, що використання констеляцій в системно-конструктивістському підході і в методі Хеллінгера базується на різних філософських і методологічних засадах, що призводить до відмінностей в поясненнях і в позиції терапевта (Добродняк, 2010)

Як позитивний психотерапевт, я використовую Сузір'я як одну з технік в структурі позитивної транскультурної психотерапії і хочу поділитися з вами методологією такого підходу, а також практичним досвідом проведення сузір'їв в умовах групової терапії.

Теорія систем є універсальною. Вона пропонує єдину, міждисциплінарну, теоретичну мову для явищ будь-якого рівня - від клітинного організму до суспільства в цілому (Shlippe & Schweitzer, 2007).

РТРТ пропонує такий системний підхід через так звані "Кола Пешешкіана". Вони представляють систему ідентичності, що постійно розширюється: від "Я" до "Всесвіту". "Сім'я" - це лише одне з цих кіл, вона слідує за індивідуальним/особистісним рівнем ("Я"), який сам є системою: особистісні підмножини, різні ролі, єдність тіла, душі і духу, унікальна структура актуальних здібностей тощо. Моделі позитивної транскультурної психотерапії надають структуру для диференціації особистості, яка може бути використана в Системних Сузір'ях. Три рівні роботи в ПТПТ (ситуативний, контекстуальний та базовий) пропонують три рівні Сузір'їв.

I. Ситуаційний (симптоматичний) рівень

На цьому рівні учасникам пропонується попрацювати з дослідницьким сузір'ям на основі моделі балансу (запит на дослідження без актуального конфлікту, далі - АК). Якщо є запит на роботу з АК або симптомом, то доцільно розглянути систему АК/проблема, яка включає в себе різні об'єкти міжособистісного конфлікту. Включення симптому в Сузір'я дає можливість осмислити його функцію/значення в міжособистісній взаємодії (позитивна реінтерпретація симптому), отримати зворотній зв'язок від представників (крос-культурний аспект) і переключити увагу на конфлікти, які стоять за симптомом.

II. Контекстуальний рівень

На цьому рівні можна попрацювати з Сузір'ям, використовуючи Актуальні Здібності (далі - АЗ), наприклад, після проходження Диференційно-Аналітичної Інвентаризації (ДАІ) або інших вправ, пов'язаних з АЗ. Інший варіант - дослідити прояви ключового конфлікту (КК) у різних стосунках. Якщо буде виявлено зміст внутрішнього конфлікту (ВК) і динаміку конфлікту, їх теж можна використовувати в Сузір'ї для пошуку можливих шляхів вирішення ВК.

III. Базовий рівень

Базовий рівень, або рівень ідентичності, передбачає роботу з базовими поняттями, сформованими в батьківській родині клієнта. Так, в нагоді може стати Сузір'я батьківської сім'ї (сім'ї походження). "П'ять вершин долі" Ця концепція Володимира Карикаша також підходить для роботи з Сузір'ям на цьому рівні (5 екзистенційних ідентичностей: Я-Син/Дочка, Я-Чоловік/Жінка, Я-Батько/Мати, Я-Людина, Я-Частина Всесвіту) (Карикаш, 2009).

Робота з сузір'ям на основі п'ятиступеневої моделі Песешкяна

Нижче наведено приклад структури процесу "Сузір'я", що базується на п'ятиступеневій моделі лікування.

1. Дистанціюємося.

Перед початком роботи з Сузір'ям важливо провести попередню бесіду з клієнтом (протагоністом): вислухати його проблему, з'ясувати його потреби і запит, встановити в діалозі, які фігури він бачить в Сузір'ї (люди, сфери моделі балансу, актуальні можливості, ідентичності і т.д.). Терапевт повинен запропонувати йому вибрати представників, розподілити їх ролі і позиції в заданому просторі. Потім клієнту пропонується спостерігати за всім Сузір'ям і зосередитися на своїх відчуттях і думках (спостереження).

У цей момент клієнт приймає метапозицію і спостерігає Сузір'я своєї ситуації ззовні, таким чином дистанціюючись від неї. Сузір'я саме по собі є візуальною, кінестетичною метафорою, що також сприяє дистанціюванню.

2. Проведення інвентаризації

На цьому етапі клієнт вислуховує зворотній зв'язок від усіх представників. Терапевт просить представників озвучувати свої тілесні відчуття, почуття та імпульси без пояснень та раціоналізацій. Протагоніст відповідає за порядок, в якому представники дають свій зворотній зв'язок, отримуючи таким чином додаткову інформацію про ситуацію. На цьому етапі важливо з'ясувати, чи резонує зворотній зв'язок з протагоністом. Зазвичай все, що говорять представники, викликає у клієнта "так"-реакцію.

3. Ситуативне заохочення

На цьому етапі важливо підкреслити позитивні аспекти Сузір'я, ставлячи питання, орієнтовані на ресурси, а також питання, що фокусуються на позитивній реінтерпретації:

- Які ресурси ви можете побачити в цьому сузір'ї?
- Що ви отримуєте від такого балансу (взаємодії)?

4. Вербалізація

Цей етап роботи "Сузір'я" дає клієнту шанс побачити шляхи та засоби вирішення конфлікту, а також нові можливості для зростання та рівноваги. Після того, як клієнт підтверджує свою готовність бачити перспективи змін, представникам надається право

можливість вільно пересуватися і знаходити більш зручні позиції в Сузір'ї. Потім вони надають зворотній зв'язок про свої відчуття в нових місцях. Протагоніст спостерігає за цією динамікою і записує свої реакції. Коли Сузір'я набуває остаточної структури, терапевт пропонує протагоністу помінятися місцями з його/її представниками і стати на це "гарне місце". Часто це призводить до емоційної реакції та глибокого усвідомлення, що може полегшити прийняття рішення. Потім клієнта заохочують вербалізувати свої висновки і завершити "Сузір'я", звільнивши представників від взятих на себе ролей.

5. Розширення цілей

Однак на цьому робота в "Сузір'ї" не закінчується. Груповий процес має завершитися діленням: учасників просять відокремити свої відчуття і почуття, які виникли під час роботи в "Сузір'ї", від відчуттів і почуттів, пов'язаних з їхнім власним життям. Важливо також вислухати тих спостерігачів, які не брали участі в "Сузір'ї", але можуть поділитися своїми емоційними реакціями та альтернативним сприйняттям. Після того, як вся група завершить зворотний зв'язок, протагоніст повинен повідомити про те, що він/вона знайшли корисного в роботі "Сузір'я" та відгуках учасників.

Висновок

Сузір'я надають цінну можливість побачити існуючу динаміку всередині сімейної системи або особистості, яка часто не повністю усвідомлюється клієнтом. Таким чином, протагоніст отримує доступ до несвідомої інформації через учасників групи "Сузір'я", їхні відчуття та зворотній зв'язок. Їхні фізичні реакції надають додаткову інформацію про динаміку, яку клієнт не усвідомлює і не може побачити (Franke, 2007).

Таким чином, позитивна транскультурна психотерапія, яка зазвичай є високо структурованою і працює на свідомому рівні, доповнюється несвідомим (ірраціональним) компонентом. Слід зазначити, що констеляції - це лише частина великої комплексної психотерапевтичної роботи. Матеріал, піднятий в процесі констеляції, може досліджуватися протягом багатьох сесій. Тому важливо, щоб психотерапевт мав повну освіту в одному з визнаних психотерапевтичних методів і міг використовувати у своїй роботі не тільки констеляції. Важливо також усвідомлювати, що неможливо вивчити сузір'я, читаючи книги, дивлячись фільми або навіть пройшовши кілька семінарів у визнаного майстра. Вивчення сузір'їв, перш за все, відбувається через особистий досвід у груповій формі: шляхом спостереження, участі в якості представників та створюючи власні сузір'я.

Перший експериментальний навчальний проект з констеляцій в позитивній транскультурній психотерапії відбувся в 2018 році -...

2019 року в Полтаві, Україна, під керівництвом Українського інституту позитивної та транскультурної психотерапії.

Я бачу ефективність інтеграції сузір'їв у позитивну та транскультурну психотерапію.

Посилання

[1] **ДОБРОДНЯК, О. [DOBRODNYAK, O.]** (2010). Використання консультування в 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 [Використання констеляцій в 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]. *Журнал "Системна та сімейна психотерапія". Київ: "Системний погляд"*. Подвійний випуск №1-2.

[2] **КАРІКАШ, В. [KARIKASH, V.]** (2009). П'ять вершин на життєвому шляху [Five Summits of a Lifetime: Therapy through Transformation of Existential Identity]. *Позитум Україна*. Черкаси. No 3.

[3] **ПЕСЕШКЯН, Н.** (2016). *Позитивна сімейна терапія: Посібник з позитивної психотерапії для терапевтів та сімей,* Блумінгтон, США:
AuthorHouse UK

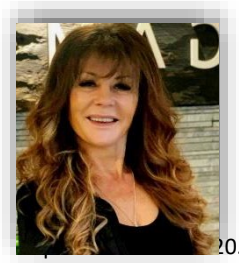
[4] **ФІЛОСОФІЯ НАУКИ. СЛОВНИК ОСНОВНИХ ТЕРМІНІВ (**2004**) [**Філософія науки: словник основних термінів**].** Укладач: С.А. Лебедєв [Lebedev, S. A.]. М.: Академічний проект.

[5] **ФРАНКЕ, У. [FRANKE, U.]** (2007). "*Коли я закриваю очі, я бачу тебе" Сімейна розстановка в індивідуальній терапії та консультуванні* ["When I Close My Eyes I See You" Family Constellation in Individual Therapy and Counseling]. М.: Видавництво: Інститут консультування. 182 с.

[6] **ШЛІППЕ, А. Ф., ШВАЙТЦЕР, Й.** [**SCHLIPPE, A.F., SCHWEITZER, J.]** (2007). *Підручник із системної терапії та консультування* [Systemic Therapy and Counseling Textbook]. М.: Інститут консультування та системних рішень. 363 с.

[7] **ШПІГЕЛЬБЕРГ, М. М. [SPIEGELBERG, H. M.]** (2002). *Феноменологічний рух . Історичний вступ* [Феноменологический движение. Историческое введение]. М.: "Логос". 608 с.

ПІДЛІТОК МІЖ ДВОМА БЕРЕГАМИ. ПРЕДСТАВЛЕННЯ ВИПАДКУ З ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ



Стефанка Томчева
PhD, майстер-тренер РРТ (Шумен, Болгарія),
Студія психосоціальної підтримки "Селена",
Електронна пошта:
stefani_petkova@yahoo.com

20.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

Випадок психотерапевтичної практики для підлітка між ідентичністю, симптомом і балансом. Індивідуальна ідентичність має важливе значення для психічного здоров'я. Розвиток ідентичності є основою самоприйняття та гарної самооцінки. Як зазначає Еріксон (2013), суб'єктивне відчуття ідентичності необхідно продовжувати відкривати заново і розвивати в нескінченному процесі. Еріксон підкреслює, що термін "ідентичність" має різні, але загалом взаємопов'язані значення. У багатьох ситуаціях його можна віднести до усвідомленого почуття індивідуальної тотожності, в інших - до "несвідомої битви" за спадкоємність між традицією та індивідуальністю, в третіх - до стабільності "Я", а в четвертих - до механізму підтримки внутрішнього балансу з груповими (традиційними) ідеалами та груповою (традиційною) ідентичністю.

Ключові слова: ідентичність, симптом, баланс, позитивна психотерапія, 5-ступенева модель

Вступ

У своїй роботі дитячого та юнацького психотерапевта я постійно стикаюся з тими чи іншими проханнями батьків - "Ви ж психолог - зробіть щось", "Поговоріть з ним/нею трохи", "Послухайте... скажіть йому/їй пару слів..."

Про що тут питання? Чого очікують батьки?

Ділюся цим випадком зі своєї практики психотерапевта як ілюстрацією професійної відповіді на такі батьківські запити.

Результати

Презентація кейсу

Мати зателефонувала мені по телефону за вказівкою свого сімейного лікаря. У її 17-річного сина (якого я буду називати Алексом) нудота і блювота. Проблема почалася, коли йому було 12 років, і з роками поглибилася. (набагато раніше, як ми побачимо). Ніяких фізіологічних причин для цього не було знайдено. А Протягом трьох років йому було зроблено низку медичних аналізів, включаючи госпіталізацію. Мати наполягає на зустрічі зі мною перед зустріччю з сином. Зазвичай для підлітків у віці від 16 до 19 років я заохочую і підтримую батьків, щоб вони мотивували свою дитину прийти на зустріч зі мною наодинці. Іноді я роблю це і для молодших підлітків - 13-15 років. Що стосується точки зору батьків, то я говорю з ними по телефону, потім після зустрічі з підлітком запрошую батьків на розмову, і це зазвичай спрацьовує. Але в цьому випадку, коли мати говорила гнівним тоном, я відчула її тривогу, безпорадність і страх (відсутність довіри до всіх і всього) і запросила її на зустріч ще до того, як побачила або поговорила з її сином.

Що я дізнався від матері, окрім історії хвороби)?

Алекс, 17 років, первісток з двох дітей (має брата 14 років), сім'я утворена від змішаного шлюбу - мати болгарка, батько турецького походження, але не з турецької етнічної групи в Болгарії (які народилися і живуть в Болгарії). Мати опікується сином (і його симптомом), як орел, тоді як батько, який

спочатку був дратівливим, близько трьох років тому у нього розвинулася непереносимість кризів нудоти і блювоти у сина. У Алекса були дуже важкі пологи (мати згадує їх як довгу битву), але насправді справжня битва почалася, коли Алексу виповнилося щонайменше сім років, і сім'я батька попросила ввести його в ісламську релігію за допомогою ритуалу "обрізання". Згідно з ісламською правовою системою, не існує певного віку, в якому необхідно робити обрізання, але прийнятним є обрізання дітей у віці від 7 до 10 років. Сім'я матері виступає проти цього рішуче і бурхливо. Мати і батько спочатку створили хорошу сім'ю, і вони насправді мають можливість утримувати її, якщо їхні батьки не втручатимуться. У Болгарії такі змішані шлюби часто є проблематичними через культурні та релігійні відмінності між двома етнічними групами, можна собі уявити, що таке сім'я, коли вона складається з представників двох національностей. Наголос на цих відмінностях зазвичай починається з бабусь і дідусів або когось іншого в батьківській родині. Тут ситуація схожа, але набагато сильніше підкреслена - напруга зросла між матір'ю і батьком, і хоча спочатку вони вирішили залишити вибір релігійної та етнічної ідентичності своїм дітям, згодом обидві сторони почали "тягнути килим" до власної релігійної ідентичності. У цей час Алекс почав ходити до школи і, таким чином, більшу частину року проводив у Болгарії, а шкільні канікули - у Стамбулі. У той же час він почав все частіше хворіти: Біль у горлі, біль у шлунку, блювота (симптоми важкої адаптації до школи), потім, коли йому було близько 10 років, нудота і блювота припинилися, щоб пізніше повернутися як чітко виражений симптом. У 12-13 років він почав замикатися в собі, а через два роки (коли йому було 15-16 років) він більше не хотів виходити на вулицю, зустрічатися з друзями, спілкуватися (за винятком спілкування в Інтернеті). Він також не хотів ходити до школи. Це призвело до того, що його успішність у школі знизилася і зменшилися його шанси вступити до престижного університету в Туреччині або Болгарії. Це спровокувало батька поводитися з ним ще більш суворо.

Перша зустріч з Алексом - **етап спостереження та дистанціювання**

До мого кабінету зайшов 17-річний хлопець і представився. Зовні спокійний у поведінці, але це викликало у мене відчуття тривоги, страху і якоїсь, здавалося б, прихованої надії. Для нього це була перша зустріч з психологом/психотерапевтом. Він не знав, що робити, як почати і з чого почати. До цього часу він неодноразово звертався до лікарів з приводу симптомів захворювань. Він страждає від безсоння, напруження, нудоти, блювоти, і як я зрозумів пізніше в ході нашої розмови - болісних думок з агресивним змістом.

Готовий "повідомити" про свої скарги (через численні візити до лікарів), Алекс виявився здивований моїм "Що з вами сталося, що було важливим або значущим, безпосередньо перед появою перших неприємних симптомів?" Виникла пауза. Потім, мабуть, він повернувся в минуле і почав розбирати перші події:

Фактична ситуація на момент появи симптому

12-річний хлопчик, вже учень математичної гімназії, після місяців підготовки до вступних іспитів, все ще перебуваючи в періоді адаптації до нової школи і серед нових людей, з радістю прийняв рішення батьків поїхати на канікули на море в Анталію. Серед приємних подій, пов'язаних з прибуттям на пляж, у нього почалася блювота, що також траплялося вдома, але тепер реакція батьків була іншою: вони виглядали шокованими і швидко прибрали безлад, а він також зіткнувся з поглядами людей навколо, які дивилися на нього. Згодом він сприйняв це як докір з боку батьків і насмішки з боку інших людей, які були там. Він спіймав себе на тому, що намагається впоратися з цими почуттями і почав виправдовуватися. Його батько говорив турецькою мовою, щоб його зрозуміли ті, хто їх оточував: "Дрібнота! Ти ганьбиш себе! Ти ганьбиш і нас теж. Одна справа робити це вдома, щоб уникнути відповідальності, але тут..." Пасивність матері в цей час заблокувала його здатність виробляти хороше пояснення або виправдання для себе і спровокувала його почати іншу боротьбу - чи не краще було б тільки залишитися вдома, щоб нікого не бентежити.

Як реагує психотерапевт після такої розповіді про реальну ситуацію, яка розкриває хворобу? Позитивний психотерапевт шукає функцію симптому, його позитивну переінтерпретацію і рефлексію зв'язку між симптомом і психологічними (емоційними) проблемами. В даному випадку моя позитивна інтерпретація симптому - нудота і блювота була такою: "Здається, ти маєш здатність володіти тонкою чутливістю до того, що відбувається навколо, і легко позбавлятися від непотрібного!"

Алекс був здивований, коли я, здавалося, став на його бік. Він також виглядав спантеличеним і не хотів сприймати мої розповіді про досвід, який він пережив 5 років тому... Я зрозумів, що досі ніхто не зважав на його внутрішні страждання. Хто б його зрозумів?

1. Сам? - Звісно, що ні! Інакше це не було б симптомом хвороби. Людський розум не сприймає зміст, який суперечить відповідному ставленню і терпінню, якого він навчився вдома.

2. А друзі? - Вони його відкинуть. Більше того, вони можуть вирішити, що він і їх ставить у незручне становище.

3. Батьки? - Тим більше ні! Вони ще не знайшли причини і пояснення тому, що відбувається.

Це було моє розуміння того, що несвідомо відбувалося в голові Алекса. Це спонукало його прийняти рішення ізолювати себе від соціального оточення і використовувати цей симптом, якщо він буде змушений йти на контакт. Протягом багатьох років Алекс роздумував над питаннями: "Хто я?"; "Що я таке, до чого я належу?". "За ким/чим я повинен слідувати - за собою чи за іншими?" З точки зору позитивної та транскультурної психотерапії, це і є зміст його Ключового конфлікту (рис. 1) Він продовжує вчитися, ходить на мовні та математичні курси, але завжди відчуває, що "стоїть між двома берегами". Він постійно боїться, що його знову знудить і зганьбитися перед усіма.

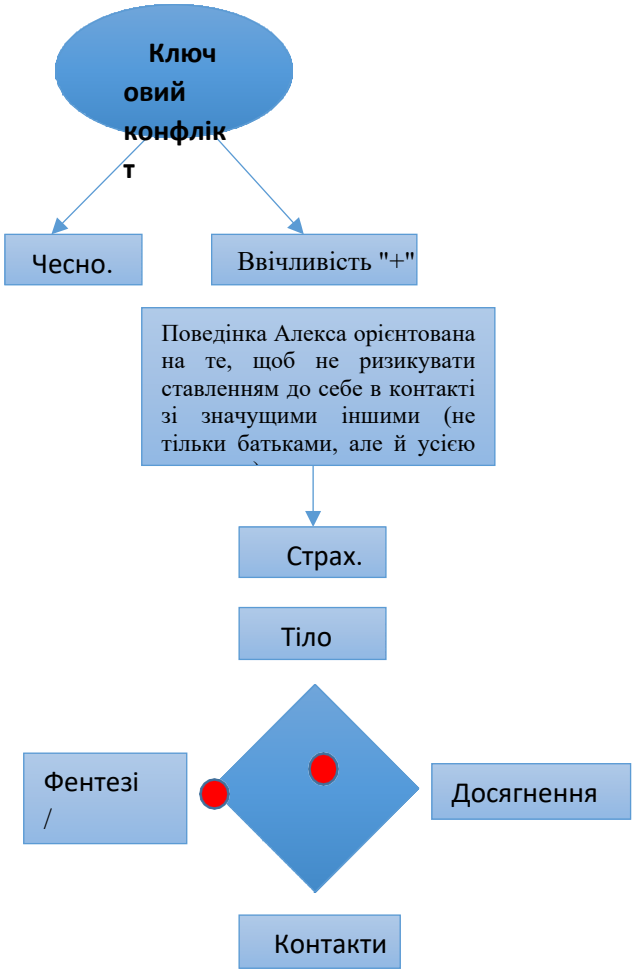


Рис. 1 Ключова модель конфлікту клієнта

Що я дізнався про нього - Стадія **інвентаризації**?

4.З дитинства брати займалися спортом, брат Алекса грає у футбол, а Алекс - у волейбол. Волейбол не був рішенням чи бажанням Алекса, це було рішення його батька. Алекс не хотів туди ходити, але він не міг сказати: "Ні" або "Я не хочу!".

5.Мати і батько (особливо батько) прийняли рішення, що Алекс повинен почати вчитися в школі з профільні спортивні секції. Це означає, що він повинен брати участь у змаганнях. Перед цими змаганнями він не спав всю ніч з болісними думками про невдачу. На спортивному майданчику він хвилювався, нервував і застигав від страху.

6. Після кількох невдач на змаганнях батьки вирішили, що успіху в спорті він не матиме, і без його згоди перевели до школи з профільними класами з біології та хімії (слова батька були: "Давай хоч лікарем станемо"). Він регулярно відвідує школу, готує уроки і домашні завдання, завжди думаючи про те, що не повинен ставити батьків у незручне становище.

7. За час свого дорослішання він засвоїв, що батьків треба слухати і що воля батька - закон. Він переконаний, що всі вони покладаються на нього (турецькі дідусь і бабуся вселяють йому, що первісток повинен взяти на себе надію всієї родини), і він повинен виправдати їхні очікування не тільки щодо успіхів у навчанні та слухняності, але й у всіх інших аспектах. Для такої сім'ї характерна важливість порядку, ввічливості та успіху. Що стосується релігії, то там увага приділяється послуху.

8. Потім були уроки математики, і Алекс подав заяву на вступ до Батьки знову обрали математичну гімназію.

9. З таким сімейним бекграундом він пережив багато розчарувань, пов'язаних з думкою, що його брат набагато більш улюблений (за його досвідом) і набагато успішніший, на думку родичів і кола знайомих. Він добре знає, що його брат, як "вільний птах", слідує своїм власним бажанням і намірам, в той час як він завжди поважає інших.

10. Про те, що його турбує, він ні з ким не ділиться. Досі ночами не може заснути і мучиться від думок про невдачу. Як юнак з високим інтелектуальним рівнем, він має здатність надмірно контролювати себе і поводитися переважно ввічливо, що допомагає йому стояти осторонь від хаотичних і безладних контактів з іншими (як це можуть робити деякі підлітки), він здається задоволеним собою, психічно врівноваженим і успішним. Це відбувається тому, що...

Як показав етап **ситуативного заохочення,**

11. Він людина розумна, слухняна, послідовна, прагне успіху за будь-яку ціну.

Він може впоратися з собою і своїми емоціями, "ковтаючи і проковтуючи" - фактично, він їх вимикає і мінімізує.

Етап **вербалізації**

Якимось чином зв'язок між тим, що я розповідав Алексу на початку, і його власною розповіддю про себе з'явився в його голові спонтанно. На початку наших зустрічей я говорив йому, що він має здатність помітним чином переключати увагу на щось всередині себе або на щось інше

навколо себе, і я сказав йому, що те, що не проявляється вдень, вночі виривається назовні з бурхливою силою. Це ті емоції, які він не дозволяє собі, бо не знає, як використати їх як силу.

Він відповів: "Я ніколи в житті не чув про себе стільки хороших слів". У своїй вербалізації Алекс сам представив наше терапевтичне завдання як свою власну проблему. Я зрозуміла, що Алекс не знає себе у світлі власних здібностей, а лише як "сяюче відбитим світлом" від здібностей інших.

У серії з 20 терапевтичних зустрічей ми пройшли через низку життєвих ситуацій і тем. Першою, важливою для мене як терапевта і для нього як пацієнта, було зрозуміти логіку появи агресивно заряджених думок, які він ввічливо проковтував. Цією темою ми займалися протягом 4 зустрічей.

У наступній групі сесій ми пройшли через боротьбу за зміни, де Алекс взяв на себе ініціативу, а я надавав психологічну підтримку. Досі наші завдання були усвідомленими - виробити нову поведінку, яка вимагає наполегливості (він вважає її сильною здатністю). Іншим завданням була відкритість у тому, щоб ділитися здібностями, які ми щойно розвинули в нашому контакті, і пізніше він у ввічливій формі доносив їх до своїх родичів.

Ми також розібралися з низкою життєвих непорозумінь:

13. Форма батьківської любові - впоратися з болісним переживанням, що його не люблять, бо він не відповідає їхнім очікуванням, що його все одно не помічають і тому краще бути "зігнутим за комп'ютером", "мовчазною буквою";

14. Що означає дотримуватися релігійних правил і яке місце займає віра? У чому сенс віри?

15. Що я втрачаю, а також що я отримую, коли поводжуся певним чином.

Наприклад: Коли я буду лише слухняною дитиною, правильною, уважною, поважатиму інших, звідки вони знатимуть, про що я думаю і як я переживаю речі по-іншому - це і є презентація сили негативних емоцій.

16. Що я даю собі, коли роблю щось для інших? Наприклад: Коли я поспішаю щось зробити, хоча насправді в цьому випадку ніхто від мене нічого не очікує. Але я думаю, що роблю це для інших, навіть не усвідомлюючи, що таким чином захищаю свою норму справедливості і своє бачення успіху.

Поступово з'явилися перші зміни в його поведінці:

17. Здатність відрізняти "чого хочуть інші" від "чого хочу я" в одній і тій же ситуації давала йому право вибирати, як діяти в цій ситуації.

18. Замість того, щоб намагатися реалізувати свою фантазію про "виграшну поведінку", він розвинув здатність виробляти емоційно вмотивовану, вільну поведінку.

19. Замість крайнього перфекціонізму, щоб просто бути прийнятим - він розширив свій спонтанний потенціал.

Задоволені досягнутим, ми завершили наш загін з наступним балансом:

Етап **розширення цілей**

Він розповів, що якщо раніше він хотів бути успішним у своїй діяльності лише для схвалення інших, то тепер для нього важливіше відчувати себе задоволеним. У цьому напрямку він зараз активний молодий чоловік, другий за вихованням, але емоційний за своєю природою, і вже знає, що робити зі своїм повсякденним життям без симптомів і почуття залежності від схвалення рідних. Великим випробуванням його досягнень стала участь в олімпіаді з біології, коли він відчув себе здивованим, спокійним і без симптомів, чого раніше ніколи не траплялося.

Чому я ділюся з вами цим кейсом?

Цей підліток перебуває на психологічній (і емоційній) стадії сепарації. На стадії, коли він активно намагається синтезувати свій досвід, щоб сформувати стійке почуття особистої ідентичності. Ерікссон підкреслює роль точного самопізнання і реалізму, але тут цей підліток відчував себе - і тому поводився, як у 3-4 роки, коли "битва йшла за автономію". Кожна мати знає, наскільки пластичною може бути дитина, якщо вона вирішить робити те, що від неї очікують інші, але неможливо змусити її робити тільки це.

Висновок

Наявність сильного зовнішнього контролю та надмірно жорстке і вторинне виховання позбавляє дитину можливості брати участь у навчанні контролювати і виражати себе за власним бажанням і вільним вибором. З'являється довготривала підозрілість і сором, що призводить до неминучого відчуття втрати самоповаги і відчуття батьківського надмірного контролю.

Посилання

[1] **БОНЧЕВА, І. [BONCHEVA, I.]** (2013). *Психологічна психотерапія* [Психологічна психотерапія]. "Славена", Варна. 228 с.

[2] **ЕРІКСОН, Е. [ERIKSON, E.]** (1996). *Ідентичність: Молодість і криза* [Ідентичність: молодь і криза]. С.: Наука і мистецтво. 340 с.

[3] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2016). *Позитивна психотерапія повсякденного життя: Посібник з самодопомоги для окремих осіб, пар та сімей з 250 історіями з практики,* Блумінгтон, США: AuthorHouse UK

[4] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2016). *Позитивна психосоматика: Клінічний посібник з позитивної психотерапії,* Блумінгтон, США:

AuthorHouse UK

[5] **ПЕСЕШКЯН, Н.** (2016). *Позитивна сімейна терапія: Посібник з позитивної психотерапії для терапевтів та сімей*, Блумінгтон, США: AuthorHouse UK

https://doi.org/10.52982/lkj143

ЗЦІЛЕННЯ І ДУХОВНІСТЬ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ВИПАДОК

Антонелла Матей
Майстер-тренер з PPT
Центр "Psi Positum" (Бухарест, Румунія)
Електронна пошта:
psiholog_positum@yahoo.com

Отримано 25.11.2020.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

Ця стаття є запрошенням до роздумів про те, як ми можемо впоратися з духовними, екзистенційними аспектами, описаними Носсратом Песешкіаном у його методі позитивної та транскультурної психотерапії. Екзистенційний аспект був проаналізований в процесі терапії і використаний як сильний ресурс. Відповідно до Рольової моделі та у зв'язку з Базовим конфліктом, автор розглядає стосунки пацієнта з Богом. Ресурсами, які пропонує релігія в психотерапії, можуть бути: надія, прийняття, сенс життя (корисний при депресії, смерті), молитва (яка зменшує тривогу), медитативні вправи та ритуали. Визначено, що там, де пацієнт стикається з екзистенційними проблемами, ресурси, які пропонує релігія, є незаперечними.

Ключові слова: Позитивна психотерапія, духовність, релігія, психічне здоров'я.

Вступ

Що стосується релігії, то батьки можуть стати моделлю/антимоделлю для своїх дітей. Отже, діти перейматимуть або відкидатимуть релігійні норми батьків та/або дотримуватимуться інших норм (первинне "ми"). Людина, з точки зору позитивної психотерапії, є доброю за своєю природою і складається з 4-х сфер: фізичної, психічної, соціальної та духовної. Для збереження здоров'я необхідний гармонійний розвиток усіх цих сфер. Ми повинні приділяти час і енергію в рівній мірі кожній стороні.

Там, де є віра, релігійні цінності можуть стати ресурсом у терапевтичному процесі.

Залежно від того, як інтеріоризується божественне: як добре, любляче, підтримуюче чи, навпаки, погане, авторитарне, засуджуюче - пацієнт буде орієнтований на використання, на отримання доступу до ресурсів чи на релігійне сприйняття. Як будуються стосунки з Богом, на основі любові чи страху?

Ресурси, які пропонує релігія в психотерапії, можуть бути такими: надія, прийняття, сенс життя, молитва, медитації та ритуали. Там, де пацієнт стикається з екзистенційними проблемами (хвороба/смерть, відсутність сенсу/порожнеча), ресурси, які пропонує релігія, є незаперечними.

На американських грошах надруковано "In God we trust". Схоже, що американці відчули потребу написати це на своїх грошах, щоб пам'ятати про те, що дає їм опору.

Методологія

За Носсратом Песешкіаном (Peseschkian, 1977), "довіра" - це здатність, яка розвивається в ранньому дитинстві в симбіотичних стосунках "Я-Ти". Духовна довіра, а також довіра до майбутнього і культури розвивається на основі моделі батьківського ставлення до світу, "Початкового Ми". Немовля вчиться приймати себе, будучи прийнятим і любимим у стосунках з батьками в першу чергу. Коли відбувається диференціація "Я" і "Ти", довіра і віра можуть бути розвинені в більш широких відносинах з іншими людьми, щоб сформувати "Ми", репрезентацію "Я" по відношенню до інших. "Здатність любити" (Peseschkian, 1977) являє собою здатність приймати себе та інших. Через розвиток здатності любити встановлюються зв'язки з іншими здібностями. Базова "здатність знати" означає диференціацію щодо соціальних норм. Ці дві базові здатності є фундаментом, на якому розвивається здатність до віри. Баланс між релігією і наукою багато в чому виражає дві основні здатності - пізнавати і любити. Наука означає

ISSN 2710-1460© WAPP Publishing

здатність до пізнання, а релігія - до здатності любити. Віра розвивається зі здатності любити і стає зрозумілою у своєму змісті завдяки здатності пізнавати. Носсрат Песешкян розглядає релігію як таку, що дає сенс, а віру - як таку, що шукає сенс (Peseschkian, 1985).

Як позитивний психотерапевт, я стикаюся з екзистенційними темами, такими як релігія, духовність, філософія життя. У своєму досвіді роботи я виявив, що для деяких пацієнтів це важливі ресурси, тоді як для інших вони можуть стати перешкодою або ускладнити їхнє життя. Принцип балансу допомагає мені розуміти і працювати з цим аспектом.

Так народилося питання: чим і як релігія, культура, філософія життя можуть допомогти у зціленні, або, навпаки, можуть посилити розлади. Як релігія може допомогти у зціленні, як саме вона підтримує зцілення? Або який аспект релігії може призвести до розладів?

Багато приказок і прислів'їв, що стосуються Бога, існують у кожній країні та культурі. Ось кілька прикладів: Бог допомагає тим, хто допомагає собі сам; Бог дає кожному пісню; Шляхи Господні несповідимі; Допоможи собі сам, щоб Бог допоміг тобі; Бог діє через нас, Бог бачить тебе; Бог з тобою, Бог скрізь; Боже, допоможи нам; Довірся Богу і прив'яжи свого верблюда; Він зловив Бога за ногу. Що насправді означають ці незліченні прислів'я, в тому числі і в терапії?

Для більшості наших клієнтів Бог все ще є частиною нашої культури, нашої традиції, нашого повсякденного життя. Іншими словами, віра є частиною нашого колективного несвідомого, яке живить наше свідоме життя. У будь-якій культурі релігійні вірування надихали систему освіти, мистецтво, літературу, існування самого людства. Релігія дає нам правила, які регулюють те, як ми живемо разом, і визначають позицію людини та її погляд на життя. Носсрат Песешкян у своїй книзі "У пошуках сенсу" (Peseschkian, 2016) розрізняє терміни "віра", "релігія" і "церква". Це допомагає в терапії прояснити і зрозуміти конкретний сенс для клієнтів. У слові "релігія", за його словами, зростає багато непорозумінь. Він має на увазі людську здатність знаходити сенс, тоді як релігія може дати сенс, а наука допомагає знайти цей сенс.

Бог по-різному сприймається в культурах, країнах, сім'ях і окремих людях, вважає Н. Песешкян. "Релігія - це як ліки, які діють відповідно до сутності людини. Коли хибно зрозуміла релігія призводить до порушення, фіксації, гальмування в розвитку, ригідності в інтелектуальних захистах, то це, мабуть, нонсенс. Фейєрбах назвав це патологією, а не теологією; Маркс і Енгельс говорили про релігію як про опіат мас, а Фройд карикатурно зобразили її як страхову компанію" (Peseschkian, 2016).

Теорія та духовне підґрунтя. Носсрат Песешкян описує науку і релігію як два крила, які людина може використовувати для прогресу. Неможливо літати лише з одним крилом. Якщо людина намагається летіти тільки на крилі релігії, вона потрапляє в догматизм, забобони. Якщо людина використовує лише крило науки, вона летить у відчаї матеріалізму.

Щоб бути корисними, релігія і психотерапія повинні бути в балансі. сказав Песешкян: Психотерапія допомагає нам жити; духовність відкриває здатність розуміти життя. "Мета ідеології концепції світу як релігії полягає у свідомому визнанні людських цінностей, мети і сенсу життя, в той час як точні науки шукають і знаходять пояснення закономірностям. Якщо релігія і наука справді мають на меті приносити користь людині, вони повинні бути взаємодоповнюючими і утворювати єдине ціле. Релігія не замінює психотерапію, а психотерапія не замінює релігію".

Таким чином, ми повертаємося до нашого питання: чим і як релігії, духовність можуть допомогти нам у нашій діяльності як терапевтів, у зціленні або навпаки, заплутати нас, зберігаючи порушення, дисбаланс.

Що ми точно знаємо як психотерапевти, так це те, що релігійні концепції або релігійні норми стають внутрішніми переконаннями. Як ми знаємо з позитивної психотерапії, через свої стосунки з релігією батьки можуть стати рольовими моделями або анти-рольовими моделями для своїх дітей. Таким чином, діти переймають або відкидають релігійні норми своїх батьків, зберігаючи їх, або дотримуючись інших, відкидаючи їх (Первинне Ми).

Людина, з точки зору позитивної психотерапії (згідно з принципом балансу), є доброю за своєю природою і складається з 4-х сфер: тілесної, психічної, соціальної та духовної. Для того, щоб зберегти здоров'я і сприяти гармонійному розвитку всіх сфер, ми повинні приділяти рівну кількість часу, уваги та енергії кожній частині. Тут добре подивитися, чи сфера релігії, філософії життя представлена надмірно чи недостатньо. Якщо сфера релігії, філософії життя перепредставлена або занадто розвинена, то виникає дисбаланс і інші сфери не охоплені. Якщо я цілими днями молюся і не працюю, то не маю чим себе утримувати, не маю чим себе забезпечувати, не маю чим жити. Якщо я не буду вкладати час і енергію у стосунки, у сферу контактів, я можу одного дня прокинутися на самоті, без підтримки з боку тих, хто мене оточує. Якщо я буду дивитися тільки на Бога і не дбати про своє тіло, я можу захворіти. Перепредставництво може стати більш гнучким у консультуванні та терапії.

Результати

Терапевтичне застосування. Відповідно до рольової моделі і пов'язаного з основним конфліктом, я можу подивитися на стосунки пацієнта з Богом. На чому ґрунтуються стосунки з Богом? Страх чи любов? Як пацієнт розвинув стосунки з Богом? Тут ми можемо дослідити, яким є уявлення пацієнта про Бога, чи бачить він його як друга чи ворога, люблю я його чи ні? Як я до нього ставлюся? І я намагаюся з'ясувати, хто з батьків мав такі ж стосунки з Богом. І те, що вони просили, чекали на пацієнта, щоб дати йому прийняття, любов.

Там, де є віра, релігія може стати ресурсом у психотерапевтичному процесі. Ресурсами, які пропонує релігія в психотерапії, можуть бути: надія, прийняття, сенс життя (корисний при депресії, смерті), молитва (яка зменшує тривогу), медитативні вправи і ритуали. Очевидно, що коли пацієнт стикається з екзистенційними проблемами, ресурси, які пропонує релігія, є незаперечними.

Презентація кейсу

Овідіу (ім'я змінено) з'являється в офісі помітно напруженим і змученим. Проблема, з якою він стикається, стосується його подружніх стосунків. Він одружений вже 17 років. Відносини почалися з поваги і вдячності, без любові або прихильності з боку пацієнта.

Наразі стосунки з дружиною дуже погіршилися. У цьому контексті він закохується в колегу по роботі. У нього розвиваються романтичні стосунки з нею, але вони залишаються на платонічному рівні, тому що він вважає гріхом мати секс поза шлюбом. Почуття провини дуже високе і розвинене також через його католицизм. Він також демонструє акцент на представленні вторинних здібностей. Вторинні здібності і сильна прихильність до норм католицької церкви призводять до наявності сильно представленого супер-его. Це велика представленість в релігійній сфері одночасно з сильним бажанням, через страх поважати правила, накладені церквою, підкорятися їм, як він це робив у відносинах з батьком. Послух представлений по максимуму. Тут і з'являється основний конфлікт: я слухаюся батька, я його боюся, я роблю тільки те, що мені дозволено. Те, що зараз переноситься в актуальний конфлікт, я підкоряюся церкві і роблю тільки те, що мені дозволяє церква і її норми. Інакше я буду покараний і вічно горітиму в пеклі. Бог (батько в минулому) не пробачить мені, і я буду вічно покараний.

Він пояснив мені, що в католицькій релігії розлучення не прийняті, і якщо ти розлучаєшся, то потрапляєш у пекло.

Стосунки з дружиною дуже неблагополучні, часто призводять до фізичного насильства з обох сторін, яке припинилося лише завдяки втручанню поліції. "Пекло на землі", з моєї точки зору. Над ним домінує дружина, він підкоряється їй

© WAPP Publishing

Він також відчуває провину перед нею, тому що в минулому батько дружини допоміг йому здобути вищу освіту. Завдяки цьому навчанню він зараз має хорошу роботу. Він день і ніч молиться Богу, щоб його дружина пішла від нього, бо це єдиний спосіб для нього звільнитися і зняти з себе провину перед Богом.

Так виглядало його життя, коли він прийшов на терапію.

Домінуючою емоцією є страх, втілений в теперішньому часі в страх перед Богом (в минулому - страх перед батьком). Психодинамічно на рівні базового конфлікту ми бачимо бурхливі та насильницькі стосунки з батьком, з багатьма вимогами, орієнтованими на вторинні здібності (слухняність, пунктуальність, серйозність). Стосунки з матір'ю також характеризувалися вимогами, орієнтованими на вторинні здібності, але без агресії (слухняність, серйозність).

Повністю позбавлений любові, підтримки, прийняття, він йде до католицької церкви, де відчуває божественну любов, прийняття, на яке реагує несвідомо, пропонуючи сліпий послух, якого вимагав його батько в минулому.

У терапії ми багато працювали над цим розрізненням між батьком і Богом і над тим, як ці два відносини перетинаються (підпорядкування батькові / підпорядкування Богові, релігії; страх перед батьком / страх перед Богом). Також ми працювали над розрізненням між Богом та церковними інституціями.

За відсутності позитивних уявлень, стосунки з релігією, з релігійними нормами, які були засвоєні, стосунки з Богом значно ускладнюються. Він, приймає себе, тільки тоді, коли слідує релігійним нормам.

Його фактичний конфлікт полягав у наступному: "Я не розлучаюся, бо буду покараний назавжди і горітиму в пеклі". У цьому моменті, усвідомлюючи, що поруч з духовною проблемою лежить також його здатність приймати рішення, зволікання, я сказав йому, що він також може проконсультуватися з католицьким священиком, щоб стати на шлях анулювання шлюбу.

Ми працювали також над ключовим конфліктом, щоб він був менш ввічливим з дружиною і був більш чесним з нею, і він зміг вербалізувати це в процесі терапії. У терапії він зміг вербалізувати актуальний конфлікт: якщо я не підкорюся Богу, то він більше не буде мене любити і спасати. А також базовий конфлікт: якщо я не буду слухатися батька, він буде мене карати і бити.

Я працював з транскультурною моделлю інших релігій, де чоловік може мати кілька дружин, як в ісламі. Він вербалізував, що його думки могли б бути іншими, якби він мав іншу релігію. Іноді я використовував гумор, з роздумами на кшталт: "Ти більший католик, ніж Папа Римський", і він міг це висміяти.

Нарешті він знайшов у собі сили з'їхати з будинку, де жив з дружиною, але без офіційного розлучення.

© WAPP Publishing

Він жив сам і продовжував стосунки зі своєю дівчиною.

Його остаточним рішенням було все ж таки уникнути конфронтації з дружиною (уникнення є одним з часто використовуваних захисних механізмів) і поїхати на рік у закордонне відрядження.

До того часу він залишить рішення в руках Божих, і, можливо, хто знає, до його повернення дружина знайде собі когось іншого.

Висновок

Як люди, ми потребуємо духовної орієнтації, цінностей, філософії життя для гармонійного досвіду та збалансованого психічного здоров'я, а також повинні усвідомлювати власну духовну модель як терапевти. У позитивній психотерапії цей екзистенційний аспект аналізується в процесі терапії, а також використовується як потужний ресурс.

Представлений випадок був одним з тих, в якому не було достатньо часу, щоб знайти остаточне рішення. Пацієнт "змушений" був припинити терапію, тому що він мав розпочати місію служіння за межами країни.

Ми можемо зцілювати лише у взаємодії з нашими клієнтами, з їхньою готовністю та відвагою працювати зі своїм потенціалом. Іноді ми можемо скеровувати пацієнтів також до священика, коли такий підхід є необхідним.

Як сказав Н. Песечкян: "Релігія не замінює психотерапію, а психотерапія не замінює релігію". Як психотерапевти, ми можемо співпрацювати з лікарями, соціальними працівниками, а іноді і зі священиками, враховуючи, що людина складається з 4-х сфер: тілесної, психічної, соціальної та духовної.

Посилання

[1] **ОКОРО, Я.** (2019). Духовність. Презентація на 7-му конгресі "Слово" з позитивної та транскультурної психотерапії (Анталія, Туреччина). Отримано з: https://www.positum.org/files/spirituality.pdf

[2] **PESESCHKIAN, N.** (1977). Позитивна психотерапія: Теорія та практика нового методу. Франкфурт-на-Майні: Fischer.

[3] **ПЕСЕЧКЯН, Н. (**2016). *У пошуках сенсу: Позитивна психотерапія крок за кроком.* Блумінгтон, США: AuthorHouse UK

 © WAPP Publishing

Том 1. Номер 1. Січень 2021 року
https://doi.org/10.52982/lkj144

ЗДОРОВ'Я - ХВОРОБА З ТОЧКИ ЗОРУ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Гюнтер Хюбнер
PhD, майстер-тренер з ППТ, приватна практика в Хофгаймі (Німеччина)
Електронна пошта:
gunther.huebner@positive-konfliktberatung.de

Отримано 15.11.2020.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

Здоров'я і хворобу слід розуміти як дві сторони однієї медалі. Людина не є ані здоровою, ані хворою, а радше перебуває в постійному пошуку балансу, і лише тоді можна говорити про наближення до здоров'я. У цьому контексті симптоми набувають інформативного характеру і вказують на бажання (потреби), які не були задоволені.

Ключові слова: здоров'я, хвороба, рівновага, позитивна психотерапія, потреби

За 20 років життя людина страждає в середньому від 20 небезпечних для життя, 20 серйозних і двохсот хвороб середньої тяжкості.

Стефан Хайм

Вступ

Глядачі та слон

Вночі до темної кімнати на виставку привели слона. Люди стікалися натовпами. Оскільки було темно, відвідувачі не могли розгледіти слона, тому намагалися вловити його форму на дотик. Оскільки слон був великий, кожен відвідувач міг схопити лише частину тварини і описати її відповідно до своїх тактильних відчуттів. Один з відвідувачів, який схопив одну з ніг слона, пояснив, що слон схожий на міцний стовп; другий, торкнувшись бивнів, описав слона як загострений предмет; третій, взявши тварину за вухо, сказав, що воно схоже на віяло; четвертий, погладивши слона по спині, стверджував, що слон прямий і плоский, як диван. (Peseschkian 2016)

Ми повинні запитати себе: що таке здоров'я? У наведеній вище історії ми дізнаємося, що кожна людина може відкрити і описати лише частину тварини за допомогою своїх тактильних знахідок, але вона бачить лише частину цілого за один раз. Висновки, зроблені з цього, спотворюють погляд на реальність або, інакше кажучи слова, ми відчуваємо реальність, яку суб'єктивно викривлюємо. Так само цю історію можна розуміти як синонімічний приклад, коли ми запитуємо про розуміння здоров'я і хвороби. Кожен з нас відчуває прояв симптомів хвороби, але зрозуміти їх можна лише як частину цілого.

Оскільки люди в цілому постійно перебувають під загрозою хвороби впродовж свого життя, ця боротьба з хворобою вимагає мобілізації величезної енергії і виправдовує високі витрати, не прояснюючи остаточно питання про те, що таке здоров'я. Оскільки здоров'я не може бути достатньою мірою визначене відсутністю хвороби, необхідна цілісна концепція в сенсі філософії здоров'я. Отже, здоров'я не може бути відсутністю окремих аспектів хвороби. Як наслідок, симптом не може бути визначений лише в контексті хвороби, оскільки непояснена або відсутня роль здоров'я (як і протилежна) ще не отримала задовільного пояснення.

Методологія

Вимоги до розуміння здоров'я

Ми пізнаємо здоров'я, як тільки нам його бракує. (Ендрю Вайль). Спроба визначити здоров'я як "не хворіти" виражає таку ж безпорадність, як спроба оголосити мир як "не воювати". Таке незадовільне визначення здоров'я ґрунтується на багатовимірній проблемі: людину просять

усвідомити межі власної індивідуальної, інтерактивної, інституційної та ідеологічної референції, оскільки між здоров'ям і хворобою, з одного боку, та соціальним середовищем, з іншого (транскультурна референція), існує взаємозалежність, оскільки кожне визначення здоров'я або хвороби набуває іншого значення в межах відповідного рівня. Рішення про те, коли має місце "розлад", який відповідає умовам хвороби, а коли людина має достатньо патологічних компонентів, залежить від визначення здоров'я та розуміння хвороби.

Рис. 1. Чотири якості життя = здоров'я

Ще однією складністю у визначенні здоров'я є переконання та світогляд людей, які приймають рішення щодо нього. Як і здоров'я, хворобу (симптоми) слід розуміти як атрибуцію інтерпретації, в якій переконання і світогляд виражаються і конструюються як діагностичне визначення.

Медичне розуміння соматогенних захворювань докорінно змінилося з розвитком "психосоматики". Теоретико-методологічна пояснювальна концепція психосоматики має психоаналітичне та глибинно-психологічне походження, а отже, є сферою індивідуально-інтеракціоністського рівня. З цих рівнів психопатологічні підходи відіграли головну роль у теоретичних і методологічних пояснювальних концепціях психосоматики.

Результати

З'явилися нові пояснювальні та лікувальні підходи з різним розумінням теорії та методів (насамперед системний і транскультурний підходи). Незважаючи на те, що

Попри всю різноманітність теоретичних і методологічних підходів, для багатьох клінічних картин можна знайти спільні риси. Хвороби, розлади і проблеми все частіше отримують приховане або несвідоме повідомлення з інформаційним змістом. Завдяки інтерпретації цих хвороб або розладів вони стають предметом комунікації і, таким чином, "осмисленими", "усвідомленими" і такими, що піддаються лікуванню. Загалом, у класифікації психосоматичних процесів існує тенденція відмежовувати їх від соматичних процесів (хвороб) або обґрунтовувати їх на основі диференціальної діагностики (див., наприклад, кодування "МКХ 10"). Такий поділ на соматичні та психосоматичні захворювання передбачає, що не кожна хвороба/симптом корелює з глибшою людською проблемою, а отже, не кожна форма хвороби має "інформаційний зміст".

Також загалом немає наукової згоди щодо того, що всі симптоми мають психологічну кореляцію з психосоціальними факторами. Там, де хворобам і симптомам приписують зв'язок, який суперечить розумінню "традиційної медицини", виникає загроза зневажливої назви "психологізація", що означає непотрібне ускладнення. Будь-який метод, який прагне інтерпретувати симптоми психологічно і змістовно і бачить в них невирішену психологічну проблему, але чий пояснювальний підхід знаходиться за межами визнаної "номенклатури", не уникне необхідності надавати докази релевантності висунутих постулатів.

Зцілення або усунення симптомів не є достатнім науковим обґрунтуванням, оскільки так звані "спонтанні зцілення" або "ефект плацебо" звертають увагу на те, що існують інші активні фактори, які або вимагають нового пояснення, або є проявами, що виходять за межі "пояснюваного" в даний час (Ясперс 1913).

Розділення соматичних і психічних захворювань без урахування взаємодій (взаємозалежності) таїть у собі ризик встановлення очевидного причинно-наслідкового зв'язку між причиною і наслідком, внаслідок чого суттєві аспекти цілісності (реальності) виключаються або заперечуються. У традиційних патогенетичних поясненнях хвороби можна побачити редукціоністське мислення. Залишається точний діагноз і розгляд симптомів з етіологічної точки зору (наприклад, бактеріальна інвазія як причина фізичних симптомів), не звертаючи уваги на узгодженість цілого. Недостатньо враховуються зв'язки між симптомами і появою хвороби, а також взаємодія ознак хвороби з соціальними та комунікативними умовами.

Саймон (1995) пояснює цю ідею наступним чином: "Якщо хвороба розглядається як зміна у фізичному просторі, це не означає, що її глибинне пояснення, тобто механізм, який її породжує, локалізований у тілі. Процеси, що відбуваються в організмі, які пояснюють формування симптомів, у свою чергу вимагають пояснення, яке вписується в логіку застосовуваного повсякденного світогляду".

Соматична медицина також інтерпретує причини хвороби у зв'язку з симптомами, і певні симптоми пов'язуються з певними причинами, наприклад, інфекційні захворювання передбачають наявність вірусів або бактерій. Також беззаперечним є те, що ослаблення імунної системи постулюється на початку захворювання.

Однак хвороба людини рідко пов'язана зі структурою її особистості, її соціальною роллю та реальністю (макро- та мезосистемами). Як відомо, людина постійно стикається з бактеріями, не обов'язково реагуючи на них явною хворобою.

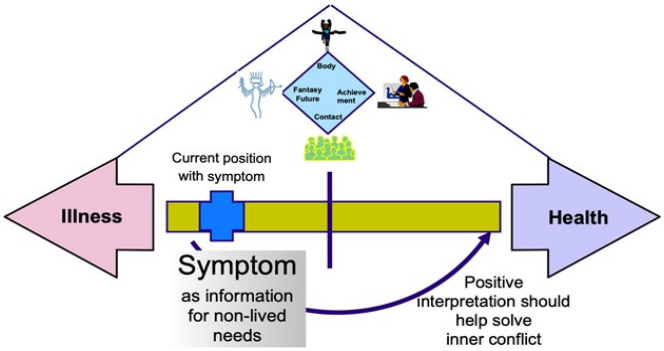


Рис. 2. Хвороба - здоров'я в балансі (авторська розробка)

Тому проблему здоров'я/хвороби нелегко пояснити з точки зору причинно-наслідкового принципу. З одного боку, постає питання, коли і чому з'являються симптоми і яке значення хвороби можна їм приписати, а з іншого боку, які умови/фактори людина приносить з собою, щоб хвороба (наприклад, вигорання) могла проявитися.

Якщо "органічна медицина" не може визначити жодних органічних знахідок з визначеним симптомом, стан є незадовільним не тільки для лікаря, але й для пацієнта. Тоді органічна медицина демонструє тенденцію переносити причини в уявний простір, де немає "діагнозу" (Simon 1995), який не можна пояснити, але який, тим не менш, з'являється через його ефекти. Прийняття уявного простору відповідає припущенню, що задіяні "якісь" механізми, які ще не пояснені (не досліджені, не знайдені тощо), але мають існувати. Це перетворює нестерпний стан "незнання" на зрозумілу для лікаря/психолога/науковця концепцію, навіть якщо причини явищ перебувають поза межами комунікації.

Уява пацієнта може тому займати багато місця, що він насправді не хворий (лише симулює) або покараний за соціально девіантну поведінку. Іншими словами, пацієнт інтерпретує свої симптоми відповідно до своїх індивідуальних пояснень, оскільки так чи інакше, у свій суб'єктивний спосіб намагається узгодити спостережувані симптоми і явища зі своїм розумінням реальності (концепцією).

Саймон пояснює (1995): "При поясненні, з точки зору зовнішнього, об'єктивного спостерігача, конструюється механізм, що породжує явище, яке пояснюється. З іншого боку, при розумінні спостерігач використовує подібність між собою і спостережуваною системою (людиною, котом, богом, машиною ...); він ідентифікується з ним, входить, так би мовити, у внутрішню перспективу суб'єкта, який перебуває в певному комунікативному контексті, щоб (пере)сконструювати його почуття, мислення і дію в її смисловому значенні... Неспостережувана сфера, в якій пояснення симптомів хвороби, що підлягає локалізації, моделюється за зразком нормальної людської комунікації. Існують певні соціальні правила хорошої поведінки, дотримання яких співвідноситься з благополуччям. І, навпаки, робиться висновок, що втрата благополуччя є свідченням відсутності гарної поведінки".

Розуміння симптомів, навіть якщо їх пояснювальні підходи не знаходяться в межах помітної і зрозумілої ("неспостережуваної", Simon 1995) області, оскільки вони вислизають від зрозумілого спостереження і традиційної категоризації, тим не менш, розглядаються як "джерело інформації". Суб'єктивні переживання та інтуїції формують суб'єктивне знання, яке разом з індивідуальним профілем особистості відкриває власні "чуттєві провінції" (Berger / Luckmann 1969) та "кластери реальності" (Müller 1991).

З цього можна зробити висновок, що симптоми слід розуміти як повідомлення і їм надається суб'єктивне значення як на внутрішньому, так і на міжособистісному рівні. Цей суб'єктивний і колективний процес інтерпретації надає значення симптомам, що робить їх доступними для комунікативного розуміння. Посилання на об'єктивну реальність відіграє незначну роль.

Симптоми стають повідомленнями і можуть впливати на подальші кроки, наприклад Болю надається значення, яке не інтерпретує його як ворожий і спрямований проти людини, отже, з ним не потрібно боротися. У цьому контексті вигоранню можна надати інформацію або повідомлення, яке має значення в контексті здоров'я і цілісності, наприклад, вказати на дефіцит, який переповнює людину в певних ситуаціях. Якщо не вжити контрзаходів або не зробити правильних висновків, існує ризик виникнення розладу, симптому або хвороби.

Такий процес привертає увагу до загального явища. Можна говорити про конструювання реальності індивідом, який комунікує і пояснює зовнішньому світу своє суб'єктивне розуміння (приписування значення) своєї реальності за допомогою інтерпретації симптому.

Якщо інтерпретація симптомів ґрунтується на суб'єктивному розумінні, одночасно постає питання про контекст, в якому розвивається суб'єктивне розуміння. Для цього Песешкян (2016) використовує терміни "значення" і "знаходження значення", до яких він відносить

сферу релігії (значення) та науки (віднайдення значення). Таке використання термінів Песешкяна (2016) передбачає взаємодію різних сфер, які, однак, формують тло для суб'єктивного розуміння і можуть бути знайдені в кожній атрибуції.

Якщо припустити, що значення симптомів і подій є суб'єктивною конструкцією, то визнається, що людина має свої імпліцитні накази, ідеї, норми і цінності, які вона передає зовнішньому світу в суб'єктивний спосіб.

Гіпотетично, таким чином можна використовувати два джерела інформації:

a) інтерпретація симптому робить прозорим конструювання реальності відповідної особи або спостерігача, і в той же час стає зрозумілим, яке значення має симптом для відповідної особи та спостерігача.

b) Інтерпретація розкриває суб'єктивну і ситуативну реальність очікувань, яка визначає подальші дії індивіда і його навчальний досвід для нових ситуацій.

Здоров'я як розуміння цілісності

У цьому розділі розглядається базове розуміння здоров'я, на яке впливає певна ідея цілісності, що має дозволити людині інтегрувати свої симптоми в повсякденне життя. У подальшому викладі цієї глави цю модель, а також використання терміну "цілісність" необхідно буде пояснити більш детально, оскільки він означає, що здоров'я є синонімом поняття "бути здоровим".

Heil походить з середньоверхньонімецької мови і має наступне значення згідно з тлумачним словником Дудена (Duden's dictionary of origin 1963):

Удача"; (щасливий збіг обставин; здоров'я; зцілення, порятунок, допомога ... Під впливом християнства слово спасіння також набуло значення "відкуплення від гріхів і дарування вічного блаженства"...

Використання понять "цілісність" і "зцілення" означає баланс, який є не статичним, а динамічним, і баланс якого створює стан, який можна перекласти як здоров'я. Як наслідок, хвороба - це стан, який демонструє "втрату" або "брак" цілісності (відповідно до значення: безнадійний = "без удачі, добробуту або здоров'я, отже, нещасний; огидний, злий"; там само).

Ми знаходимо сенс спасіння як у медицині, так і в релігії (святому). Спільним для обох є розуміння свідомості єдності як подолання розщеплення або фрагментарної перспективи. Це також означає навчитися інтегрувати те, що існує за межами суб'єктивної реальності або було придушено за межами цієї суб'єктивної реальності.

Хвороба і здоров'я - це не просто фізичні стани, які рано чи пізно будуть повністю проаналізовані і зрозумілі за допомогою методів науки. Вони закорінені в найглибших і найзагадковіших шарах буття... Ідея про те, що людина повинна прийняти і включити в себе темну сторону Існування, навіть хвороба і смерть, якщо хтось хоче досягти цілісності та досконалості, - це вражаючий хід думок, який знайшов своє відображення в численних системах практичної магії та езотеричної філософії. (Вайль, 1997)

Отже, здоров'я може також включати в себе хворобу, якщо хворобу розуміти як явище, яке показує, що необхідні для цілісності аспекти відсутні, і, отже, здоров'я ще не досягнуто.

Якщо виходити з цієї концепції здоров'я в цілому, то усунення симптому не означає вилікування, оскільки виліковуються лише симптоми, тобто лікується хвороба.

Тому зцілення здебільшого розглядається як усунення причин хвороби, а не як створення умов для здоров'я. (Саймон, 1995)

Для того, щоб прояснити зміст і форму, слід скористатися поясненням Детлефсена і Дальке (Detlefsen and Dahlke, 1990), щоб розрізнити симптоми, хворобу і здоров'я. Детлефсен і Дальке використовують малюнок, в якому порівнюють тіло / організм людини зі сценою (формою), на якій розігрується трагедія. Хоча трагедія розігрується на сцені, сцена не може бути трагічною, трагічною може бути лише п'єса (зміст). Але твір (зміст) з'являється на сцені (форма), в межах сцен, за допомогою костюмів, музики, акторів тощо. Це лише формальні аспекти, які щось виражають, але не сам зміст.

Капра (1983) намагається сформулювати здоров'я приблизно так: "Здоров'я - це суб'єктивний досвід, якість якого можна інтуїтивно відчути, але ніколи не можна вичерпно описати чи кількісно виміряти". Але, можливо, ми можемо почати наше визначення з того, що здоров'я - це стан благополуччя, який виникає, коли організм функціонує певним чином. Опис цього типу функціонування буде залежати від того, як ми описуємо організм і його взаємодію з навколишнім середовищем... Отже, термін "здоров'я" і пов'язаний з ним термін "хвороба" не відносяться до точно визначених одиниць, а є невід'ємною частиною обмежених і приблизних моделей, які відображають взаємозв'язок між кількома аспектами складного і плинного явища життя.

Після того, як ми визнали відносність і суб'єктивний характер терміну "здоров'я", стає зрозумілим, що досвід здоров'я і хвороби перебуває під сильним впливом культурного контексту, в якому вони виникають... Крім того, культурний контекст також впливає на те, як люди поводяться, коли вони хворіють.

У розумінні Капри, здоров'я є вираженням множинної взаємодії індивіда з його соціальною реальністю (макро- і мезосистемами) і породжуючими її механізмами, а також його суб'єктивного погляду.

У цьому сенсі здоров'я розуміється за допомогою моделі балансу Пешешкіана як єдине ціле, в якому складні і різнорідні змісти і очікування повинні бути інтегровані в залежності від багатовимірних реалій.

з метою надання індивідуальних задовільних відповідей на різноманітні вимоги, умови та ситуації.

Модель рівноваги Пешечкіна - це метафора цілісності та здоров'я. Таким чином, складні взаємозв'язки, такі як здоров'я, стають доступними візуально та інтуїтивно, що недостатньо задовільно за допомогою однієї лише комунікації. Водночас ця модель залишається неоднозначною і, тим не менш, може узагальнювати різні та складні сфери з точки зору подібності.

Щоб бути здоровою, людині потрібна гнучкість і готовність щось активно робити. Їй потрібні знання про можливість формувати та приймати рішення. Чим динамічніше людина навчилася використовувати і розвивати свою енергію в межах чотирьох сфер моделі балансу, тим більшою є її гнучкість та альтернативи реагування на проблеми і нові виклики. В результаті цього динамічного балансування Пешечкян розглядає здоров'я як суб'єктивне відчуття благополуччя, яке дає людині можливість відчути свої фізичні (тіло), психологічні (продуктивність, контакт) та інтелектуальні (уява/майбутнє) здібності, які позитивно взаємодіють з природним (тварини, рослини тощо) та соціальним середовищем (контакт). Це дозволить людині сприймати фази кризи як природні життєві інтервали - як долину між двома горами. Peseschkian (2016) припускає, що здатність людей допомагати собі з більшою ймовірністю можна очікувати, коли люди знають, як використовувати свою енергію і задовольняти свої потреби.

У цьому контексті модель балансу може допомогти людям зорієнтуватися і отримати компас здоров'я для організації самодопомоги.

Висновок

Здоров'я можна розуміти як суб'єктивний конструкт, який формується в процесі соціалізації. Крім того, культурні звички вдосконалюють розвиток особистості. Це призводить до самоочевидного погляду на себе. Але насправді лише звички, засновані на відносних повтореннях у культурно-соціально-індивідуальному життєвому просторі, стають своєрідним суворим законом щодо того, як я розумію, що я маю робити і чого не маю робити, щоб бути собою. Цей процес відбувається значною мірою несвідомо, в сенсі звички.

Розуміння здоров'я і хвороби також формується під впливом індивідуального конструювання реальності. Цей розвиток стає проблематичним, коли людина розуміє звички як єдиний спосіб бути собою, навіть всупереч своїм емоціям і потребам, просто тому, що вона вважає, що так має бути. Як наслідок, людина зменшує свій творчий процес мислення про нові можливості, які досі ще існували поза її власною реальністю, але досі вважалися такими, що не допускаються моїм уявленням про себе.

Якщо, однак, бажання і потреби не можуть бути узгоджені з творчими можливостями, з'являються симптоми, з одного боку,

вираження не прожитих потреб, а з іншого боку - інформація про брак креативності, недостатнє використання нових можливостей. Результатом є несвідоме самозменшення можливостей залишатися у звичках, які не узгоджують потреби особистості.

Отже, розуміння моделі балансу в позитивній психотерапії - це також запрошення мислити "за межами" попередньої реальності і прохання узгодити свої потреби з собою, з чого опосередковано випливає здоров'я і задоволеність життям.

Посилання

[1] **АНТОНОВСЬКИЙ, А.** (1979). *Здоров'я, стрес і подолання: [Нові погляди на психічне та фізичне благополуччя]*. Сан-Франциско, Каліфорнія: Jossey-Bass.

[2] **АНТОНОВСЬКИЙ, А.** (1984). *Почуття узгодженості як детермінанта здоров'я. In: Matarazzo, J.D. e.a.: Поведінкове здоров'я: Посібник зі зміцнення здоров'я та профілактики захворювань.* Нью-Йорк, с. 114-129.

[3] **АНТОНОВСЬКИЙ, А.** (1993). *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung* [Дослідження здоров'я проти дослідження хвороб]. In: Franke, A. / Broda, M. (Hg.): Psychosomatische Gesundheit. Спроба відходу від патогенетичної концепції. Tübingen. S. 3-14.

[4] **БЕККЕР, П.** (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle* [Психічне здоров'я та контроль поведінки]. Вальстедт: Хогрефе.

[5] **БЕРГЕР, ПІТЕР Л., І ЛАКМАНН, Т.** (1963). "*Соціологія релігії та соціологія знання". В Соціологія і релігія*: Книга для читання, за редакцією Нормана Бірнбаума та Гертруди Ленцер, 410-418. Скелі Енглвуд: Prentice-Hall.

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

[7] **ДАМАЗІО, А. Р.** (2000). *Відчуття того, що відбувається - Тіло та емоції у творенні свідомості.* Нью-Йорк: Mariner Books.

[8] **ДЕНЕКЕ, Ф.-В.** (2001). *Psychische Struktur und Gehirn - Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten* [Психічна структура і мозок - The Verlag. 286 s.

[9] **ДЕТЛЕФСЕН, Т., ДАЛЬКЕ, Р.** (1990). *Цілюща сила хвороби: Значення симптомів і як їх інтерпретувати*. 288 p.

[10] **DÖNER K., PLOG U., BOCK, T., BRIEGER, P., HEINZ, A., WENDT F**. (2017). *Irren ist menschlich: Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie* [Помилятися по-людськи: Підручник з психіатрії та психотерапії]. Psychiatrie Verlag, Köln 1978, 1984, 2002, 2017.

[11] **ЯСПЕРС, К.** (1913). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen.* [Загальна психопатологія. Посібник для студентів, лікарів та психологів.] Berlin: J. Springer. 338 s.

[12] **ЙОРК, К., / ПЕСЕШКЯН, Н.** (2006). *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden - gesund bleiben* [Салютогенез і позитивна психотерапія. Стати здоровим - залишатися здоровим]. Берн: Hogrefe AG; 2., aktualisierte und ergänzte Edition. 297 s.

[13] **КРАУЗЕ, Р.** (1992). *Психодинаміка* емоційних розладів - *психоаналітична перспектива* [*Psychodynamik der Emotionsstörungen - eine psychoanalytische Perspektive* - Психоаналітична перспектива]. Штутгарт: Кольгамер. 276 s.

[14] **ПЕСЕШКЯН, Н., ТЕММЕРС, Р.** (2020). *Позитивна психотерапія: Вступ*. В кн: Messiac E., Песешкян Х., Каганде К. (ред.) Позитивна психіатрія, психотерапія та психологія. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2.

[15] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2016). *У пошуках сенсу: Позитивна психотерапія крок за кроком,* Блумінгтон, США: AuthorHouse UK.

[16] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2016). *Позитивна психосоматика: Клінічний посібник з позитивної психотерапії,* Блумінгтон, США: AuthorHouse *UK*

[17] **ПЕСЕЧКЯН, Н.** (2016). *Східні історії як техніка в позитивній психотерапії*, Блумінгтон, США: AuthorHouse UK

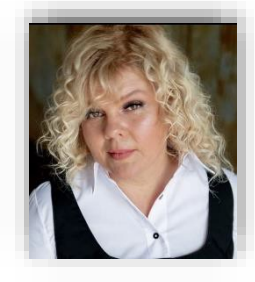
[18] **САЙМОН, Х. А.** (1995). Раціональність у політичній поведінці. *Політична психологія 16 (1). стор. 45-61.* DOI: 10.2307/3791449.

[19] **ОКСФОРД-ДУДЕНСЬКИЙ НІМЕЦЬКИЙ СЛОВНИК**: німецько-англійський, англо-німецький (1963) за редакцією Дуденредакції та Німецької секції Словникового відділу Оксфордського університету; головні редактори,
W. Шольце-Штубенрехт, Д.Б. Сайкс; Оксфорд: Clarendon Press; Нью-Йорк: Видавництво Оксфордського університету.

[20] **WATZLAWICK, P.** (2005). *Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn, Täuschung, Verstehen* [Наскільки реальною є дійсність?: Омана, обман, розуміння]. Piper Taschenbuch; 19. Видання. 256 s.

[21] **ВАЙЛЬ А.** (1991). *Здоровий спосіб життя (Запитайте доктора Вайля)*: Ivy Books; 1-е вид. 85 с.

СУЇЦИДАЛЬНІ СТАНИ ОСОБИСТОСТІ: ДОСЛІДЖЕННЯ ТА НАУКОВА ПЕРСПЕКТИВА



Оксана Кованда
PhD, приватна практика (Одеса, Україна), основний консультант ППП
Електронна пошта:
neiro.psicho.game@gmail.com

Отримано 16.11.2020.
Прийнято до друку 25.01.2021.
Опублікована 01.02.2021.

Анотація

Стаття написана за матеріалами дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук (PhD), на основі рукописного матеріалу. Тема дисертації - "Соціально-психологічна корекція суїцидальних станів у осіб зрілого віку". Проведено теоретико-методологічний аналіз підходів до проблеми суїцидальних станів у дорослих людей у сучасному науковому середовищі. Обґрунтовано, що суїцидальний стан - це тимчасова, ситуативна або внутрішньо обумовлена дезінтеграція особистості, яка виникає при усвідомленні неможливості подолання перешкод у досягненні життєво важливих цілей за допомогою способів, сформованих на основі попереднього життєвого досвіду. Показово, що суїцидальний стан може проявлятися ознаками зниження та негнучкості соціальної інтеграції, що призводить до порушень у міжособистісній, соціальній та професійній сферах особистості. Проведений аналіз дозволив виявити характерні риси суїцидальних станів на сучасному етапі розвитку соціально-економічних відносин та визначити характерні ознаки таких станів, що свідчать про суїцидальні наміри. Важливим моментом є те, що для визначення реального суїцидального ризику у дорослих необхідно враховувати не тільки фактори, які сприяють суїциду, але й предиктори, які стримують суїцидальні стани та виступають захисними факторами від суїциду.

На основі проведеного дослідження в дисертаційному матеріалі відзначається зв'язок актуальних здібностей особистості та способів опрацювання конфлікту, що може призвести до формування та прояву поведінкових реакцій, внаслідок яких можуть настати незворотні наслідки у вигляді суїциду. Як наслідок, у статті аналізується тема реальних можливостей людини, які допомагають впоратися з гнітючою ситуацією, що здається нерозв'язною. Особливу увагу в статті приділено тому, що завдяки актуальним здібностям можна сформувати нові погляди на конфлікт, що призводить до суїцидальних думок, і сформувати нове бачення "нестерпної" конфліктної ситуації. Виділено та описано характерні риси конфліктоцентричності методу ППТ: за допомогою позитивної інтерпретації симптому, що виникає внаслідок високостресової ситуації, стає можливим змінити стан людини з "нерозв'язного" на "розв'язний" та деактивувати інтенсивність суїцидальних думок, а отже, знизити ризики та ймовірність реалізації суїцидальних намірів. Відчай і бажання покінчити з життям відступають, що дає надію на зміну життєвої ситуації, завдяки набутим навичкам.

Принцип надії є надзвичайно важливим і є одним з основоположних понять ППТ. У статті простежено, що завдяки використанню ситуативного заохочення і розширення цілей стає можливим виявлення індивідуальності та унікальності даної людини, прояснення життєвих перспектив майбутнього, що неминуче призведе до розкриття творчих потенціалів, закладених в цій людині, які були витіснені або пригнічені ситуаціями гострого (макро) або хронічного (мікро) стресу і травми, в результаті чого виникло "тунельне мислення", яке створило відчуття "безвиході" і відсутності виходу з ситуації, що склалася

На основі проведеного дослідження було виявлено, що використання методу ППТ в роботі з суїцидальними людьми, дає великі перспективи для зміни когнітивних здібностей особистості, її сприйняття і реакції на стресові ситуації, а також набуття нових смислів життя та інших уявлень про його якість.

Ключові слова: особистість, суїцидальні стани, суїцидальна поведінка, суїцидокінез, позитивна психотерапія

Вступ

Актуальність теми дослідження. Наявність суїцидальних станів та частота завершених суїцидів є одними з найбільш об'єктивних показників незадовільного психічного здоров'я, соціального благополуччя та якості життя. Водночас, дослідження проблеми суїцидальних станів має носити міждисциплінарний характер і стає можливим лише за умови визнання того, що такі стани є результатом дії низки соціокультурних та психологічних чинників, які характеризують простір "суспільство - мікросоціум - особистість". Це означає, що, незважаючи на свою "індивідуальність", суїцидальні стани не можна ігнорувати як такі, що виникли під впливом соціальних факторів.

Зазначається, що лише чверть людей, які закінчують життя самогубством, страждали на психічні захворювання, а це означає, що частка непатологічних суїцидів зростає.

У зв'язку з цим важливою є оптимізація системи соціально-психологічної підтримки особистості, спрямованої на подолання чинників, що стимулюють її суїцидальну активність.

Зазначено, що комплекс емпіричних досліджень соціально-психологічних чинників суїцидальних станів переважно зосереджений на вивченні особливостей системи близьких стосунків між суїцидентом та його ціннісно-смисловою сферою.

Соціально-психологічний пласт досліджень суїцидальних станів стосується більшою мірою мікросоціуму, тобто найближчого оточення суїцидента, найчастіше сім'ї. Водночас психологічний аналіз особистості неможливий без аналізу системи її значущих відносин та структурних досліджень у сфері мотивації та потреб, адже мотиви суїцидальної поведінки та суїцидальних спроб значною мірою залежать від стану соціально-політичних та економічних процесів, що відбуваються в суспільстві.

Методологія

Як показав аналіз, проблема своєчасної діагностики суїцидальних станів у дорослих є надзвичайно актуальною.

Особливо загрозливим є період наступного року, за підсумками якого особи, схильні до суїциду, мають бути віднесені до групи найвищого ризику. Це потребує ефективної професійної супервізії та цілеспрямованої соціально-психологічної корекції суїцидальних рецидивів, що базується на індивідуальному прогнозі перебігу кризи. Між тим, результати спеціальних психодіагностичних досліджень такого роду практично відсутні (Кудрявцев, 2010).

У зв'язку з цим особливого значення набуває виявлення та оцінка особливостей, особистісних факторів та прогностичних ознак суїцидальних станів у дорослих за

психодіагностика - дослідження для розробки психологічних маркерів

- предиктори ризику суїциду та ефективні соціально-психологічні засоби корекції таких станів. Використано основні психодіагностичні методи виявлення соціально-психологічних маркерів суїцидальних станів:

- мотиваційне інтерв'ю, яке виявило основні стимули та вербалізовані смисли суїцидальної поведінки в дорослому віці, рівень усвідомлення компонентів мотиву, ставлення до суїцидальної тенденції (Кудрявцев, 2012);
- методи визначення рівня мотиваційної та особистісної конфліктності;
- шкала депресії (Beck, Ward & Mendelson, 1961);
- шкала тривожності (Beck & Steer, 1993);
- шкала безнадійності (Beck, 1974; 1975);
- шкала суїцидальних думок (Beck, 1988);
- тест на оцінку суїцидального ризику (Patterson, 1983);
- методи діагностики копінг-стратегій та стратегій захисту (Лібіна, 1998);
- шкала суб'єктивної оцінки задоволеності життям (Лібіна, 1998);
- опитувальник структури темпераменту (Русалов, 1990);
- тест М. Люшера (1985; 2010);
- Метод мас-медіа (Собчик, 2000).

Метою дослідження було виявлення та оцінка соціально-психологічних чинників і закономірностей суїцидальних станів дорослих за даними психодіагностичного дослідження для визначення соціально-психологічних чинників суїцидального ризику та заходів соціально-психологічної корекції.

Для досягнення мети на зазначеному етапі дослідження були поставлені наступні завдання:

- Практична апробація та відбір найбільш ефективних психодіагностичних методик, що розкривають механізми виникнення суїцидальних станів у дорослих та провідні напрямки їх соціально-психологічної корекції
- Виявлення прогностичної цінності результатів тестування, визначення критеріїв підвищеного суїцидального ризику та механізмів його реалізації у дорослих із суїцидальними станами.

Методи психологічної діагностики були спрямовані на отримання даних про особливості емоційної, мотиваційної та комунікативної сфер особистості, наявність яких може мати значення для формування суїцидальних станів у респондентів.

Процедура дослідження полягала у вимірюванні на одній і тій же вибірці трьох рядів змінних - копінг-стратегій та захисних стратегій, характеристик темпераменту та

суб'єктивні оцінки задоволеності життям, собою та стосунками з іншими.

Для проведення експериментальної частини дослідження було складено комплекс методик, адекватних меті роботи - вивчити соціально-психологічну специфіку суїцидальних станів дорослих та виявити індивідуальні відмінності у стратегіях взаємодії респондентів зі складними життєвими ситуаціями. Так, на констатувальному етапі дослідження було визначено соціально-психологічну специфіку суїцидальних станів у дорослих. Добровільна участь у дослідженні та гарантована анонімність результатів забезпечили найбільш оптимальну форму психодіагностичного експерименту та виключили такі фактори, як соціальний тиск та соціальна бажаність. Таким чином, організація умов експерименту відповідала критеріям, необхідним для валідності наукового дослідження.

Емпіричне дослідження проводилося на базі Науково-практичного центру медико-соціальних та психологічних технологій, Центру відновного лікування та реабілітації ветеранів війни, Центру психічного здоров'я, Українського північно-східного інституту прикладної та клінічної медицини.

Вибірка складалася з 132 респондентів (72 (54,5%) чоловіків і 60 (45,5%) жінок) у віці від 35 до 56 років з суїцидальними станами (з непсихотичними розладами), що виникли як реакція на стресову (психо-, соціо- або соматогенну) ситуацію. Учасники мали різний рівень освіти, сімейний та фінансовий стан, стаж професійної діяльності.

Враховуючи природу суїцидального кінезу та його стадійність, отримані результати аналізувалися в межах двох типів (моделей) суїцидальної активності: передсуїцидальної (суїцидальні думки) та постсуїцидальної (незавершені суїцидальні спроби).

При використанні шкали суїцидальних думок (Beck, 2003) найбільш інформативним виявилося обговорення теми стримуючих факторів (сім'я, релігійні переконання, можливість інвалідності в разі невдалої спроби, незворотність дії тощо), дескриптори якої розкривають рівень контролю над суїцидальними тенденціями. При його обговоренні значущі твердження, зроблені більшістю опитаних суїцидентів, оцінювалися як такі, що свідчать про зниження контролю над суїцидальною поведінкою. Маркером суїцидального ризику була відсутність посилань на особисті цінності, які могли б утримати від суїциду. Розглядалися лише актуальні заблоковані (фруструючі) смисли, відповідальні за спробу самогубства, або ті, що формували серйозні суїцидальні наміри. Деякі стримуючі фактори оцінювалися як риси, формально притаманні іншим людям, але не значущі для респондентів. Все це означає, що смислові бар'єри для здійснення суїциду у свідомості досліджуваних були відсутні (Кудрявцева, 2016).

Слід визнати, що застосування шкали А. Бека (Beck, 2003) виразно демонструє заперечення суїцидальних думок. Її результати дають змогу встановити відсутність або смислову недостатність особистісних чинників стримування суїциду, тобто об'єктивувати латентну загрозу рецидиву суїцидальної активності (Кудрявцев І. В., 2016). Показано, що застосування загальноприйнятих шкал суїцидального ризику А. Бека та У. Паттерсона має низку конструктивних обмежень (Кудрявцев, 2012).

Показники суб'єктивної оцінки ризику таких станів, як стан безнадійності, не можуть повністю і надійно диференціювати високий рівень суїцидального ризику.

Слід зазначити, що методика діагностики копінг-стратегій та стратегій захисту (Лібіна, 1998) базується на диференційно-психологічній класифікації стратегій подолання складних життєвих ситуацій.

Для аналізу кількісних показників захисної та копінг-поведінки використовувалися значення шкал, що вимірюють вираженість кожної з 18 стратегій захисної та 18 стратегій копінг-поведінки. Вираженість стратегій оцінювалася за п'ятибальною шкалою, де 1 бал відповідає мінімальному, а 5 балів - максимальному значенню шкали.

М. Тест Люшера був використаний у дослідженні як метод визначення емоційно-мотиваційного стану осіб зрілого віку з суїцидальними станами, рівня їхньої активності, рішучості, домінуючих потреб та установок, а також для визначення стресового стану. Як відомо, тест Люшера належить до досить надійного методичного інструментарію, який може бути використаний для визначення емоційно-мотиваційних станів, рівня активності, рішучості та особистісних установок.

Враховуючи природу суїцидокінезу дорослих та його етапи, дані аналізувалися в межах двох моделей суїцидальної активності: передсуїцидальної (суїцидальні думки) та постсуїцидальної (незавершені суїцидальні спроби).

Для змістовного аналізу психотравмуючого фактору були використані результати мотиваційного інтерв'ю з метою виявлення основних мотивів суїцидальної поведінки та визначення рівня усвідомлення їх складових респондентами в обох групах.

Використання екзистенціального аналізу змісту психологічної травми для наукового розгляду також дозволило виявити рівень порушень несвідомих механізмів сприйняття та свідомих механізмів її переробки. Це, в свою чергу, розкрило систему взаємодії захисних антистресових механізмів, знання якої в подальшому визначило зміст програми соціально-психологічної корекції та заходів вторинної

психологічна профілактика самогубств осіб зрілого віку з суїцидальними станами.

Також було виявлено, що зі збільшенням тяжкості депресивного розладу спостерігається тенденція до збільшення кількості суїцидентів з високим рівнем особистісної тривожності (при тяжкій депресії 54,3% з високим рівнем тривожності) (Циганков, 2012), що може свідчити про її значення в діагностиці підвищеного суїцидального ризику.

Як уже зазначалося, найважливішою темою діагностичного інтерв'ю було з'ясування можливості усвідомлення респондентом іншої, більш конструктивної (неаутоагресивної) реакції на психотравмуючу подію. Ступінь та якість такої рефлексії розглядається як критерій суїцидального ризику (Кудрявцев, 2012). Аналіз у цьому напрямку показав, що 66,7% осіб у передсуїцидальних групах на момент опитування не бачать іншої можливості продовжити життя. Пов'язують рішення про самогубство з хворобою - 28,6%; зі страхом втратити контроль - 71,4%. Для розуміння джерел і механізмів суїцидальної активності опитаних дорослих осіб зрілого віку важливе значення надавалося вивченню рівня і джерел психоемоційного напруження та аналізу характеристик зрілих респондентів із суїцидальними станами.

Вищий рівень тривожності з переважанням соматичних компонентів виявлено в групі жінок з соматичними нелокалізованими відчуттями.

До когнітивно-поведінкових маркерів підвищеного суїцидального ризику в групі пресуїцидентів також належать уникнення задоволення потреб (у важких випадках - недорозвиненість системи формування потреб); копінг-стратегія уникнення, яка особливо характерна для стратегії поведінки в конфлікті; недорозвиненість та/або виснаження ресурсів, гнучкої системи реалізації потреб. Аутоагресія ґрунтується на жорсткій системі блокування і заморожування у фруструючих ситуаціях. Провідна фруструюча потреба - внутрішнє прагнення до комфортних стосунків - активно не проявляється; зміст внутрішньоособистісних конфліктів - неможливість вплинути на зміну стосунків, які не задовольняють.

Психогенно-психотичний (глибока дезадаптація) симптомокомплекс включав емоційні розлади, психосоматичні фіксації, явища виснаження психічної активності, наявність внутрішньоособистісного конфлікту, неадаптивні та неадекватні реакції на психотравмуючу ситуацію, виражені порушення особистісної системи відносин, неадекватність когнітивної та поведінкової систем.

Аналіз даних свідчить про зв'язок між суїцидальною активністю та станом глибокої депресії. Важкі депресивні епізоди були не лише найчастішою причиною суїцидальних спроб, але й мали найбільший

переважання в суїцидальній групі, що визначає домінування суїцидальних думок у свідомості дорослих.

Інформативні та значущі результати були отримані за допомогою прогностичних показників шкали безнадійності (Beck, 1961; 1988) та шкали суїцидального ризику (Patterson, 1983).

Отримані результати не виявили значущих відмінностей між групами перед- і постсуїцидентів за показниками суб'єктивної оцінки ризику як стану безнадійності. Це свідчить про те, що показники шкали безнадійності не можуть достовірно диференціювати осіб зрілого віку з реальним ризиком суїциду.

Таким чином, застосування шкал суїцидального ризику має ряд конструктивних обмежень. Застосування цих шкал дає цінну орієнтацію в суїцидальному стані, дозволяє визначити його наявність та вираженість, але не розкриває сутності семантичного змісту. Застосування шкал можливе лише за умови згоди респондента на неформальну співпрацю з психологом і придатне переважно для попередньої оціночної орієнтації фахівця, як при побудові програми соціально-психологічної корекції, так і при моніторингу отриманого психокорекційного ефекту.

Слід визнати, що використання шкали суїцидальних думок А. Бека (Beck, 1961; 1988) найбільш виразно демонструє заперечення суїцидальних думок. Її результати дозволяють встановити відсутність або смислову недостатність особистісних чинників стримування суїциду, тобто опосередковано об'єктивувати латентну загрозу рецидиву суїцидальної активності.

Слід зазначити, що найбільш інформативним маркером суїцидальних станів у дорослому віці є результати обговорення стримуючих факторів за методикою А. Бека. Перевагою цієї методики є можливість працювати безпосередньо зі смисловим ціннісним наповненням внутрішньоособистісних чинників, що знижують ризик суїциду.

Таким чином, результати аналізу психодіагностичних даних щодо осіб із суїцидальними спробами дають можливість виявити та ранжувати психологічні маркери ризику повторних суїцидів, оцінити найбільш небезпечні поєднання цих особистісних симптомокомплексів, а також розкрити пов'язані з ними значущі механізми генезу суїциду. Отримані дані дозволяють визначити загальні принципи та конкретні методи (методичний інструментарій) соціально-психологічної корекції як у ранньому постсуїцидальному періоді суїцидального стану, так і на його віддалених етапах - при моніторингу прогностичних показників.

Дослідження суїцидальної поведінки за кордоном за останні кілька років показало, що ризики суїцидальної поведінки залежать від багатьох факторів, включаючи гендерні, вікові та расові відмінності, але існують і загальні фактори, притаманні сучасному розвитку суспільства.

N. Peseschkian (2016) у своїй книзі "Психосоматика і позитивна психотерапія" в розділі "Суїцидальні спроби" пише, що найбільша кількість самогубств у світі була зареєстрована в 1988 році в Угорщині, на другому місці - Фінляндія, на третьому - Франція. У Сполучених Штатах близько 30 000 людей щороку вчиняють самогубство. Висока кількість самогубств в Японії. Найнижчий рівень самогубств у Греції та Саудівській Аравії.

Самогубства не зустрічаються серед корінних жителів Австралії та Вогняної Землі. В Індії самогубство зустрічається у формі самопожертви у святих місцях (самоспалення вдів саті). Самогубство часто зустрічається у ескімосів, коли вони досягають похилого віку або мають хронічні захворювання. (Peseschkian, 2016).

Результати

Якщо розглядати суїцидальну поведінку через призму позитивної психотерапії, то модель балансу добре вписується сюди, і ми можемо побачити, які зміни в розподілі енергії в сферах життєдіяльності та дефіцитній зоні самої моделі виявляються в смислах, згаданих вище. Втрачені або спотворені смисли призводять до поступової деформації особистості в наступних сферах діяльності, контактах і, як висновок, в організмі відбуваються такі зміни, іноді оборотні, що формується "суїцидальний план", як з усім цим покінчити. Використовуючи модель балансу в терапевтичному процесі, я бачу можливість звернути увагу людини на сфери її життя під іншим кутом зору, розглянути наявні в її житті можливості, знайти позитивну інтерпретацію ситуацій і подій, які можуть показати ресурси для поліпшення якості життя, тим самим набуваючи нових бачень і смислів у тому, що здається неможливим вирішити в моменті тут і зараз. Також особливо важливим моментом я вважаю використання актуальних здібностей у роботі з пацієнтом. Найчастіше людина, не тільки суїцидальна, не усвідомлює наявний потенціал і ресурси, і дуже важливо підкреслити, що, застосовуючи свою винятковість і індивідуальність, можна змінити життя, додавши в нього радості і фарб, набути нових смислів і більш повного змісту життя.

Позитивна психотерапія - це конфліктоцентричний, орієнтований на здібності метод психотерапії з гуманістичним підходом до особистості. У зв'язку з цим робота з суїцидальною поведінкою орієнтована на пошук конфлікту, який призводить до суїцидальних думок, оскільки життя стає нестерпним і клієнт "хоче піти з нього". Розлад індивіда маркується як конфлікт з власним життям, що є його реакцією на виклик зовнішнього середовища.

У позитивній психотерапії у фокусі уваги перебувають реальні здібності людини, чий конфлікт спричинив розлад, а також ті, що допомагають впоратися з ним. Симптом, який людина проявляє в стані сильного стресу, що призвів до суїцидальних думок, є її єдино можливою і доступною реакцією на конфлікт з оточенням і

його переживання. Аналізуючи актуальні здібності, які призводять до такої реакції, та специфіку їх виникнення в процесі життя, можна змінити ці здібності в терапевтичному процесі, сформувавши нові установки та навички. В результаті змінюються реакції на події і симптом зникає.

Найважливішим в аналізі РРТ є те, що:

1 Визначення обсягу та змісту конфлікту (важлива наявність та частота мікротравм).

2 Позитивна інтерпретація симптому. 3 Визначення основного конфлікту.

4 Вербалізація.

5 Зміна звичного сценарію, який повторюється при реагуванні на стрес.

6 Розвиток навичок самодопомоги при виникненні стресу.

Позитивна інтерпретація симптому в позитивній психотерапії описує ставлення до хвороби, яке дещо відрізняється від традиційної інтерпретації в медицині і намагається відкрити в різних симптомах і хворобах певний сенс і функцію, яку вони несуть. Тобто у фокусі уваги перебуває людина, особистість та індивідуальність, а не механізм, який вийшов з ладу і потребує лікування за певною схемою (Пилявська, 2016). (Пилявська, 2016) Основна мета позитивної психотерапії - змінити погляд пацієнта на свою хворобу і надати нові можливості для пошуку резервів у боротьбі з недугою. А оскільки позитивна психотерапія ґрунтується на тому, що в основі багатьох психічних і психосоматичних захворювань лежить конфлікт, зміна ракурсу симптомів або синдромів дозволяє терапевту (і пацієнту) підійти до конфлікту більш диференційовано.

Для більш цілісного розуміння хвороб і недуг необхідно відповісти на запитання:

- Чому і з якою метою з'явився той чи інший розлад функціонування?
- Що стоїть за симптомом?
- Про що хоче сказати нам симптом?

Фундаментальною особливістю методу КПТ є зосередженість на ресурсах, здібностях і потребах, що стоять за стражданнями людини.

Аналізуючи потяг до позбавлення себе життя через призму позитивної інтерпретації, можна побачити бажання людини змінити своє життя та погляди на нього. Також гіпотетично можливі такі варіанти:

1. Пошук можливості впоратися з ситуацією, що призвела до суїцидальних думок
2. Знайти можливість бути поміченим і привернути до себе увагу.
3. Знайти можливість дистанціюватися від складної ситуації.
4. Знайти можливість подолати страх.
5. Знайти можливість позбутися болісного фізичного чи душевного болю.
6. Спосіб позбутися самотності.

Часті зони конфлікту:

1. Стан здоров'я (фізичні та психічні захворювання). 2. конфлікти у професійній діяльності.
3. Сімейні конфлікти.
4. Конфлікти, пов'язані з асоціальною поведінкою (алкоголь, наркотики). 5. матеріально-побутові конфлікти (брак фінансів, титри).
6. Екзистенційна криза (нерозуміння сенсу власне життя та його подальші перспективи).

Ці сфери можна розподілити відповідно до моделі балансу Н. Песешкяна. Модель балансу показує дисбаланс у 4-х сферах життя і стає очевидним, які сфери є в дефіциті, а яким приділяється особлива увага, і хоча місце конфлікту стає видимим, зміст конфлікту ще не встановлений.

Модель балансу - це універсальний інструмент, за допомогою якого можна переробити конфліктну ситуацію. Хоча кожна людина індивідуальна, неповторна, існує загальна модель поведінки, до якої вдається більшість людей, коли має справу з конфліктом.

Якщо виникають проблеми, люди часто зляться, сваряться, відчувають себе незрозумілими, не бачать сенсу в житті, всі ці труднощі можна виразити в 4 формах опрацювання конфліктів, які відповідають 4 вимірам когнітивних здібностей людини. Ця модель може наочно показати, як сприймається навколишній світ і якими способами відбувається його освоєння. Коли в будь-якій з вершин моделі балансу виникає дисгармонія, вся енергія з інших позицій забирається, щоб відновити в ній гармонію.

Відмінною рисою позитивної психотерапії є диференційний аналіз, який розглядає актуальні здібності як ефективний потенціал для особистісного розвитку та вирішення конфліктів (Гончаров). Песечкян називав актуальні здібності тими поведінковими нормами, які постійно діють у наших повсякденних міжособистісних стосунках і тому завжди зберігають актуальне значення. Хоча актуальні здібності починають формуватися ще в пренатальному періоді, вони не є вродженими чи спадковими. Актуальні здібності формуються і проявляються в поведінці людини залежно від впливу трьох факторів розвитку: особливостей організму, навколишнього середовища і духу часу. (Пилявська 2016)

Концепція позитивної терапії базується на тому, що кожна людина має дві основні здібності: здатність до пізнання і здатність до любові. Залежно від внутрішніх особливостей людини та її оточення, ці здібності диференціюються і формують певну структуру характеру. Тобто, всі актуальні здібності виростають з цих базових здібностей та їх розвитку, які можна розділити на дві категорії: первинні та вторинні. Первинні актуальні здібності виростають зі здатності любити, вони виникають на основі емоційних відносин. Це здатність любити, мати терпіння, приділяти час чомусь, вміти налагоджувати контакти, проявляти і приймати ніжність і сексуальність, вміти

вміти довіряти, сподіватися, вірити і вміти сумніватися, набувати впевненості. З когнітивних здібностей розвиваються вторинні актуальні здібності, які стосуються здатності діяти у світі, такі як пунктуальність, чистота, охайність, слухняність, ввічливість, чесність/відкритість, лояльність, справедливість, старанність, ощадливість, обов'язковість, акуратність, сумлінність. Власне здібності становлять суть, зміст освіти. Вони виховуються відповідно до потреб суспільства. Залежно від сім'ї, середовища, в якому виросла людина, одні фактичні здібності підкреслюються, а інші розвиваються менше. (Гончаров)

Дисбаланс очікуваного і реально існуючого може стати предметом конфлікту, травми, протиріч, що призводить до роздратування, тривоги, агресії, порушення сну. Причиною багатьох міжособистісних конфліктів і, як наслідок, виникнення можливих суїцидальних думок є різниця в ступені розвитку актуальних здібностей різних людей. Розуміючи ступінь розвитку актуальних здібностей, можна також передбачити можливі конфлікти.

Виділено чотири напрямки поведінки в конфліктній ситуації, чотири моделі для наслідування, які описані у вигляді базового конфлікту:

"Я" - якщо з раннього дитинства потреби дитини не бралися до уваги, ігнорувалися, фруструвалися, то формується установка "я недостатньо хороший", не відбувається формування власної цінності та значущості людини для близького оточення, як наслідок, порушується формування базової довіри.

"Ти" - модель поведінки батьків і близьких людей, їхні стосунки між собою, уявлення про шлюб визначають стереотипи поведінки дитини, яка виросла в цій родині. Звідси - різні уявлення про життя.

"Ми" - модель поведінки формується відповідно до уявлення батьків про оточуючих людей.

"Про-Ми" - поведінка визначається сформованим світоглядом, релігією, традиціями.

Принцип самодопомоги відповідає 5-кроковій моделі, яка використовується як стратегія гармонізації, адаптації та розвитку особистості, - спочатку в процесі самої психотерапії, а потім у подальшому процесі самодопомоги людини собі та своєму оточенню. Хочу зазначити, що повторні суїцидальні дії продовжують залишатися проблемою, тому важливим кроком у психотерапії є розвиток навичок самодопомоги.

1. Спостереження.
2. Інвентаризація.
3. Ситуативне заспокоєння.
4. Вербалізація. 5. розширення мети.

Завершальним етапом психотерапії є розширення цілей, коли взаємодія між психотерапевтом і пацієнтом спрямовується на усвідомлення того, що енергію життя потрібно вкладати не тільки в конфлікти, а й в інші сфери життя. "Інша людина" часто приносить конфлікти, труднощі, проблеми та кризи. Водночас вона дає шанс для подальшого особистісного розвитку та адекватного вирішення цих конфліктів.

Переваги позитивної психотерапії полягають у наступному:

1. Конфліктологічна терапія (на відміну від терапії, орієнтованої на симптоми).

2.Короткостроковий (10 сесій у консультуванні та 50 сесій у терапії).

3.Універсальне застосування до проблем. 4. транскультурність.

5. ставлення до людини як до цілісної системи. 6. використання метафор, притч як інструменту.

7. надає клієнту активну роль.

8. фокусується на майбутньому.

9. займається проблемами терапевтів.

9. вирішує проблеми терапевтів під час супервізійних сесій.

Результати аналізу в моїй дисертації (які відображені в статті) показали, що ступінь рефлексії, глибина розуміння зв'язку між психотравмуючою подією і наступними психічними і поведінковими актами є найважливішим критерієм суїцидального ризику на соціально-психологічному рівні.

Матеріал дисертації звертає увагу на те, що одним з маргінальних варіантів нервово-психічної нестабільності є схильність до аутоагресії (Зотов, 2002). Складність цієї проблеми полягає в тому, що суїцидальну поведінку вкрай важко діагностувати, адже основними діагностичними інструментами є інтерв'ю та методи самозвітів (Попов, 2009). Водночас багато людей ретельно приховують свої суїцидальні думки та переживання, намагаючись піти з життя з мінімальним попереднім розголосом.

У зв'язку з цим хотілося б відзначити, що основним принципом допомоги особам зрілого віку, схильним до суїциду, повинен бути індивідуальний вибір напрямку і методу соціально-психологічної корекції з розумним поєднанням або поетапною перевагою різних її методів, а також врахування будь-якого конкретного суїцидального стану. Водночас, знання особливостей динаміки суїцидальної поведінки та окремих психологічно важливих елементів суїцидального кінезису дозволяє проводити більш диференційовану та ефективну індивідуальну роботу, що є важливим у профілактиці суїцидальних станів.

Висновок

Аналіз умов та причин виникнення суїцидальних станів у дорослих надав можливість диференціювати соціально-психологічні чинники таких станів з урахуванням рівня суїцидального ризику в зазначеному віковому періоді онтогенезу. Встановлено, що найбільш значущими інтеріндивідуальними чинниками є: психози та пограничні психічні розлади; суїцидальні висловлювання, повторні суїцидальні дії, ранній постсуїцидальний період; екстремальні, особливо маргінальні умови (зокрема, ув'язнення), самотність; втрата соціального престижу; зниження соціального статусу, рівня матеріального добробуту; конфліктні та психотравмуючі ситуації; втрата близьких, референтної особи; обтяжена або залежна поведінка. До інтраіндивідуальних факторів належать: вікові зміни в організмі з підвищеним суїцидальним впливом соматичних факторів; переважання епілептоїдного та циклоїдного типів характеру; зниження толерантності до емоційних навантажень, депресивні стани, неповноцінність комунікативних контактних систем; неадекватна самооцінка особистих можливостей; відсутність або втрата установок, що визначають цінності життя; обмеженість життєвих перспектив.

Посилання

[1] **БЕК, А., КОВАЧ, М., ВАЙСМАН, А.** (1975). Безнадія та суїцидальна поведінка. Огляд. *JAMA*. Том 234. с. 1136-1139.

[2] **БЕК, А., ВАЙСМАН, А., ЛЕСТЕР, Д., ТРЕКСЛЕР, Л**. (1974). Вимірювання песимізму: шкала безнадійності. *Журнал клінічної психології*. Том 42. с. 861-865.

[3] **БЕК, А.Т., ФРІМЕН, А., ДЕВІС, Д.Д.** (2003). *Когнітивна терапія особистості: Розлади*. Гілфорд Прес. 412 р.

[4] **BECK, A.T., STEER, R.A.** (1993). *Посібник з інвентаризації тривоги Бека.* Сан-Антоніо, Техас: Психологічна корпорація Harcourt Brace & Company. с. 12 - 80.

[5] **BECK, A.T., STEER, R.A., RANIERI, W.** (1988). Шкала Бека для виявлення суїцидальних думок (BSS). *Журнал клінічної психології*. Том 44. стор. 499-505.

[6] **BECK, A.T., WARD, C.N., MENDELSON, M.** та ін. (1961). Інвентаризація для вимірювання депресії. *Arch. Gen. Psychiatry*. Том 4. с. 561-571.

[7] **ЛЮШЕР, М.** (1985). Der Lüscher-Test. Persönlichkeitsbeurteilung durch Farbwahl. Ровольт: Райнбек. 171 р.

[8] **ПАТТЕРСОН, В.М., Х.Х. ДОН, Д. ПАТТЕРСОН** та ін. (1983). Оцінка суїцидальних пацієнтів: шкала сумної людини. *Психосоматика*. Vol. 24, № 4. pp. 343-349.

[9] **ПЕСЕШКЯН, Н** (2016). *Позитивна психосоматика: Клінічний посібник з позитивної психотерапії,* Блумінгтон, США: AuthorHouse *UK*

[10] **ГОНЧАРОВ, М.А. [GONCHAROV, M.A.]** Диференційний аналіз в терапії суїцидальної поведінки [Differential analysis in the therapy of suicidal behavior]. Центр позитивної психотерапії CPP. Retrieved from: http://www.cpprussia.ru/ru/center/science/science2

[11] **ЗОТОВ, М.В., ПЕТРУКОВИЧ, В. М. [ZOTOV, M. V., PETRUKOVICH, V. M.]** (2002). Увага до мотиваційно значущих стимулів як основа методичного підходу до дослідження мотивації та його реалізація

на прикладі оцінки суїцидальних тенденцій [Attention to Motivation-Significant Stimuluses as Basis of Methodical Approach to Research of Motivation and Actualization of Itself on the Example of Suicide Trends Assessment]. *Сучасна психологія:*

стан і перспективи" (тези доповідей на ювілейній науковій конференції Інституту психології РАН, М. Т.1, С. 264- 266.

[12] **КОВАНДА, О. В. [KOVANDA, O. V.]** (2020). *Соціально-психологічна корекція суїцидонебезпечних станів особистості зрілого віку*: *дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук* [Social-Psychological Correction of Suicide Hazardous Conditions of Adult Personalities: dissertation for the degree of PhD in Psychological Sciences]. Сєвєродонецьк: Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля. 238 с.

[13] **КОЛМОГОРОВА, В. В., ЛУГОВИХ Н. А., ЗАБОЗЛАЄВА І. В., ПИЛЯВСЬКА, О. И. [KOLMOGOROVA, V. V., LUGOVYKH N. A., ZABOZLAYEVA I. V., PILYAVSKAYA, O. I.]** (2016). Позитивна психотерапія: навчальний посібник для слухачів системи додаткової професійної освіти лікарів та суміжних спеціальностей [Positive Psychotherapy: навчальний посібник для слухачів системи додаткової професійної освіти лікарів і суміжних спеціальностей]. ГБОУ ВПО ЮУГМУ МОЗ Росії, кафедра психіатрії. С. 12 - 17.

[14] **КУДРЯВЦЕВ, І.А. [KUDRYAVTSEV, I.A.]** (2016). Психодіагностика суїцидального ризику як критерій недобровільної госпіталізації психічно хворих у системі профілактики їх суспільно небезпечної поведінки [Psychological Diagnostics of Suicide Risk as Criterion for Involuntary Hospitalization of Sick Persons in the Preventive Treatment System Based on Social Behavior]. *Суїцидологія: науково-практичний журнал*. No. 4 (25). С.10- 22.

[15] **КУДРЯВЦЕВ, І.А., ДЕКАЛО, Е. Э. [KUDRYAVTSEV, I. A., DECALO, E. E.]** (2012). Психологічні фактори та механізми суїцидогенезу як критерії суїцидального ризику та спрямованої профілактики [Psychological Factors and Mechanisms of Suicide Genesis as Criteria of Suicide Risk and Aimed Preventive Treatment]. *Суїцидологія: науково-практичний журнал*. No. 2. С.3-11.

[16] **КУДРЯВЦЕВ, І.А., ІВАННІКОВА, Н. М. [KUDRYAVTSEV, I. A., IVANNIKOVA, N. M.]** (2010). Психодіагностика постсуїциду [Post-Suicide Psychological Assessment]. *Російський психіатричний журнал*. М. No. 6. С.11-15

[17] **ЛІБІНА, Є. В., ЛІБІН, А. В. [LIBINA, E. V., LIBIN, A. V.]** (1998). Стиль реагування в складних ситуаціях [Style of Reacting to Complicated Situations]. В кн: Либин А. В. (Ред). Стиль людини: психологічний аналіз [Human Style: Psychological Analysis]. М.: Смысл.

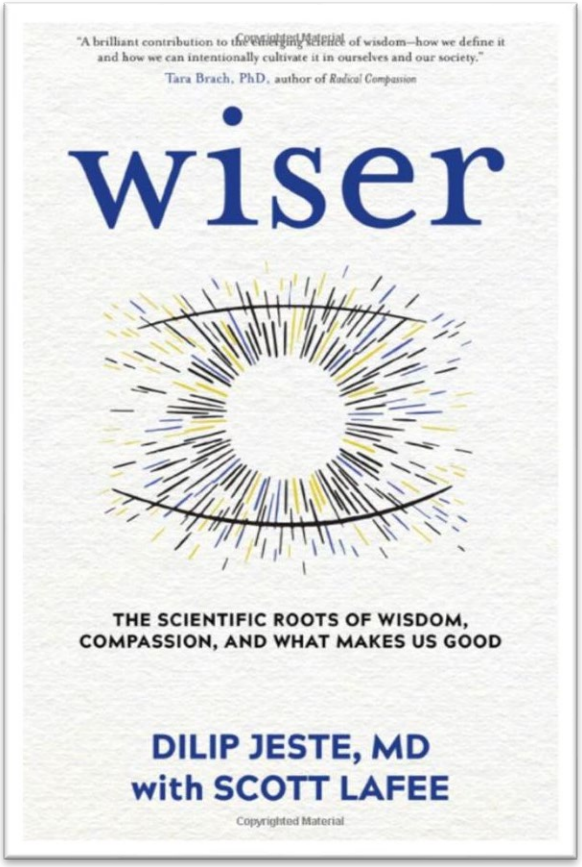
[18] **РУСАЛОВ, В. М. [RUSALOV, V. M.]** (1990). *Опитувальник структури темпераменту* [Temperament Structure Survey]. М., ІПРАН. 55 с.

[19] **СОБЧИК, Л. Н. [SOBCHIK, L. N.]** (2000). *Вступ до психології індивідуальності. Теорія і практика психодіагностики* [Introduction to Individuality Psychology. Теорія і практика психодіагностики]. М.: ИПП-ИСП. 512 с.

[20] **ЦИГАНКОВ, Б.Д., ВАУЛІН, К.Б. [TSYGANKOV, B.D., VAULIN, C.B.]** (2012). *Суїциди та суїцидальні спроби (клініка, діагностика, лікування): монографія* [Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение): монография]. Смоленськ: СГМА. 232 с.

РЕЦЕНЗІЯ НА КНИГУ

Ерік Мессіас
Доктор медичних наук, доктор філософії, професор психіатрії, заступник декана з питань факультету Університету медичних наук Арканзасу, м. Літл-Рок, штат Арканзас, США
ELMessias@uams.edu



336 сторінок
ISBN-10 : 1683644638
ISBN-13 : 978-1683644637

МУДРІШИМИ: НАУКОВІ ОСНОВИ МУДРОСТІ, СПІВЧУТТЯ ТА ТОГО, ЩО РОБИТЬ НАС ДОБРИМИ

Діліп Джесте, доктор медичних наук та Скотт Лафі

Звучить правдиво, 2020

Понад десять років тому доктор Діліп Джесте - визнаний батько-засновник позитивної психіатрії - опублікував наукову статтю, в якій порівняв концептуалізацію мудрості в давньоіндійському тексті Бхагавад Гіта з сучасними уявленнями про мудрість (Jeste and Vahia, 2008). У цьому початковому дослідженні було виявлено кілька подібностей, включаючи знання про життя, емоційну регуляцію, проникливість і співчуття, а також відмінності, пов'язані з акцентом на контролі над бажаннями і відмовою від матеріалістичних задоволень. За цим порівняльним дослідженням послідував огляд нейробіології мудрості, в якому префронтальна кора головного мозку відіграє важливу роль у регулюванні лімбічних і стріарних областей (Meeks and Jeste, 2009). Наступного року доктор Джесте координував експертний консенсус щодо характеристик мудрості, в якому перераховані домовленості щодо таких тверджень, як "особиста якість", "рідкісна", "обумовлена досвідом", "вивчена", "форма просунутого емоційного/когнітивного розвитку" і, що важливо, вимірювана (Jeste et al., 2010). Кілька років по тому робота продовжилася, запропонувавши індивідуальну мудрість як механізм для пояснення парадоксу підвищення благополуччя, незважаючи на погіршення фізичного здоров'я в похилому віці (Jeste and Oswald, 2014). Вимірювання мудрості було досліджено д-ром Джесте у двох подальших роботах, по-перше, шляхом розробки скороченої версії 39-пунктової Тривимірної шкали мудрості (3D-WS), яка складалася з 12 пунктів, - 3D-WS-12 (Thomas et al., 2017); по-друге, шляхом розробки Шкала мудрості Сан-Дієго (SD- WISE) (Thomas et al., 2019). Весь цей видатний доробок тепер доступний широкій аудиторії та фахівцям у галузі психічного здоров'я у книзі "Мудріші*: наукове коріння мудрості, співчуття та того, що робить нас добрими"* (Jeste and LaFee, 2020). Книга складається з трьох частин: "Що таке мудрість?", "Складові мудрості" та "Посилення практичної та суспільної мудрості".

У першій частині книги автори визнають німецького психолога Пауля Барта та його співробітників одним із перших, хто розробив теорію людського розвитку з урахуванням мудрості, створивши Берлінський проект мудрості - модель, яка, на думку авторів, зробила великий акцент на знаннях та пізнанні. За цією роботою послідувала робота в США та Канаді, яка призвела до більш глибокого розуміння мудрості та

її численні складові. Зрештою, у цій роботі було визначено такі складові: просоціальні установки і поведінка - такі як емпатія і співчуття; емоційна регуляція; рішучість при визнанні невизначеності життя; проникливість і саморефлексія; прийняття соціальних рішень, заснованих на прагматичному знанні життя; духовність була додана при подальшому розгляді. Після цього розділу, присвяченого визначенню мудрості та її складових, слідує розділ про нейронауку мудрості, потім про зв'язок між мудрістю і віком і, нарешті, розділ про її вимірювання. Ця остання глава Частини 1 є важливою, оскільки містить пункти Шкала мудрості Сан-Дієго, з якою також можна ознайомитися на сайті sdwise.ucsd.edu

Частина 2 присвячена кожному із запропонованих компонентів мудрості: співчуттю, емоційній регуляції, рішучості перед обличчям невизначеності, саморефлексії та духовності. Усі ці розділи мають схожу структуру: передумови, включаючи історичний, соціальний і науковий контекст; визначення; заходи; біологія; за ними йдуть конкретні втручання, спрямовані на маніпуляції з кожним компонентом і на його посилення. Ці розділи є інформаційно насиченими та переплітаються з історіями та анекдотами, що робить читання набагато легшим і приємнішим.

Третя частина книги присвячена практикам підвищення практичної та суспільної мудрості і складається з двох розділів: "Стаємо мудрішими швидше", "Прискорювачі мудрості: ліки, гаджети та штучна мудрість?" та "Майбутнє мудрості: перехід від індивідуальної до суспільної мудрості". Ці заключні розділи чітко окреслюють амбіції цього проекту, який в кінцевому підсумку спрямований на те, щоб зробити суспільство мудрішим. Тут автори використовують старіння суспільства, щоб розмірковувати про те, чи сприяли ці додаткові роки життя мудрішим суспільствам. Журі все ще не має відповіді на це питання.

Одним із потенційних обмежень книги є те, що автори зосереджуються на англомовних джерелах і західних суспільствах. Потрібно ще попрацювати над тим, щоб застосувати ці концепції мудрості до всього сучасного людства, включно з великими контингентами, що живуть у Китаї, Японії, багатьох африканських країнах і Латинській Америці.

Ця коротка книжка ґрунтується на величезному обсязі роботи і слугує квитком у щільний світ функціональної нейронауки та дослідження щастя. Загалом, враження від читання дуже приємні, книга добре досліджена і містить великий список літератури для подальшого вивчення. Напевно, немає нічого іншого, окрім як стверджувати, що ви закінчите книгу мудрішою - і немає кращої причини, щоб рекомендувати її без застережень.

ЛІТЕРАТУРА

[1] **JESTE, D. V., ARDELT, M., BLAZER, D., KRAEMER, H. C., VAILLANT, G. & MEEKS, T. W.** (2010). Експертний консенсус щодо характеристик мудрості: дослідження методом Дельфі. *Геронтолог,* 50**,** 668-80.

[2] **ДЖЕСТЕ, Д. В. ТА ЛАФІ, С.** (2020). Мудріші*: наукове коріння мудрості, співчуття та того, що робить нас добрими.* Боулдер, Колорадо: Звучить правдиво.

[3] **ДЖЕСТЕ, Д. В. ТА ОСВАЛЬД, А. Д.** (2014). Індивідуальна та суспільна мудрість: Пояснення парадоксу людського старіння та високого добробуту. *Психіатрія*.

[4] **ДЖЕСТЕ, Д. В. И ВАХІЯ, І. В.** (2008). Порівняння концептуалізації мудрості в давньоіндійській літературі з сучасними поглядами: фокус на Бхагавад Гіті. *Психіатрія,* 71**,** 197-209.

[5] **MEEKS, T. W. & JESTE, D. V.** (2009). Нейробіологія мудрості: огляд літератури. *Arch Gen Psychiatry,* 66**,** 355-65.

[6] **THOMAS, M. L., BANGEN, K. J., ARDELT, M. & JESTE, D. V.** (2017). Розробка 12-пунктової скороченої шкали тривимірної мудрості (3D-WS-12): Вибір пунктів та психометричні властивості. *Оцінка,* 24**,** 71-82.

[7] **THOMAS, M. L., BANGEN, K. J., PALMER, B. W., SIRKIN MARTIN, A., AVANZINO, J. A., DEPP, C. A., GLORIOSO, D., DALY, R. E. & JESTE, D. V.** (2019). *Нова шкала для оцінки мудрості на основі загальних доменів та нейробіологічної моделі*: Шкала мудрості Сан-Дієго (SD-WISE). *J Psychiatr Res,* 108**,** 40-47.

БІОГРАФІЯ

ПАНІ МАНІЄ ПЕШЕШКЯН

(15 липня 1940 - 3 березня 2020)

Німецькою асоціацією позитивного та Транскультурна психотерапія (DGPP) та Фонд Песешкяна

Дорогі друзі та колеги,

Із сумом у серці, глибокою солідарністю та вдячністю ми прощаємося з нашим Почесним Президентом, Манідже Песешкян, яка покинула цей світ 3 березня 2020 року після нетривалої, але важкої хвороби. Незважаючи на те, що її здоров'я було підірвано протягом декількох місяців, вона продовжувала працювати для всіх, навіть за кілька тижнів до своєї смерті, як "мати позитивної психотерапії".

Манідже Песешкян народилася 15 липня 1940 року, друга з трьох дітей у родині Еграрі в Тегерані. Вона відвідувала гімназію, закінчила науково орієнтовану середню школу як найкраща у своєму класі, а потім почала вивчати біологію. Про це вона сама сказала: "На цьому етапі мого життя важливим було лише здобуття знань - до 1961 року, коли з'явився Носсрат". У грудні 1961 року пара одружилася, а потім, у 1962 році, переїхала до Франкфурта, а згодом до Вісбадена. Їхні сини, Хамід і Навід, народилися в 1962 і 1964 роках відповідно. Маніє Песешкян пройшла стажування як асистент ЕЕГ і багато років працювала в практиці Носсрата. Вона досягла своєї справжньої професійної мети "педагогіки та сімейної терапії" незадовго до свого 40-річчя і потім багато років працювала сімейним терапевтом.

Третім їхнім дітищем стала позитивна психотерапія (ППТ). Ми можемо лише приблизно оцінити внесок Маніє Песешкян у розвиток позитивної психотерапії. Командна робота цієї пари знайшла своє вираження у створенні багатьох центрів в країні та за кордоном, а також в управлінні виданням понад 30 книг по всьому світу на 26 мовах! З розповідей та висловлювань, під час особистих зустрічей, можна було знову і знову дізнатися, як подружжя Пеєшкянів брало участь у створенні ППП у якості співтворців. Маніє Песешкян була

ISSN 2710-1460WAPP

Незабаром її почали сприймати як "матір позитивної психотерапії". Однак в інтерв'ю в листопаді 2019 року вона назвала себе "акушеркою позитивної психотерапії", а також розповіла про цю дитину на численних лекціях і семінарах. Вона була важливою для неї протягом усього її життя, їй належали її сила і відданість.

Разом з чоловіком вона заснувала "Фонд професора Песешкяна", в якому до кінця життя працювала головою правління. Після смерті Носсрата Пешешкяна в 2010 році вона зробила значний внесок у збереження спадкоємності та єдності позитивної психотерапії - як у Німеччині, так і в усьому світі. Підтримуючи архів фонду, вона забезпечила стратегічне позиціонування, організовуючи заходи з підвищення кваліфікації (і не тільки) для консультантів і терапевтів у Німеччині та Ефіопії, вона забезпечила поширення і поглиблення ППТ, і, нарешті, організовуючи курси для вчителів у Гессені, вона забезпечила використання ППТ в інших соціальних сферах.

Вона завжди мала особливо тісні стосунки з DGPP. Своєю постійною присутністю, порадами, внеском у різні заходи і, не в останню чергу, гостинністю, вона неодноразово зміцнювала, заохочувала і, на нашу радість, прийняла почесне президентство у 2018 році. Ми всі пам'ятаємо тепло її серця, і після безпосереднього контакту з нею ви одразу відчували, що вона вас помітила і що ви важливі.

Маніє Песешкян була люблячою матір'ю і бабусею, відданим членом громади бахаї у Вісбадені. Вона зустрічала всіх з теплотою, відкритістю, надзвичайною добротою і гумором, чи то під час зустрічей з професійними співробітниками, чи то з добровільними помічниками - по суті, в усіх своїх контактах з іншими людьми. Маніє Песешкян мала рідкісну і особливу здатність давати можливість кожному відчувати себе бажаним і комфортним. Її віра з дитинства формувала її сприйняття людей і світу, давала їй силу і базову довіру. У 2003 році вона розповіла про свої особливі зустрічі з Ангелом Смерті і додала, що "завдяки такому досвіду я стала більш толерантною, терплячою і смиренною. Роки, які мені залишилися, - це бонус. Я дорожу життям, нескінченністю і таємницею Бога і сподіваюся, що зможу гідно прийняти неминучий кінець життя".

Можливо, так і було. За кілька днів до смерті вона написала нам наступне повідомлення:

"Дорогі рідні та друзі,

2020 рік був моїм 80-м роком на планеті Земля. Я дуже насолоджувався цією подорожжю, тому що мені вдалося побувати на всіх 5 континентах і побачити понад 70 країн і регіонів. Кожен з вас особисто був важливою частиною мого життєвого шляху, за що я безмежно вдячний. Настав час розпочати найдовшу подорож у моєму житті. Кілька місяців тому я забронював квиток на свою останню пригоду в Королівстві Абха".

У Маніє Песешкян залишилося двоє синів і четверо дорослих онуків. Наші думки з її родиною. Нехай вони знайдуть достатньо сил, спокою і мужності в цей час.

Похорон відбувся 13 березня 2020 року на кладовищі у Вісбаден-Зонненберзі. Вона похована поруч з чоловіком.

Рада директорів, Консультативна рада,
Опікунська рада та головний офіс
DGPP та
Фундація Песешкяна

Репортаж про похорон пані Маніє Песешкян від Лариси Шикер з Києва (Україна)

"Дорогі друзі, дозвольте мені довірити вам найпотаємніше і поділитися своїми враженнями від церемонії прощання з нашою улюбленою Маніє Песешкян. Сьогодні я переповнений солодким смутком, вірою, любов'ю до життя, відповідальністю за життя і момент

ISSN 2710-1460WAPP

перехід в інший світ.

Маніє була для мене ідеальним прикладом для наслідування. Вона встигла закінчити все, що мала намір зробити на цій землі, і все встигла, в тому числі призначити наступника для проекту свого життя. Моя розповідь може бути цікавою для всіх друзів, які хотіли поїхати до Вісбадена, але не змогли. Родина Песешкянів влаштувала прощальну церемонію відповідно до традицій Віри Бахаї. Всі друзі, які прийшли віддати останню шану Манідже Песешкян, отримали пам'ятні буклети, що містили прощальне послання Манідже до її улюбленої сім'ї та друзів, а також кілька бахаїстських молитов.

Всі присутні були зворушені проникливими прощальними промовами синів Манідже - доктора Гаміда Песешкяна і доктора Навіда Песешкяна, а також молитвами і музикою. Це не був траур - це була нагода вшанувати пам'ять нашої дорогої Манідже і висловити піднесену любов, яку кожен з нас мав до неї.

Після духовної церемонії ми попрямували до місця поховання, де побачили закриту труну, вкриту живими квітами як символ вічного життя. Труну опускали в землю під спів наступної бахаїстської цитати: "Бог є достатнім для мене, Він є Вседостатнім! Нехай довіряють Йому, нехай довіряють Йому! Усі присутні один за одним підходили до кошика, наповненого пелюстками троянд, і кидали по жменьці пелюсток у могилу. Ми попрощалися з нашою коханою Маніже пелюстками троянд нашої любові. На фотографії місця поховання, зробленій д-ром Хамідом Песешкяном, видно, що квіти вкривають могили Манідже та її чоловіка, д-ра Носсрата Песешкян. Як їхні тіла спочивають поруч, так і їхні душі тепер разом у Царстві Абха.

Святкування життя Маніє Песешкян проходило з 15:00 до 20:00 в прекрасному залі ресторану "Дорінт". Всі присутні насолоджувалися смачною їжею, теплою атмосферою і божественною музикою. Кожен член сім'ї ділився особистими історіями, спогадами та фотографіями. Ми поринули в океан любові і вдячності, які вони відчували до своєї великої Матері, люблячої Бабусі, вірної Дружини, Вченого, Голови Ради Директорів Всесвітньої Асоціації Позитивної Психотерапії, Голови Фонду Носсрат Песешкян, нашої коханої Манідже Песешкян. Ця подія об'єднала всіх і кожного, зміцнила нас у вірі та любові, щоб ми прагнули і надалі служити людям, як це робив наш ангел Маніє протягом усього свого життя.

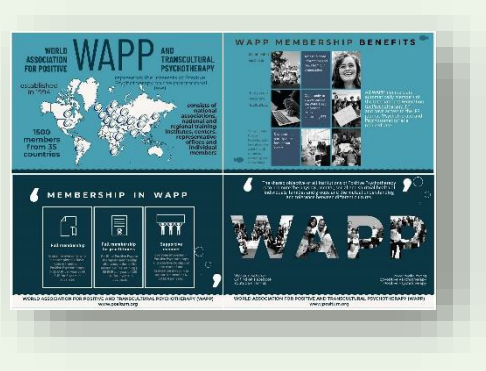
Ми завжди будемо берегти пам'ять про неї в наших серцях. Ми з колегами - Наталією Рудою та Яніною Даніш - від імені всіх, хто знав і любив її з числа позитивних психотерапевтів Східного регіону, залишили запис у Книзі пам'яті та висловили щирі співчуття рідним і близьким.

Ми вдячні доктору Гаміду та Катерині Песешкянам, їхнім дітям Лейлі та Фаріду, доктору Навіду та Шиді Песешкянам, їхнім дітям Тарі та Самірі, усім родичам, близьким друзям та колегам родини Песешкянів за увагу, турботу та атмосферу любові та дружби, що панувала протягом усього дня. З любов'ю та повагою до гідного життя Маніє Песешкян. На світлу пам'ять. Спадщина Маніє буде продовжена".

НОВИНИ WAPP

Щорічний огляд WAPP 2020

Шановні члени WAPP,
Дорогі друзі та прихильники позитивної психотерапії з усього світу,



2020 рік був надзвичайним роком зі змінами, про які ще 12 місяців тому ніхто не міг навіть уявити. Пандемія була головною темою цього року, але було дивовижно спостерігати, як усі ви сприйняли цю кризу як можливість піднятися на новий рівень. Наша всесвітня спільнота ППТ стала сильнішою і згуртованішою, ніж будь-коли. був рік тому. Це справді стало глобальним рухом. Сьогодні ми хочемо поділитися з вами деякими найяскравішими моментами та подіями 2020 року, але це лише невелика частина всіх заходів, які відбулися в усьому світі.

Через пандемію майже всі очні модулі психотерапевтичних тренінгів довелося скасувати і замінити на онлайн-семінари. А також психотерапевтичні та консультативні сесії з пацієнтами та клієнтами часто доводилося переносити в онлайн формат. Зараз, після дев'яти місяців такої практики, ми отримали великий досвід і раді бачити, що вона добре працює. Особливо, продовження терапії з пацієнтами в ці непевні часи пандемії було необхідним і хорошим варіантом, щоб підтримувати контакт і не переривати лікування.

Онлайн-зустрічі за допомогою Zoom та інших провайдерів навіть запропонували нам нові можливості для зустрічей та обміну досвідом. Наш Міжнародний навчальний семінар (МНС) вперше був проведений як семінар-конференція в режимі онлайн у серпні, і його добре сприйняли близько 120 учасників з 15 країн.

Ми також проводили інші пленарні онлайн-зустрічі та конференції, такі як зустрічі в Zoom, відкриті для всіх членів WAPP, зустрічі лише з тренерами, зустрічі з робочими групами, а також онлайн-конференції, організовані різними організаторами, тренерами, національними організаціями та групами за інтересами. До пандемії Правління WAPP збиралося лише двічі на рік, тепер зустрічі відбуваються щомісяця. Це значно пришвидшує прийняття рішень.

У серпні було обрано нову Раду WAPP на 2020-2022 роки. Вибори також проходили онлайн. Члени WAPP отримали індивідуальне посилання та код для голосування. Членами нового Правління стали Гамід Песечкян

(президент), Єва Добіала, Максим Гончаров, Габріела Гум, Іван Кирилов, Ольга Литвиненко, Річард Веррінглоер та Тіня Тобер (як представник Фонду Песечкяна).

ISSN 2710-1460WAPP

Цього року ми залучили двох нових співробітників, які допомагають у роботі нашої асоціації: Д-р Катерина Литвиненко з України в якості асистента WAPP та д-р Доротея Мартін з США/Албанії для редагування англійською мовою. Ми дуже вдячні за їхню цінну допомогу.

За останні 12 місяців, що минули з часу нашого останнього Всесвітнього конгресу в Кемері (Туреччина), наша асоціація швидко перейшла на новий етап. Було задано багато нових імпульсів, наші члени надихнули нас молодими і сучасними ідеями, такими як **розробка офіційних інформаційних матеріалів, запуск каналу YouTube,** і - що є одним з найважливіших кроків - ми відродили електронний журнал з позитивної психотерапії. Відтепер він буде називатися **"The Global Psychotherapist",** і його перший випуск ви зараз читаєте.

Наразі наша асоціація налічує 1 600 членів у 36 країнах світу. Серед них 144 базових та магістерських тренерів з позитивної психотерапії, 8 з них отримали тренерську ліцензію цього року.

Великим проектом цього року була і є переатестація тренерів, яка розпочалася в Україні. 39 тренерів пройшли онлайн-іспит у формі співбесіди. Крім того, з цього року кандидати на посаду тренера повинні скласти аналогічний іспит у формі співбесіди. Наразі таку співбесіду пройшли 16 кандидатів на посаду базового тренера та 13 кандидатів на посаду тренера-майстра. Екзаменатори цілком задоволені результатами цих співбесід. Майже всі кандидати успішно склали іспит.

Торгова марка "Позитивна психотерапія (ППТ за Пешешкіаном, з 1977 року)" була зареєстрована в Сполучених Штатах Америки в червні 2020 року. Це було важливим досягненням для нас, щоб заявити про свої права та захистити своє ім'я 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

Цей рік приніс нам і сумні новини:
Пані Маніє Песешкян пішла з життя 3 березня 2020 року. "Мати" позитивної психотерапії покинула цей тлінний світ, щоб возз'єднатися зі своїм чоловіком і засновником ППТ. З серпня минулого року вона погано себе почувала, але для неї було дуже важливо взяти участь у Всесвітньому конгресі в Кемері. Через кілька тижнів у неї діагностували рак, і останні тижні свого життя вона провела з сім'єю та близькими друзями вдома. Ми збережемо про неї світлу пам'ять і продовжимо її справу.
Ми також думаємо про наших колег, які постраждали від Covid-19 або все ще страждають, і бажаємо їм якнайшвидшого одужання.

Рада директорів хотіла б подякувати всім і кожному за підтримку протягом 2020 року. Приємно бачити, що в усьому світі є активні позитивні психотерапевти, які роблять свій внесок у психічне здоров'я своїх співгромадян. Ми пишаємося тим, що є частиною всесвітньої професійної сім'ї позитивних психотерапевтів.

Бажаємо вам всього найкращого у 2021 році.

Рада директорів та головний офіс WAPP

Всесвітня асоціація позитивної та транскультурної психотерапії (WAPP)
Головний офіс WAPP - Luisenstrasse 28 - 65185 Вісбаден - Німеччина
Тел. +49-6 11-450 34 40 - Електронна пошта: wapp@positum.org - Веб-сайт: www.positum.org

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1

ІНФОРМАЦІЯ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ АВТОРІВ

Повна та актуальна "Інформація та вказівки для авторів" розміщена на веб-сайті ПГС: https://www.positum.org/ppt-journal/

The Global Psychotherapist (JGP) - це міждисциплінарний електронний журнал, присвячений позитивній психотерапії (ППТ за Песешкіаном, з 1977 року)™. Цей рецензований піврічний журнал публікує статті про досвід та застосування гуманістично-психодинамічного методу позитивної та транскультурної психотерапії. Тематика статей варіюється від дослідницьких статей з теоретичних і клінічних питань, систематичних оглядів, інновацій, статей з кейс-менеджменту, різних аспектів психотерапевтичної підготовки та освіти, застосування КПТ в консультуванні, освіті та управлінні, листів до редакції, рецензій на книги і т.д. Існує спеціальний розділ, присвячений молодим фахівцям, який має на меті заохотити молодих колег до публікацій. Журнал вітає рукописи з різних культур і країн.

Мови статей: англійська: англійська та російська. Кожна стаття повинна мати анотацію англійською мовою, а для російськомовних статей - англійською та російською мовами. Для редагування англійською мовою автори можуть звернутися за допомогою до нашого редактора англійської мови, доктора Доротеї Мартін (США/Албанія). Ця послуга є безкоштовною для авторів. Але це стосується лише редагування, а не перекладу - пишіть на електронну адресу journal@positum.org.

Процес рецензування: Усі подані рукописи - за винятком коротких книжкових рецензій - будуть анонімно надіслані щонайменше 2 незалежним рецензентам для "подвійного сліпого" експертного оцінювання. Їхні рецензії (також анонімні) потім повертаються автору. Подані статті перевіряються в системі "Антиплагіат" і приймаються до друку в разі задовільного результату (визначається для кожної статті індивідуально за співвідношенням оригінальних фрагментів тексту, запозичених фрагментів і наявності формалізованих посилань).

Заявки можна надсилати лише у вигляді електронного додатку у форматі Word на адресу journal@positum.org.
Кожна стаття має бути обсягом від 3 до 10 сторінок, включаючи ключові слова, анотації та список літератури (Times New Roman, розмір шрифту 12, міжрядковий інтервал 1,5).

Структура: Назва, анотація з ключовими словами, вступ, методологія, результати, висновки, список використаних джерел.

Автор може опублікувати лише одну статтю в одному номері.

У виняткових випадках редакція може розглянути довші статті (або варіації на тему цих рекомендацій), однак авторам потрібно буде отримати спеціальне схвалення від редакторів перед подачею статті. (Зазвичай ми допускаємо 10%+/- похибку при підрахунку кількості слів).

Список використаних джерел: Автор повинен подати список використаних джерел в алфавітному порядку в кінці статті або на окремому аркуші (аркушах), використовуючи базовий стиль Harvard-APA. Список літератури повинен містити тільки ті посилання, які з'являються в тексті, наприклад, (Fairbairn, 1941) або (Grostein, 1981; Ryle & Cowmeadow, 1992): огляди літератури та ширші бібліографії не приймаються. Детальна інформація про загальноприйнятий стиль Гарвард-АПА може бути надіслана вам за запитом або доступна на різних веб-сайтах.

По суті, використовується наступний формат, з точним написанням великих літер, курсивом і пунктуацією.

Ось три основні приклади:

[1] Для журнальних/періодичних статей (назви журналів не повинні скорочуватися):

FAIRBAIRN, W.R.D. (1941). Переглянута психопатологія психозів та нейропсихозів. *Міжнародний журнал психоаналізу*, т. 22, с. 250-279.

[2] Для книг:

ПЕСЕЧКЯН, Н. (2016). *Позитивна психосоматика: Клінічний посібник з позитивної психотерапії, Блумінгтон*, США: AuthorHouse UK.

[3] Для неангломовних ресурсів:

ШПІГЕЛЬБЕРГ, М. М. [SPIEGELBERG, H. M.] (2002). *Феноменологічний рух. Історичний вступ* [Phenomenological movement. Historical introduction]. М.: "Логос". 608 с.

[4] Для розділів у книгах, написаних кількома авторами:

ПЕСЕСКЯН Г., РЕММЕРС А. (2020) *Позитивна психотерапія: Вступ*. В кн: Мессіас Е., Песешкян Х., Каганде К. (ред.), Позитивна психіатрія, психотерапія та психологія, (с. 3-9). Springer, Cham.

Частота та авторське право

Журнал виходить двічі на рік. Журнал підтримує політику відкритого доступу, що базується на принципі вільного поширення наукової інформації та глобального обміну знаннями задля загального суспільного прогресу. Автори, які публікують статті під будь-якою ліцензією, дозволеною журналом, зберігають усі права. Редакційна політика журналу дозволяє депонувати всі версії опублікованих статей в інституційному або іншому репозитарії за вибором автора без ембарго. Редакційна колегія журналу залишає за собою право на вичитку статей, поданих до публікації.

Додаткову інформацію та контактні дані можна знайти на веб-сайті ПГС: https://www.positum.org/ppt-journal/