АИПП
АКАДЕМИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ГРАНИ ПСИХОТЕРАПИИ

КЕЙСЫ • МЕТОДИКИ • ИССЛЕДОВАНИЯ

ISSN 2782-5299

№1 (03) 2023

ГРАНИ ПСИХОТЕРАПИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

«Грани психотерапии» — это клинически ориентированный научно-практический журнал о психотерапии и психологическом консультировании, предназначенный для психологов, психотерапевтов, психиатров, а также студентов соответствующих направлений. Журнал специализируется на публикации методик психотерапии, клиентских случаев, исследований по эффективности психотерапевтических подходов и приемов, а также переводов и обзоров зарубежных статей и других материалов по клиническим аспектам психотерапии и психологического консультирования. Целью журнала является создание растущей базы данных психотерапевтических методик, кейсов и знаний по актуальным вопросам психотерапевтической практики.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Тор Юрий Николаевич
магистр психологии, психотерапевт

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
Зедгенизова Ирина Александровна
врач-психотерапевт, психиатр
Йованович Небойша
магистр психологии, психотерапевт
Кузнецова Оксана Викторовна
к. пс. н., психотерапевт
Русина Наталья Алексеевна
к. пс. н., медицинский психолог

ЛИТЕРАТУРНЫЙ КОРРЕКТОР
Радоев Милица
магистр психологии

ПЕРЕВОДЧИКИ:
Радоев Милица
магистр психологии
Руденко Надежда Сергеевна
к. пед. н., коуч

ИЗДАТЕЛЬ

АИПП
АКАДЕМИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Академия интегральной психодинамической психотерапии (Москва, Россия)

ПАРТНЕР ВЫПУСКА

OLI

О.Л.И. Центр интегративной психодинамической психотерапии, консультирования и коучинга (Белград, Сербия)

Журнал открытого доступа.
Зарегистрирован в Национальном центре ISSN Российской Федерации. ISSN 2782-5299.

Авторские материалы не обязательно отражают точку зрения редакции.

Вопросы, замечания и предложения: journal@aipp.education

www.aipp.education/journal

Содержание

Приветственное слово Н. Йовановича 3

МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Йованович Н. Работа с базовыми эмоциональными компетенциями в О.Л.И. интегративной психодинамической психотерапии 5

Манухина Н.М. Подростковые проблемы и семейная терапия 14

Вукович М. Исцеляющий лес 16

О СИМВОЛИЧЕСКОМ

Приветственное слово О.В. Кузнецовой 20

Кузнецова О.В. Размышления о символическом: миф, символ, симптом 21

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГА

Семина М.В. Психодинамический взгляд на природу личности участника профессиональных конкурсов психологов 27

КЛИЕНТСКИЕ СЛУЧАИ

Деянович О.Г. Исследование сновидения клиента и его клинической значимости 32

Пешакович Д. Если не знаешь, как дальше работать с клиентом — помогут джунгли 37

ВОПРОС-ОТВЕТ 40

ПЕРЕВОДЫ ЗАРУБЕЖНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

Кари Харпер, Джули П. Джентиле. Психотерапия при синдроме дефицита внимания и гиперактивности у взрослых 45

Сандра Зара, Эльмар Брелер, Сэдрик Сахсер, Йорг М. Фегерт, Винфрид Хаузер, Лина Кракау, Ханна Камплинг, Йоханнес Крузе. Корреляция между разными типами жестокого обращения с детьми и диабетом во взрослом возрасте — медиационный эффект функционирования личности: данные выборочного опроса жителей Германии 53

Кристоф Флюкигер, Эй Си Дель Ре, Брюс Э. Вампольд, Адам О. Хорват. Альянс в психотерапии взрослых: мета-аналитический синтез 59

Дорогие коллеги!

Я очень рад возможности, предоставленной Центру О.Л.И., которым я руковожу, стать партнером данного журнала, а также приглашению стать частью редакции и тем самым расширить поле сотрудничества и обмена знаниями с коллегами из России.

Пользуясь случаем, хочу сердечно поприветствовать российских коллег и читателей и выразить радость по поводу будущего сотрудничества и обмена опытом через совместное создание выпусков данного журнала как пространства для профессионального развития. Хочу также поощрить коллег из Сербии отправлять материалы, делиться своими практическими наработками, случаями, поскольку журнал имеет как научную, так и практическую ориентацию. Я глубоко уверен, что это сотрудничество для всех окажется плодотворным.

Я рад, что в данном выпуске у меня будет возможность в общих чертах представить коллегам и читателям из России свою авторскую модальность — О.Л.И. интегративную психодинамическую психотерапию.

С уважением,

Магистр психологии, психотерапевт
Основатель Центра О.Л.И.

Небойша Йованович

МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Работа с базовыми эмоциональными компетенциями в О.Л.И. интегративной психодинамической психотерапии

Йованович Небойша

Магистр психологии, психотерапевт, действительный член ОППЛ, автор метода и основатель Центра O.L.I. IPP, президент EAIPP (Европейская ассоциация интегративной психодинамической психотерапии), президент UPSKS (Ассоциация психотерапии, консультирования и коучинга Сербии), президент секции психотерапии DPS (Психологическое общество Сербии), г. Белград, Сербия

E-mail: jnebojsa1@gmail.com

Теоретические основы

Психодинамическая интегративная психотерапия представляет собой процесс, посредством которого разблокируются и развиваются базовые способности Эго к обработке эмоций — эмоциональные компетенции. Основное отличие О.Л.И. интегративной психодинамической психотерапии от других психотерапевтических направлений нами видится в фокусе работы на базовых эмоциональных компетенциях, своего рода «программном обеспечении» для обработки эмоций. Эти эмоциональные компетенции были выведены из учений четырех психоаналитических школ (теория влечений — классический психоанализ, эго-психология, теория объектных отношений, селф-психология). Это не механизмы защиты, поскольку они не искажают реальность с целью защиты психики от тревоги. Многочисленные авторы упомянутых психоаналитических школ выявили и описали успешные результаты в развитии умения управлять эмоциями, однако, авторами они не были определены как этапы развития, превосходящие защитные механизмы, то есть, как зрелые эмоциональные компетенции. В методе О.Л.И. восемь эмоциональных компетенций взяты как теоретическая основа, а также как основа для интеграции техник других психотерапевтических направлений.

От механизмов защиты к эмоциональным компетенциям

Психоэволюционная теория эго-защит Плутчика [1] выносит положения о соотношении механизмов защиты и механизмов совладания, имеющие сходства с соотношением механизмов защиты и базовых эмоциональных компетенций, о котором говорится в данной работе. Так, например, согласно психоэволюционной теории, *механизмы защиты отражают ранние стадии психического развития, тогда как стили совладающего поведения, формирующиеся в результате жизненного опыта, более зрелы и адаптивны. Механизмы защиты бессознательны, ригидны и отличаются ограниченной адаптивной ценностью, тогда как стили совладающего поведения представляют собой сознательные и гибкие методы решения проблем.* Разница между нашей и вышеупомянутой точками зрения заключается в том, что мы считаем базовые эмоциональные компетенции более первичными психическими процессами, создающими почву для выстраивания тех поведенческих стратегий, которые Плутчик называет стилями совладающего поведения. Стили совладающего поведения являются следствием адекватного функционирования базовых способностей к обработке и управлению эмоциями.

Хотя он может быть полезным для защиты от различного вида тревог, любой механизм

защиты прибегает к определенной степени искажения реальности, своего рода самозащищающей лжи.

Вторичная выгода — польза от причинения вреда самому себе

Одной из важнейших причин, по которой люди не переходят к более зрелым паттернам, эмоциональным компетенциям, в которых нет искажения реальности или манипулирования собой и другими, является так называемая «вторичная выгода». Она всегда существует при любом незрелом поведении, симптомах, манипулятивных паттернах. Чтобы студентам было легче запоминать и всегда помнить об этом при работе с клиентами, я ввел один «закон» психодинамики, который гласит: «Человек никогда ничего не делает, если в этом нет для него выгоды». Конечно, не существует поведения без мотива. Это базовый психологический факт. Любое поведение служит удовлетворению какой-то потребности, оно обусловлено каким-то мотивом.

Выгода — это психоаналитическое понятие, введенное Фрейдом [2]. Он описал два типа психологической выгоды от болезни: первичную и вторичную. Первичную выгоду Фрейд видел в снижении тревожности под воздействием защиты, приводящей к появлению симптома болезни. Примером первичной выгоды может быть пациент, выстреливший в свою жену правой рукой. Он виноват и его поступок порождает внутренний конфликт, вследствие чего правая рука у него парализуется с помощью так называемого механизма конверсии (превращение психического конфликта в физический симптом). Он таким образом наказан за свои действия. Это приводит к уменьшению чувства вины и внутрипсихического конфликта, снижению тревоги, то есть к первичной выгоде. Фрейд далее определил вторичную выгоду как межличностную или социальную выгоду, получаемую пациентом в результате болезни (например, поддержка, внимание, жалость, защита, разрешение быть зависимым и пр.).

Чтобы лучше понять паттерны поведения, приводящие к вторичной выгоде, нужно понимать не только что клиент получает, выбирая такой дезадаптивный способ действия, но и как именно он это делает. Таким образом, мы приходим к понятию «контрнавыки».

Контрнавыки — паттерны поведения по типу «Должно сработать»

Контрнавыки — это более сложные формы поведения, чем механизмы защиты, они могут включать в себя несколько механизмов защиты и связанные с ними модели поведения. Мы используем понятие контрнавыков, чтобы акцентировать внимание на способностях и «контрспособностях» [3]. Мы отличаем их от защитных механизмов, поскольку контрнавыки, по сути, являются злоупотреблением защитными механизмами, их использованием ради получения «вторичной выгоды» даже тогда, когда в этом нет необходимости.

Целью развивающего психотерапевтического процесса является развитие эмоциональных компетенций, заменяющих механизмы защиты.

О.Л.И. интегративная психодинамическая психотерапия — это комплексная теоретико-методологическая система. *Она основывается на работе с базовыми эмоциональными компетенциями* — базовым «программным обеспечением» нашей психики для обработки эмоций и управления ими. *О.Л.И. ИПП предлагает понятные таблицы показателей застоя в развитии восьми базовых эмоциональных компетенций в поведенческом, эмоциональном, когнитивном и конативном аспектах, а также формы проявления зрелой, развитой эмоциональной компетенции.* Это позволяет терапевту точечно выявить застой в развитии компетенций, определить вектор, в котором необходимо продолжать развитие, «зону ближайшего развития» клиента. Кроме того, *в рамках О.Л.И. ИПП разработана «таксономия психотерапевтических целей», в которой классифицированы многочисленные методики согласно тому, на развитие каких компетенций они направлены,* и на какой стадии развития компетенции их можно применить. Это помогает терапевтам структурированным образом распознавать застой

в развитии и подбирать методы для развития базовых эмоциональных компетенций, которые оказались неразвитыми.

Восемь базовых эмоциональных компетенций

О.Л.И. психодинамическая интегративная психотерапия имеет четко определенную **область исследования:** она исследует *развитие базовых эмоциональных (и когнитивно-конативных) способностей,* о которых говорят четыре психоаналитических направления психологии: психология инстинктов, психология объектных отношений, эго-психология и селф-психология.

Среди исследуемых базовых эмоциональных компетенций можно выделить способность к нейтрализации, способность к ментализации, целостность объекта, постоянство объекта, толерантность к фрустрации, переносимость амбивалентности, волю и инициативу. Помимо базовых эмоциональных компетенций, предметом исследования выступают и более комплексные способности, формирующиеся в результате сочетания основных: способность к эмпатии, способность к уединению, способность откладывать удовольствие, терпеливость, способность к тестированию реальности, вместе с двумя самыми важными комплексными способностями, которые также являются продуктом функционального взаимодействия перечисленных базовых эмоциональных компетенций — способностями к любви и к труду.

Область исследования, таким образом, охватывает:

а) *развитие базовых эмоциональных компетенций* — этапы их нормального развития, отклонения в развитии, отражение нормального или нарушенного развития перечисленных способностей на эмоциональном, когнитивном, конативном и поведенческом уровне;

б) *взаимодействие базовых эмоциональных компетенций (взаимозависимость)* — каким образом застой в развитии одних способностей сказывается на развитии других способностей, какие комбинации отклонений в развитии способностей возможны, связь комбинаций отклонений со структурой личности, с расстройствами личности;

в) *исследование «контрнавыков»* — контрнавыки представляют собой понятие, введенное в О.Л.И. ИПП для того, чтобы обозначить комплексные паттерны поведения (механизмы защиты, эмоции, мысли, убеждения, действия...), развивающиеся как форма приспособления, когда базовые компетенции недостаточно развиты;

г) *исследование «эмоционального учета»* — изучение типичных способов расчета эмоций, «психологической математики», способа расчета «выгоды» в эмоциональной сфере жизни, создание комплексной системы расчета эмоциональной выгоды — эмоционального учета [4].

Базовыми эмоциональными компетенциями, на которых основывается работа в подходе О.Л.И. ИПП, являются:

Нейтрализация — «регулятор психики»

Способность к нейтрализации — это способность человека поддерживать рациональность своего мышления посредством нейтрализации инстинктивной энергии (сексуальной и агрессивной) и преобразования ее в нейтральную энергию, которую можно использовать для решения проблем, разумного мышления и достижения цели [5, 6].

Неразвитая способность к нейтрализации характеризуется иррациональным мышлением, переполненным агрессией или либидинозными потребностями, ослепляющими эмоциями, импульсивным поведением, иррациональным поведением. Это переживания по типу «Я ничего с собой не могу поделать», «Меня накрыло», «Я должен это получить или сделать любой ценой... я не могу думать о последствиях».

Развитая способность к нейтрализации — «сохраняет трезвость ума даже в эмоционально заряженных ситуациях», «благоразумный человек», «реалист», «не теряет головы», «сохраняет холодную голову», «объективно мыслящий человек» — фразы, говорящие о когнитивных функциях людей, способных к нейтрализации. Планирование,

обдумывание, способность абстрагироваться и взглянуть на проблему с объективной точки зрения. Интенсивые чувства не подавляют рациональное мышление, а становятся «движущей силой» для решения проблемы и достижения цели.

Ментализация — «артикулятор психики»

Способность человека думать о своем внутреннем состоянии, способность принять факт того, что у других есть собственные убеждения, желания и намерения.

Неразвитая способность ментализации — неспособность размышлять о своем внутреннем состоянии, неспособность понять тот факт, что у других есть собственные убеждения, желания и намерения. Неспособность человека понять себя и других. Ненадежная аффективная привязанность. Человек подвержен резким изменениям настроения и саморепрезентаций, находится во власти внешних и внутренних событий. Психическая эквивалентность — явление, при котором психические состояния приравниваются к физической реальности. Всесильность субъективности — убеждение человека в том, что его ментализация безошибочна и что он всегда прав. Эти люди понимают действия только в терминах физических ограничений или осязаемых целей, из такого понимания логически проистекает убеждение в том, что мысли и чувства можно изменить исключительно через действие. Человек затрудняется отделить фантазию от реальности, и в ходе его деятельности, когда срабатывает принцип «якобы», в качестве защитной реакции может возникнуть гиперактивная ментализация — попытка увидеть ментальное содержание там, где его нет, как, например, в случае бредовых идей об отношениях.

Развитая способность ментализации — способность размышлять о своем внутреннем состоянии, способность понимать тот факт, что у других есть свои убеждения, желания и намерения. Обдумывание, понимание собственных состояний и состояний других, мотивов определенных состояний и поведения. Способность создавать «карту разума», надежную аффективную привязанность.

Целостность объекта — «клей психики»

Подразумевает способность воспринимать и принимать другого человека (или какую-то желаемую цель, работу, деятельность) как целое. Способность осознавать как хорошие, так и плохие стороны того, что мы любим и хотим. Способность принять это. Ни один человек не может удовлетворить все наши потребности и не может удовлетворить их всегда. Этого не даст и достижение какой-либо желаемой цели. Все несет в себе как хорошие, так и плохие стороны. Удовлетворяет и фрустрирует. Это одновременно подразумевает и способность воспринимать и принимать себя как целостное существо с достоинствами и недостатками [7, 8].

Неразвитая способность к целостности объекта — неспособность интегрировать положительные и отрицательные качества людей, явлений, действий. Она делает человека нереалистичным, неспособным понять и принять, что никто и ничто не является идеальным или ужасным, что люди, мир, жизнь — не черно-белые явления. Такой человек будет взаимодействовать с «частичными объектами», с одним измерением тех людей, с которыми он контактирует, одним измерением деятельности, которой занимается, одним измерением жизни. Он идеализирует и потом разочаровывается. Восприятие себя также фрагментировано, человек не целостен.

Развитая способность к целостности объекта — реалистичное, интегрированное восприятие реальности, другого человека, работы, деятельности, себя. Реалистичные ожидания от себя, от других. Принятие ограничений. Готовность, несмотря на ограничения и то, что нет ничего идеального, вкладывать энергию, эмоции, усилия в достижение желаемых отношений и целей.

Постоянство объекта — «стабилизатор психики»

Когда мы говорим, что у человека развито постоянство объекта, это, по сути, означает, что его связь с любимым объектом стабилизирована и становится расширенной внутренней связью, независимой от удовлетворения

потребностей. Проще говоря, мы можем любить кого-то даже тогда, когда он не удовлетворяет наши потребности, и можем «хранить его в себе». Мы не зависим от его физического присутствия. Когда любимым объектом является наша цель: работа, задача, которую мы ставим перед собой, у нас есть четкое понимание того, чего мы хотим, независимо от того, вознаграждены ли мы в данный момент за нашу деятельность, далеко ли достижение цели [9, 10].

Неразвитая способность к постоянству объекта — взрослый человек, не развивший в себе эту способность, в близких отношениях будет склоняться к зависимости, обладанию или контролю над любимым объектом, постоянному физическому присутствию или же к угасанию чувств, как только объект любви отсутствует или не удовлетворяет какую-либо потребность. В отношении к труду: человек можеть бросить деятельность, которую в целом любит, работу, которая ему нравится, как только она перестанет удовлетворять его потребности легким путем и если вдруг потребует от него чего-то, что ему дается тяжело и требует определенных жертв. Такой человек «быстро загорается и тухнет», отличается большими колебаниями работоспособности, ожидает успеха в одночасье. Теряет волю, когда дела идут нелегко, когда нет мгновенного вознаграждения за выполненное дело, когда удовольствие откладывается. У человека чрезмерная потребность и склонность полагаться на других при реализации потребностей и задач, не справляется сам.

Развитая способность к постоянству объекта — реалистичное восприятие действительности, другого человека, работы, деятельности. Реалистичные ожидания от себя, от других, принятие ограничений, готовность, несмотря на ограничения и понимание того, что нет ничего идеального, вкладывать энергию, эмоции, усилия в достижение желаемых отношений и целей.

Толерантность к фрустрации — «иммунитет психики»

Способность справляться с неприятностями, которые в нас вызывает неудовлетворенность некоторых потребностей [11, 12].

Неразвитая способность толерантности к фрустрации — отрицание наличия желания — отрицание психологической потребности в росте и развитии, обесценивание желания, чтобы избежать тревоги, связанной с неспособностью справиться со своей фрустрацией. Избегание ситуаций, вызывающих разочарование. Проекция желания на других, «человек живет успехами других», предпринимает агрессивные и манипулятивные попытки заставить других не фрустрировать какую-либо потребность.

Развитая способность толерантности к фрустрации — человек не отказывается от своих желаний и целей. Он способен терпеть неудачи и недовольство, что приводит его к поиску новых путей удовлетворения потребности. Он извлекает уроки из своих неудач. Он корректирует неудачные пути, заменяет их новыми, меняет стратегию, регулирует уровень необходимых усилий, качество усилий. Он способен, по ситуации, взять на себя роль лидера, не проявляет бессознательных фобических реакций, связанных с этой ролью.

Переносимость амбивалентности — «навигатор психики»

Способность выдерживать противоречивые чувства к другому человеку, к себе, к деятельности, при преобладании положительных чувств. Способность определяться, решать. «Двигаться к» или «двигаться от» [13, 14, 15].

Недостаточно развитая способность переносить амбивалентность — в одно и то же время, в одной и той же деятельности, противоречивые чувства к одному и тому же объекту (человеку, деятельности) сосуществуют рядом друг с другом, без каких-либо признаков конфликта: я работаю, но так, чтобы перечеркнуть результаты своей работы. Противоположные чувства разделяются во времени: «один день люблю, другой день ненавижу, один день работаю, другой день отлыниваю или порчу то, что сделал». Подавление одной стороны амбивалентных чувств реактивным усилением другой. Поверхностность, измельчение отношений на мелкие кусочки. Это позволяет человеку

разрядить напряжение через «большое количество крошечных отверстий», по нескольким каналам, ни один из которых не имеет достаточного значения, благодаря чему получается избежать силы воздействия амбивалентности.

Развитая способность переносить амбивалентность — человек способен решать, несмотря на негативные чувства по отношению к человеку или деятельности, стоит ли оставаться ли в этих отношениях или деятельности. «Хочет или не хочет». Если хочет, то действительно хочет (при этом полностью осознавая, что испытывает и отрицательные чувства по отношению к человеку или деятельности). Если не хочет, то принимает четкое решение и не вступает в отношения или деятельность. Если работает, то не саботирует самого себя амбивалентностью, не «вставляет себе палки в колеса», не прокрастинирует, не преувеличивает. Работает в соответствии с требованиями поставленной задачи и цели. Ни слишком много, ни слишком мало. Столько, сколько нужно для достижения цели. Нет серьезных колебаний в трудоспособности (разве что по состоянию здоровья).

Воля — «двигатель психики»

Способность прилагать постоянные усилия для достижения целей развития — способность развиваться в самостоятельную личность. Глубокая внутренняя направленность (интенциональность) на цель, на изменения [16, 17].

Воля — центральная сила нашей индивидуации.

Неразвитая волевая способность — вялость, неспособность двигаться, вкладывать энергию, нехватка энергии для поддержания движения, утрата амбиций, «воли к жизни». Паразитизм (выживание за счет других) или «контрволя» (для двухлетних детей это нормальная стадия развития), проявляется во фразе «не буду», которая противоречит воле других и тому, что человек «должен» делать. Отказ принять то, что необходимо для достижения собственных целей, потому что оно воспринимается как навязанное извне. Произвол, не соответствующий возрасту, и воля, обращенная против самого себя.

Развитая волевая способность — проявляется в психологическом достижении творческого благополучия на трех уровнях развития. Первый уровень — это уровень добровольного принятия обязательств, когда человек принимает то, что ранее воспринималось им как принуждение. Второй уровень подразумевает творческую фазу и готовность человека делать то, что он сам хочет (достижение собственных целей). Человек обладает способностью поддерживать идеалы, созданные им самим. Творческая воля не предполагает доминирования над другими. Третий уровень — это трансперсональная воля — потребность, которая возникает вследствие обретения идентичности и проявляется в стремлении распространить идентичность на других, на благо общества, на вклад во что-то большее, чем мы сами.

Инициатива — «побудительная сила психики»

Способность брать на себя ответственность за инициирование или совершение чего-либо, способность думать и действовать без посторонних требований. Способность начать, инициировать что-то самостоятельно, готовность сделать первый шаг, а также взять ответственность за это, проявить выдержку и довести до конца деятельность. Инициатива заключается в том, что «я самостоятельно определяю и делаю то, что, по моему мнению, должно быть сделано, прежде чем кто-либо попросит меня об этом» [18, 19].

Неразвитая способность к инициативе — человек ничего не может инициировать сам, ждет, когда ему «подскажут», ждет, чтобы кто-то другой начал, готов принять и продолжить работу, которую начал другой, но сам не может начать. Он испытывает неприязнь к любому виду риска, непредприимчив, избегает выделения из массы, самопрезентации, демонстрации себя или же ему свойственна вторгающаяся (навязчивая, прорывная) инициатива. Он инициирует дела, но при этом не заботится о других, навязывает свою деятельность, подавляет чужую инициативу, эксплуатирует других, ведет себя нагло и должен во всем быть первым; нет чувства взаимности.

Развитая способность к инициативе — проактивность, человек способен развивать деятельность или проекты, обладает уверенностью и убежденностью в том, что так можно делать, даже если есть риск неудач или ошибок. В его деятельности есть смысл и направленность, он способен принимать решения, сотрудничать с другими, руководить другими, определять цели, способен проявлять инициативу и брать на себя соответствующие риски. В отношениях присутствует четкое чувство взаимности.

Эти способности, подобно атомам, связываются и взаимодействуют, создавая более сложные «молекулы» психики: способность к любви и труду.

О.Л.И. психотерапевт работает в двух плоскостях: плоскости содержания и плоскости процесса. Выслушивая то, что клиент ему преподносит, беседуя с ним об этом, а также о жизненных событиях, его отношениях, любви и труде, О.Л.И. терапевт уделяет особое внимание паттернам, свойственным клиенту, типичным способам обработки собственного опыта и эмоциям, которые этот опыт вызывает.

Дефицит в развитии базовых эмоциональных компетенций можно также выявить через более сложные эмоциональные компетенции, которые складываются из базовых. На практике гораздо легче выявить дефицит в более сложных способностях, поскольку они проявляются как определенные черты личности. Однако изменить и развить сложные способности трудно, если мы не обратимся к их составным частям — базовым эмоциональным компетенциям. На диаграмме ниже показано, как базовые эмоциональные компетенции объединяются в группы и создают более сложные компетенции.

Диаграмма 1. Базовые и сложные эмоциональные компетенции

Поскольку каждая из перечисленных базовых эмоциональных компетенций имеет свой алгоритм, то есть шаги, которые наш психический аппарат воспроизводит для ее применения, это позволяет нам более четко определить как типы обучения, так и психотерапевтические методы, способствующие развитию или разблокировке определенной способности. В этом нам помогает таксономия терапевтических целей, которую мы разработали для более четкой классификации психотерапевтических техник и типов обучения в процессе психотерапии.

- Терапевтические методы «классифицируются» согласно тому, какую способность и на какой стадии развития они могут инициировать или разблокировать.
- В методе О.Л.И. также предлагается таксономия психотерапевтических целей, указывая при этом какие типы обучения применяются в процессе психотерапии и какие способности активируются посредством определенной формы обучения.

Таблица 1. Таксономия терапевтических целей

	Базовые эмоциональные компетенции-процессы						
Виды обучения-знаний	**Нейтрализация и ментализация**	**Целостность объекта**	**Постоянство объекта**	**Толерантность к фрустрации**	**Переносимость амбивалентности**	**Воля**	**Инициатива**
Концептуально-декларативное	Т	Е	Х	Н	И	К	И
Процедурное	Т	Е	Х	Н	И	К	И
Метакогнитивное	Т	Е	Х	Н	И	К	И

Техники «широкого спектра» и «целевые» техники

- Чаще всего мы сталкиваемся с отсутствием четкого определения, с какой целью та или иная техника используется и что, собственно, она развивает.
- Обычно это обобщенные предположения, такие как «расширение осознанности», «работа с непринятыми аспектами себя», «принятие ответственности» — это своего рода «техники общей практики», что-то вроде антибиотика широкого спектра действия, подобно сети, которую бросаем в воду, надеясь что-нибудь уловить.
- Если мы знакомы с базовыми способностями обработки эмоций, «что они делают в нашей голове», то можем подобрать конкретные техники, способствующие развитию нужной способности, а также форму обучения, с помощью которого овладение способностью будет наиболее эффективным ■

ЛИТЕРАТУРА

1. Conte, H. R. & Plutchik, R. (1995). Ego defenses: Theory and measurement. New York, John Wiley & Sons, Inc.
2. Freud S: Introductory lectures on psychoanalysis (1917). pp. 378–391. Vol. 16. Hogarth Press, London, 1959.
3. Jovanović, N. (2013), „Sposobnost za ljubav i rad-OLI Integrativna Psihodinamska Psihoterapija“, Beoknjiga, Beograd.

4. Jovanović, N. (2013), Sposobnost za ljubav i rad-OLI Integrativna Psihodinamska Psihoterapija, Beoknjiga, Beograd).
5. Hartmann, H. (1939), Psycho-Analysis and the concept of mental health. International Journal of Psycho Analysis, 20, 308–321.
6. Hartmann, H. (1950), Comments on the psycho-analytic theory of the ego. In: Hartmann 1964 Essays on Ego Psychology (London: Hogarth; New York: Int. Univ. Press).
7. Klein, M., 1940. Mourning and its relation to manic-depressive states, in Love, Guilt and Reparation. The Hogarth Press, London.
8. Klein, M. (1948). Contributions to Psychoanalysis (1921–1945). London: Hogarth Press.
9. Freud, A. (1989 [1965]). Normality and Pathology in childhood: Assessment of Developments. London: Karnac Books.
10. Mahler, M. S. & Furer, M. (1963). Certain aspects of the separation-individuation phase Psychoanal. Q. 32:1–14.
11. Freud, S. (1912). Types of Onset of Neurosis. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911–1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works, 227- 238.
12. Kohut, H. (1971). The Analysis of the Self. New York: International Universities Press
13. Bleuler, E. (1952), Dementia praecox (Joseph Zinkin, Trans). New York: International Universities Press. (Originalni rad je publikovan 1911).
14. Abraham, K. (1927). A short history of the development of the libido. In Selected papers of Karl Abraham (Douglas Bryan and Alix Strachey, Trans.). London: Hogarth Press. (Originalni rad je publikovan 1924).
15. Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states, In: Contributions to Psycho-Analysis 1921–1945 London: Hogarth Press, 1948 pp. 282–310 Klein, M. , 1940. Mourning and its relation to manic-depressive states, in Love, Guilt and Reparation. The Hogarth Press, London.
16. Rank, Otto. (1932) Art and Artist. New York: Knopf, 1958.
17. Assagioli, R. (1973) The Act of Will. New York: Viking Press.
18. Erikson, E. (1985) Identitet i životni ciklus, Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
19. Kohut, H. (1977). The restoration of the self. New York: International Universities Press. Volume 4, p.451–457 “four basic concepts”).

Ключевые слова: базовые эмоциональные компетенции, психодинамическая интегративная психотерапия, O.L.I. IPP.

Подростковые проблемы и семейная терапия

Манухина Наталья Михайловна

Кандидат психологических наук, семейный психолог и системный коуч, супервизор, г. Москва, Россия

E-mail: nata@manuhina-nm.ru

Самое частое обращение звучит как «Подросток не хочет учиться». Я бы переформулировала запрос: «Подросток не хочет учиться тому и так, чему и как его заставляют». На самом деле, подростковый возраст — это период обнаружения множества увлечений и интересов, которые изначально кажутся доступными, а потом оказывается, что это не так. Нужно много труда и времени, чтобы их освоить, и это пугает или заставляет бросать на полпути. Интересные книги, видео, спорт, общение — всё это не то, что предлагается взрослыми. Чаще, наоборот, предлагается то, что «Нужно, хоть и сложно» или отвечает пословице «Без труда не вытащишь рыбку из пруда». И еще хочется прямо сейчас быть успешным и умным, красивым и привлекательным, а не прыщавым и неловким, негативно оцениваемым и отвергаемым.

Вот с этого последнего и надо начать. Для этого психологу лучше всего пригласить на прием подростка вместе с родителями. Кстати, если есть несколько детей в семье, то лучше приглашать всех: обоих родителей и всех детей. Семья — великая сила, если ее сделать ресурсным полем для развития каждого ее члена.

В случае школьной неуспеваемости важно организовать беседу так, чтобы родители, а вслед за ними и другие дети, говорили, в чем подросток успешен, к чему у него явные способности и скрытые таланты.

Если такую беседу-откровение запустить обо всех членах семьи, они сильно сплачиваются между собой в теме успехов, что само по себе для семьи целительно. Даже если на встречу пришел один родитель и ребенок, подобная беседа важна и значима для обоих.

Предложите ребенку рассказать и внимательно слушайте о том, что ему наиболее интересно. Не позволяйте родителю критиковать или обесценивать. Зато побуждайте родителя добавлять, в чем его ребенок еще компетентен, какие есть способности, достижения.

Если есть возможность, напроситесь к подростку в ученики: чтобы он/она показал Вам, что у него/нее получается. Не критикуйте. Восхищайтесь.

Например, я всегда прошу рисовать тех, кто сказал (или о ком сказали), что хорошо рисует. Или рассказать про любимую компьютерную игру (я сама не умею, не играю совсем). Или раскрыть секреты его/ее успеха в спорте. Или поделиться знаниями из интересной для подростка науки или направления деятельности.

Другая частая сложность — малое число друзей или вообще избегание реального общения. Подростку очень важно общаться со сверстниками. Но он стесняется. Чтобы заявить о себе, проще быть глубоко отрицательным (например, двоечником), чем положительным. Быть всегда в плюсе — большая работа. И потом, таких «выскочек» сверстники не ценят: они заняты своим продвижением к успеху и часто одиноки. Учеба в школе совершенно не учитывает эту потребность: строить групповые отношения. Этим она толкает на поиск иных групп. К сожалению, асоциальные сообщества или отдельные личности вовлекают таких подростков с дефицитом общения.

Здесь психологу важно сместить внимание родителя и подростка на поиск сообществ

по его собственным интересам, для развития скрытых способностей. Если родители поддерживают подростка в общении в группах по таким интересам, как спорт, увлекающие его науки, искусство (для самовыражения), то статус подростка вырастает как для него самого, так и для сверстников, в том числе в школе, в которую он ходит охотнее. При этом растет и самооценка родителя, его статус в социуме, семье. Психологу важно обеспечивать развитие тех областей взаимоотношений и деятельности, которые вызывают уважение и гордость собой и друг другом, своей семьей. Ведь подросток готовится к отдалению, сепарации от семьи. Быть выходцем из уважаемой семьи больше помогает закрепиться в социальных системах, учебных и рабочих, чем ощущение «я из низов», «я из проблемной семьи».

Еще очень важно помочь подростку получить больше информации о разнообразии современных профессий и о нем самом, как потенциально способном ими овладеть. Здесь я имею в виду профориентацию. Только это не должно быть лишь тестирование. О каждой профессии нужно рассказать так, чтобы она манила, как конфета. О способностях подростка — как об источниках его успеха в тех направлениях, которые его больше всего манят. Лишь загоревшись какой-то профессией, подросток сделает собственный выбор, который и будет его вести дальше, то есть подпитывать ответственность за достижение результатов. Но неверие в себя будет мешать постоянно.

Поэтому психологу важно помочь родителям научиться не пресекать желания подростка, но быть рядом, в курсе, под рукой — чтобы ему всегда было к кому прийти и обсудить самое актуальное. И опять: когда сам психолог на приеме интересуется, спрашивает и слушает, не осуждая, а принимая и обсуждая, он обучает этому же родителей и других членов семьи. Наука восхищаться, предлагать своё, только если попросят, и лишь как одно из мнений, но не истину — сложна для большинства семей и осваивать им ее быстрее и легче с помощью семейного психолога.

Ну и последнее и самое главное, что нужно от родителей подросткам. Они сами этого не скажут, но потом будут этот период всю жизнь вспоминать. Им нужна прочная семья, особенно отношения между родителями. Семейный психолог помогает им стать союзниками, а не врагами, партнерами в поддержке своего ребенка, а не конкурентами.

Подростковый период — это когда появляется первый самостоятельный социальный опыт, когда подросток сам создает долгосрочные отношения. Ищет себе партнеров обоих полов и строит с ними разные отношения. Примером же для него всегда остаются те, которые он наблюдал до этого и видит сейчас: отношения родителей. Если же родители не живут вместе, так как развелись, то психолог помогает им понять, что развелись они как супруги, но не как родители. Подростку очень важно, чтобы в поле его внимания и в контакте с ним были оба родителя. Часто его отказ от учебы — это неосознанная попытка добыть себе второго, менее включенного в его жизнь, родителя. Семейный психолог помогает дистанцировавшимся или даже расставшимся родителям вернуться к контакту с подростком. Задача решается, когда каждый родитель сможет отвечать на запрос, вступать в контакт с подростком, выслушивать его вопросы и версии настоящей жизни, отвечать искренне и только правду. Взрослые часто врут, и подростки этого не прощают. Они очень чувствительны в этом возрасте к искренности и честности, лжи и обману. Создать пространство доверия и искренности, сначала в процессе семейной терапии, а затем внутри семьи — одна из главных целей системной психологической помощи семье ■

Ключевые слова: подростковый период, самооценка, общение, сплочение семьи, модель отношений.

Исцеляющий лес

Вукович Майя

Психолог-консультант, холистический терапевт, писательница, г. Майнц, Германия

Email: author@majawu.eu

«Терапия в лесу научила меня дать себе время и довериться себе. Поначалу я боялась, не знала, чего ожидать, но сегодня я с благодарностью отношусь к пережитому опыту, зная, что всегда могу «вернуться» в состояние спокойствия и восстановить ресурсы.» (опыт клиентки)

Лес способен прикоснуться к нашей душе мощнее, чем что-либо иное. Цель этой статьи — раскрыть потенциал использования леса в психотерапии.

Всем нам известно благотворное воздействие регулярного пребывания на природе на человека. Оно может включать:

- улучшение работы сердечно-сосудистой и иммунной системы
- снижение уровня гормонов стресса
- понижение артериального давления
- усиление ясности сознания
- увеличение креативности

Кроме того, терапия в лесу улучшает связь ума, души и тела. При регулярном пребывании в лесу, мы снова учимся доверять своему телу и прислушиваться к его потребностям *(например, потребность в здоровой пище, отказ от курения)*. Мы начинаем ценить ту работу, которую наше тело для нас проделывает. Таким образом мы развиваем и соматический интеллект.

Ко мне обращаются люди с выраженными симптомами стресса и выгорания, и лес дает им пространство силы и спокойствия, где нет лишних раздражителей. Зачастую именно симптомы, связанные со стрессом — такие как внутреннее беспокойство, постоянные мысли, трудности сосредоточить внимание, напряженность, истощение и усталость — и есть то, что мешает поиску решения. Мышление клиентов таким образом сужается и субъективно они переживают стрессовую ситуацию как безвыходную. Тем самим, расслабление часто становится приоритетом при психотерапевтических практиках в лесу. Лес дарит клиентам не только расслабление и спокойствие, но и ощущение жизненной силы и энергии.

С какими запросами хорошо помогает терапевтическая работа в лесу?

- *Постоянное ощущение нехватки времени, чувство, что вы слишком мало сделали, страх определенных ситуаций.* Наше тело на это реагирует выбросом гормонов стресса, которые активируют работу симпатической нервной системы и вводят нас в состояние напряжения. Пребывание в лесу нейтрализует последствия этого.
- *«Что со мной будет... Получится ли у меня сдать экзамен... Изменяет ли мне партнер... Я недостаточно хорош/-а...»* — эти и подобные мысли навязчивого характера могут создавать большой стресс. Поскольку пребывание в лесу требует от нас движения, моторные и сенсорные доли мозга активируются и в то же время активность зоны, ответственной за «руминации», гаснет.
- *Потливость, сердцебиение, ускоренное дыхание, панические атаки.* В ходе пребывания в лесу, а также благодаря психологическому просвещению в рамках терапии, клиенты учатся лучше понимать процессы в своем теле и лучше различать свои состояния, тем самым переосмысливая их.

Японцы много лет назад разработали и признали такой формат терапии, как *Shinrin Ioku,* известный также под названием

«лесная баня». Речь идет о сознательном восприятии леса через ходьбу, наблюдение и чувствование.

Элементарную силу леса надо почувствовать всеми органами чувств. На первых сеансах клиенты погружаются в лес, наблюдая за флорой и фауной, и заново учатся дышать и отдыхать. Свои программы я разрабатываю под клиента, внимательно наблюдая за их реакциями и потребностями.

Первая встреча с лесом может показать клиенту, насколько он «закостенел» и как сильно тело сопротивляется природному расслаблению. В лесном воздухе мало пыли и загрязняющих веществ, он подобен морскому, а влажность обычно выше, чем в городе, поэтому в глубине леса нужно несколько раз глубоко вдохнуть и спокойно выдыхать, и чем больше продлеваем выдох, наше тело чувствует все большую легкость и расслабление. Существует много техник дыхания, которые я предлагаю клиентам практиковать. Они позволяют выявить степень стресса, успокаивают и улучшают настроение.

Лес используем как пространство для восстановления, размышления, исцеления и медитации, клиенты учатся выполнять упражения на осознанность. Они входят в контакт со своим телом, шагают в тишине и босиком, что помогает им быстрее сместить фокус «извне вовнутрь». Многие клиенты после нескольких часов пребывания и работы в лесу хотят вернуться туда одни и самостоятельно почувствовать эту обстановку. Такой акт самосознания нужно поощрять и часто при завершении встречи они получают домашнее задание посетить ближайшие городские парки, леса.

Лес дает пространство для проекций настроений и чувств клиента, что делает доступными ранее скрытые темы. День заканчивается терапевтическим письмом и шерингом.

Упражения выполняются в пещерах, у естественных источников, на полянах. Клиенты фокусируются на проблеме и описывают что они видят, чувствуют, какие телесные ощущения испытывают, замечая как то, что они ощущают, соотноситься с их проблемой. Благодаря лесу как площади для проекций, подсознательные процессы могут стать заметными и тем самым доступными к изменению.

Вхождение в контакт с собственным подсознанием происходит в том числе и через прикосновение к деревьям, которые они выбирают и ассоциируют с какими-то частями своей жизни и которые напоминают им семью, здоровье, работу, отношения, деньги и т.д. Каждый выбирает, согласно своим внутренним образам, то, что он узнает в деревьях, поэтому чьей-то семьей будет старый клен, чьим-то здоровьем — сосна, отношениями — дуб и т.д.

Лес также может послужить пространством для развития творческой стороны личности. В этом помогают различные методы и приемы, такие как арт-терапия, нейрографика, терапевтическое письмо, «лесные ванны» на источниках воды, валяние в траве, прислушивание к внутреннему диалогу и другие.

Лес непрерывно меняется, и сам процесс элементарного жизненного цикла тем самым становится для нас более понятным и приемлемым: жизнь, смерть, восстановление. В корейской аккупунктуре, одном из методов, который также применяю в работе с клиентами, выделяют 5 этапов перемен, связанных с различными элементами (дерево, огонь, земля, металл, вода), и каждый из элементов связан с образом себя и своего здоровья, поэтому упражнения, которые учат активировать жизненную энергию, имеют большое значение и именно с них мы начинаем каждый новый день пребывания в лесу.

Лес тесно связан с нашим воображением и иногда разбудить его для нас становится большим вызовом, особенно у клиентов, которые сопротивляются говорить о том, что они видят в облаках, кронах, земле, замечать, как пляшут деревья, дают ли они им убежище или пробуждают у них страхи. Вначале амбивалентность может смутить наше воображение, но в то же время она подстрекает воображение работать на нас, активировать нашу интуицию.

Я приглашаю клиентов понять, какое место для них является наиболее привлекательным, в каком месте они восстанавливаются, где у них получается лучше расслабиться,

включить воображение. Я даю им возможность прислушаться, ощупать, задействовать все органы чувств и направить свое внимание в нужную для них сторону. Мы также собираем различные символы *(листья, камни, грибы, шишки, веточки, ягоды...),* которые позже используем в работе.

Лес обладает огромным потенциалом для использования в психотерапии. В природной среде становится легче понять, какой предыдущий опыт или жизненные события привели к нынешней ситуации. Лес помогает клиентам сменить перспективу, укрепить силы эго и обрести новые ресурсы ■

Ключевые слова: терапия в лесу, потенциал природы для психотерапии, ресурсы леса.

О СИМВОЛИЧЕСКОМ

Дорогие читатели!

Знакомьтесь — перед вами новая рубрика журнала «Грани психотерапии»: О Символическом. Да, эта рубрика посвящена Его Величеству Символу, его многогранности и многозвучности, его проявлению в мифах и легендах, сказках и притчах, а также в сновидениях, активном воображении, метафорах пациентов. Вспомним, Юнг говорил о символах, что в них «больше скрыто, чем объявлено». От того, насколько ясно психотерапевт сможет разгадать символическое послание, скрытое в симптоме, во многом, зависит результат терапии. Эта рубрика — творческое пространство, алхимическая лаборатория, где вы можете познакомить коллег с вашими открытиями в области работы с символическим материалом пациентов, идеями мифологической амплификации, примерами из практики, в которых отражается ваш опыт по распознаванию символических посланий Психе.

к.пс.н. Кузнецова Оксана Викторовна

Размышления о символическом: миф, символ, симптом

Кузнецова Оксана Викторовна

Кандидат психологических наук, аналитический психолог, психотерапевт по методу символдрамы, травматерапевт, преподаватель (тренер) ОППЛ, г. Москва, Россия

E-mail: kseniko@mail.ru

Как растение даёт свои цветы, так психика создаёт свои символы.
К. Г. Юнг

Человек отныне живет не только в физическом, но и символическом универсуме. Язык, миф, искусство, религия — части этого универсума, те разные нити, из которых сплетается символическая сеть, сложная ткань человеческого опыта. Весь человеческий прогресс в мышлении и опыте утончает и одновременно укрепляет эту сеть.
Э. Кассирер

Символ остается вечным вызовом нашим мыслям и чувствам. Возможно, этим объясняется столь стимулирующий характер символической работы, почему она захватывает нас столь интенсивно.
К. Г. Юнг

Понимание мифа как особого жанра в культуре кардинально трансформировалось за его более чем трёхтысячелетнюю историю существования. Изначально миф рассматривался не как «сказка», «вымысел», «фантазия» (согласно исследовательской традиции, возникшей в XIX веке), а как событие подлинное и реальное, сакральное и значительное.

Противопоставленный логосу, mythos стал обозначать *«то, чего не существует в действительности»*. Раскрывая суть мифа, Мирча Элиаде пишет, что *«миф излагает сакральную историю, повествует о событии, произошедшем в достопамятные времена «начала всех начал»»*[1]. Миф описывает разнообразные, порой, драматические проявления сверхъестественного, священного, *нуминозного*. И с одной стороны, благодаря действиям этих сил, мир таков, какой он есть, а с другой стороны — *«человек стал таким, каков он есть, — смертным, разделенным на два пола, обладающим культурой»* [8].

В сохранившихся архаичных цивилизациях и по сей день существует разграничение мифа, как *«сказания истинного»* и сказок, относящихся к *«сказаниям вымышленным»*. «Истинные сказания», как правило, насыщены содержанием сверхъестественным и сакральным (например, космогонические мифы), в то время как «сказания вымышленные» — рассказывают о событиях светского характера.

У многих народов существует традиция передавать мифы только посвящённым. Именно по этой причине мифы часто «не доверяются» женщинам и детям. Как правило, эти мифы относились к космогонической тематике или были связаны с проведениями обрядов инициации. Если вымышленные истории могли рассказываться в любое

1 Почти всегда миф — это история о сотворении (сотворении Мира или рождении Героя), воплощении некой реальности, о том, что себя *«в полной мере проявило»*. Как правило, мифологические существа и герои являются воплощением активно действующего начала.

время, то мифы — как правило, в определённое время. При этом мифологические, эпические сюжеты нередко сочетались с музыкой, и пение сказителя могло продолжаться несколько дней.

М. Элиаде отмечает, что для историка религий знаменательным является всякое проявление священного: *«каждый ритуал, каждый миф, каждое верование, и каждый образ божества отражают опыт священного и потому несут в себе понятия бытия, смысла, истины»* [9]. Для человека важно осознание того, что в мире есть *«нечто бесспорно настоящее»*.

Вопрос: могло ли возникнуть сознание, если бы человек не придавал смысл своим импульсам и переживаниям? Осознание мира настоящего и полного смысла тесно связано с образом священного. Переживание сакрального необходимо для постижения человеком разницы между тем, *«что проявляется как настоящее, мощное, обильное и имеющее смысл»*, и тем, что не обладает таковыми характеристиками, и при этом, существует, происходит как нечто бессмысленное и хаотичное, вследствие чего и воспринимается иногда как *«зловещий поток явлений»*[2].

М. Элиаде пишет, что человек, который становится прямоходящим, начинает совершенно по-иному воспринимать пространство *(«человек выпрямился — и в силу этого пространство приобрело структуру, недоступную для антропоидов: четыре горизонтальных вектора, отходящих от центральной вертикальной оси. Иначе говоря, пространство выстроилось вперед, назад, направо, налево, вверх и вниз от человеческого тела. Из нового и порождающего опыта — ощущения себя «ввергнутым» в необозримую, неведомую и угрожающую беспредельность — развились разные способы orientatio; потому что нельзя сколько-нибудь долго прожить посреди хаотического коловращения, без всяких точек отсчета»)* [9]. Таким образом, «центрация» очень важна для человека. И во многом, если рассматривать процесс психотерапии, это чувствование-ощущение центра и становится предтечей процесса исцеления.

В работе «Сверхъестественное в первобытном мышлении» Л. Леви-Брюль, исследуя специфику мышления в примитивных и современных обществах, определяет основное различие между мышлением в этих контекстах. Он отмечает, что в архаичных культурах оно пра-логично (в отличие от логичности и рациональности мышления современных культур, во многом — индустриальных). При этом, умственная деятельность человека первобытного общества не является формой мышления более низкого порядка.

Леви-Брюль пишет, что *«законы, управляющие коллективными представлениями отсталых народов, совсем не похожи на наши логические законы мышления»* [3]. Человек архаичной культуры не разделяет реальность предмета или явления и его образ или представление о нём. Так, сновидение и явь, человек и его имя (его изображение или тень) для него тождественны.

Описывая специфические законы первобытного общества, Леви-Брюль выводит закономерность, которую он называет законом сопричастия или партиципации[3]. По представлениям первобытного человека, предмет может быть самим собой, и, одновременно, чем-либо иным. Человек (или предмет) могут находиться и здесь, и в ином пространстве. Первобытный человек ощущает мистическое, сакральное единство со своим тотемом, духом-помощником и т.п. Леви-Брюль отмечает, что, называя такое мышление пра-логическим, он не имеет в виду его нелогичность. Это — принципиально другой способ постижения внешней и внутренней реальности. Описывая этот особый вид мышления, Леви-Брюль предлагает такие конструкты,

2 *«На самых архаических уровнях культуры жить, как подобает человеку, — само по себе есть религиозное действо, потому что принятие пищи, половые отношения и труд имеют сакраментальную ценность. Другими словами, быть — а еще вернее, стать — человеком означает быть «религиозным» («La Nostalgie des Origines», 1969, p. 7 sq.)»* [8].

3 Также важное значение он придаёт процессу перехода мышления от пралогического к логическому. И, хотя мышление человека современной, во многом, урбанистической культуры, становится до предела рациональным и сверхлогичным, наряду с ним сохраняются и коллективные представления, и, как следствие, — мышление пралогическое. При этом, Леви-Брюль отмечает, что становление самосознания помогает преодолеть влияние закона партиципации.

как предпонятия *(prenotions)* или предсвязи *(preliaisons)*.

Теория, предложенная Леви-Брюлем, стала импульсом для многих идей, нашедших развитие в поле философии, культурологии, социологии, психологии и психотерапии (Юнг, Марр, Шелер и др.), особо заметно влияние его работ на становление культурно-исторического подхода к анализу психического развития человека.

Размышляя о природе мифологического, А.Ф. Лосев пишет, что миф — *«не выдумка, а содержит в себе строжайшую и определённейшую структуру и есть логически, т.е. прежде всего диалектически необходимая категория сознания и бытия вообще»* [4]. Миф, по Лосеву, не является примитивно-научным построением *(«наука не рождается из мифа, но наука всегда мифологична», «миф не базируется на научном опыте», «наука никогда не может разрушить мифа»)* [4].

Миф не является только схемой или аллегорией. Миф — это символ. Однако, философ замечает, что *«символический слой в мифе может быть очень сложным»*. Миф, который рассматривается сквозь призму своей символической природы, может одновременно оказаться и символом, и аллегорией. *«Всякая поэтическая форма есть всегда нечто одухотворенное; она есть изнутри видимая жизнь»*. Лосев отмечает, что миф как символ может также содержать в себе схематические, аллегорические и усложнённо-символические слои [4].

В качестве примера Лосев приводит примеры интерпретации символики цвета (! — одинаковой у Гёте и Флоренского). Он описывает символическую мифологию, построенную на характеристике каждого цвета в отдельности. Для психотерапевта, аналитика, важно учитывать различные слои восприятия цвета (как и других аспектов символического), принимая во внимание архетипическое, культуральное и, прежде всего, индивидуальное значение символа[4].

Продолжая исследование Образа и Символа, Клотер Рапай предлагает конструкт «культурный код», объясняя его как бессознательный смысл вещи или явления. Восприятие связано со спецификой мира, в котором вырос человек, следовательно, восприятие культурально. Например, «солнце» (фр. *«le soleil»*) — это существительное мужского рода, и для французов, прежде всего, вызывает ассоциации с блистательным Людовиком XIV, которого называли «король-солнце». Луна (фр. *«la lune»*) — женского рода. Луна не светит, но отражает солнечный свет. Во многом, именно это представление отражается в представлении о мужском и женском. В Германии — иная картина. Так, солнце — *«die Sonne»* — женского рода. В таком мировосприятии женщина несёт Жизнь, тепло и свет, рожает и растит детей, словом, созидает. Луна — *«der Mund»* — мужского рода, что также специфическим образом находит отражение в культуре, распределении ролей и т.п. На этом примере видно, что само восприятие слов «солнце» и «луна» может формировать у немцев и французов совершенно различные образы, интерпретацию и свой код для этих слов. Клотер Рапай пишет: *«в совокупности все эти различные коды к всевозможным образам формируют систему координат, которой, сами того не сознавая, пользуются представители той или иной культуры. Такие системы координат определяют пути, по которым идет каждая культура»* [5].

* * *

В интерпретации образов значимая роль принадлежит структуре, связи между различными элементами. Мелодия, исполняемая на разных музыкальных инструментах, в разных октавах или тональностях — узнаваема. Структура — в интервалах между нотами, в звуковой последовательности и ритмических конструкциях. Для понимания человеческих действий и взаимоотношений,

4 Существует много различных мнений о природе цвета и его влиянии на психическое состояние человека. Поэт и мыслитель И.В. Гёте первый обратил внимание на психологические аспекты цвета и провёл эксперимент, позволивший ему предположить существование определённой связи между цветом и эмоциями. Гёте выявил положительное и отрицательное влияние цвета на эмоциональное состояние человека. В своей работе «Учение о цвете» Гёте называл цвет продуктом света, вызывающим эмоции. Современные психологические исследования, проведённые с применением чувствительной аппаратуры, подтверждают предположения Гёте...

во многом, необходимо понимание структуры. Так, исследуя явление родства, Леви-Стросс отмечал, что предмет его анализа — не люди, а отношения между людьми, *«пространство между людьми»*. Также при анализе архетипического содержания важно обращать внимание не только на сам архетипический образ в картине личности пациента, но и на модели взаимодействия, доступ к пониманию которых может быть получен через архетипические и мифологические диады (Деметра и Персефона, Амур и Психея и т.п.).

* * *

Алхимический символизм, по мнению Юнга, представляет для психолога-практика особый интерес[5]. Алхимию Юнг понимал как донаучную психологию личности, выраженную в метафорической форме. Символика алхимических субстанций, стадий и операций раскрывает грани и нюансы психологических процессов, состояний, переживаний, тончайших движений души. Мы можем лучше видеть взаимосвязи различных структур психического, анализируя алхимические образы и мотивы, возникающие в сновидениях пациента, его активном воображении, рисунках, метафорах, учитывая также материал, проявляющийся посредством бессознательных коммуникаций.

С точки зрения Марии-Луизы фон Франц, этот ход имеет и психологическое обоснование: *«бессознательное содержание никогда не может быть однозначно определено сознательным умом. Как показал Юнг, мы можем только «кружить вокруг» бессознательных символов в бесконечном процессе приближения»* [7].

Язык алхимических метафор — живой: *«Алхимический язык — это прямое действие. Он не описывает красоту розы, а заставляет её расцвести»* [6].

* * *

Симптоматика, наблюдаемая у пациентов, с точки зрения представлений глубинной психологии[6] порождается эмоционально заряженными группами идей или образов (комплексами), источник которых имеет бессознательную природу. Комплексы могут вызывать различные невротические/психосоматические проявления. Осознаваемые и выраженные внутриличностные конфликты способствуют нивелированию невротической симптоматики[7]. Симптом может представлять собой некий компромисс между инстинктивными потребностями человека и его духовно-душевными устремлениями. В этом контексте особое значение приобретает способность психотерапевта услышать символическое послание, зашифрованное в симптоме.

«В общих чертах мы можем обозначить символы как «энергетические трансформаторы», с помощью которых связанная ранее в симптомах психическая энергия может теперь интегрироваться в жизнь. Этот тяжелый и тернистый путь от симптома к символу представляет собой существенный шаг в процессе аналитической терапии» [2] ■

ЛИТЕРАТУРА:

1. Божественный ребенок: / воспитание: Сб. — М.: О. АСТ-ЛТД, 1997. — 400 с.

5 *«Алхимия описывает то, что я называю Самостью, как incorruptible, то есть как субстанцию, которая не может быть растворена, Единое и Неделимое, не сводящееся к чему-нибудь еще, и в то же время Всеобщее. Алхимики XVI столетия и вправду дали ей имя Fillius Macrocosmi. Современные данные соответствуют этим определениям»* [1].

6 «Теоретический разрыв Юнга с Фрейдом был частично связан с вопросом, что понимать под «символом»: само понятие, интенциональное выражение или же цель и содержание. Согласно Юнгу: «Содержания сознания, заставляющие подозревать присутствие бессознательного фона, Фрейд неоправданно называет «символами», тогда как в его учении они играют роль простых знаков или симптомов подспудных процессов, а никоим образом не роль подлинных символов; последние надо понимать как выражение для идеи, которую пока еще невозможно обрисовать иным или более совершенным образом»» [11]. «Очевидно, полагает Юнг, что символ является чем-то большим, нежели «простым» выражением подавленной сексуальности или любого другого безусловного содержания»[2].

7 *«Симптомы снимаются сами собой тогда, когда выражающиеся ими конфликты переварены и стали достоянием сознания. Этому соответствует и перераспределение психической энергии, которая ранее была связана и заключена в комплексах, проявленных в симптомах. Для установления психического равновесия и внутреннего энергетического баланса основополагающее значение играют символы»* [2].

2. Зеленский, В. Словарь аналитической психологии. — М.: Высш. шк., 2000. — 120 с.
3. Леви-Брюль Л. Сверхъестественное в первобытном мышлении. — М.: Педагогика-Пресс, 1994. — 608 с.
4. Лосев А.Ф. Диалектика мифа. — Азбука, 2022. — 320 с.
5. Рапай К. Культурный код. — М.: Альпина Паблишер, 2022. — 168 с.
6. Телегин С. Алхимия магического слова. — Н. Новгород: А.Г. Москвичев, 2019. — с. 225.
7. фон Франц М.-Л. Арабская алхимия. –М.: Касталия, 2021. — с. 177.
8. Элиаде М. Аспекты мифа / Пер. с фр. В.П. Большакова. — 4-е изд. М.: Академический Проект, 2010. — 256 с.
9. Элиаде М. История веры и религиозных идей. От каменного века до элевсинских мистерий. — М.: Академический Проект, 2017. — 432 с.
10. Юнг К.Г. Психологические типы. М.: Академический Проект, 2019. — 538 с.
11. Юнг К.Г. Собрание сочинений. Т. 15. Феномен духа в искусстве и науке. — М.: Ренессанс, 1992. — 320 с.

Ключевые слова: символ, миф, культурный код, алхимический язык, симптом.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГА

Психодинамический взгляд на природу личности участника профессиональных конкурсов психологов

Семина Марина Викторовна

Кандидат педагогических наук, доцент кафедры психологии образования ФГБОУ ВО «Забайкальский государственный университет», г. Чита, Россия

E-mail: semina-67@mail.ru

Введение

В любом профессиональном сообществе конкурсная деятельность является значимой. Со-бытийность, как причастность к его динамике, подчас делает не важным, кто ты: учредитель, организатор, участник, член жюри или болельщик. На каком бы этапе Конкурса не находился: подготовка и планирование, выполнение/оценка конкурсных заданий, подведение итогов или рефлексия после его окончания, ты в потоке потрясающих решений, живых эмоций, удивительных инсайтов. А что, если взглянуть на Конкурс не как на регламентированное мероприятие с хоть и творческой, но типичной/ожидаемой формой профессиональной самопрезентации психологов-педагогов, а как на некий *обряд посвящения* (инициации, принятия в группу), перехода специалиста от одного профессионального уровня к другому? Такое необычное решение у меня, поклонницы глубинной психологии, возникло после знакомства с научным творчеством Н.Н. Андреевой, исследующей архетипичные элементы в профессиональном сознании.

Методы

В написании публикации использованы классические методы анализа и синтеза, сравнения и обобщения теоретических позиций ученых по интересующей тематике, личный опыт автора по профессиональному взаимодействию с участниками конкурсов психологов практиков в качестве члена жюри или наставника команды.

Результаты

Во многих культурах мира посвящение связано с поиском, преодолением и обретением силы. В славянском эпосе часто в обряд посвящения, трансформации героев включены стихии (огонь как образ людской зависти и злобы, вода как символ забвения, медные трубы как испытание славой), сказочные персонажи (волшебный клубок, мудрецы и колдуньи, говорящие звери и птицы). Знакомые с детства сказки описывают череду физических и моральных испытаний героев, неизменным финалом которых становятся победа над темными силами, пробуждение от мертвого сна, исчезновение злых чар, возрождение живой водой и дальнейшая счастливая жизнь (вероятно, до наступления следующих испытаний).

Современному человеку, выполняющему множество социальных ролей и мотивированному обществом на преодоление множественных ситуаций перехода по этапам личностного и профессионального развития (М.В. Гамезо и др.) жизненно необходим

психологический эквивалент посвящения. К. Юнг, Д. Хиллман отмечали, что напряжение, которое испытывает человек в моменты испытаний настолько велико, что может быть сопоставимо с непомерным психологическим грузом, кризисом, депрессией и дезадаптацией [1; 2]. Попробуем взглянуть на происходящее в конкурсной среде как архетипически значимое, несущее глубинный психологический смысл событие, основными субъектами которого становятся инициируемый (конкурсант) и инициирующий (организатор, эксперт).

Рассматривая профессиональные конкурсы, ежегодно организуемые Ассоциацией педагогов-психологов Забайкалья, среди которых Конкурс на лучшую муниципальную модель психолого-педагогической службы, Конкурс психологических программ и, конечно, Конкурс на определение педагога-психолога года как архетипические ситуации посвящения, можно выделить следующие психологические составляющие инициации конкурсанта: *во-первых, психологическую готовность к испытанию* в условиях конкурса. Эта готовность складывается из сознательной актуализации мотива достижения, установки «на победу», а не только «на участие». Такая установка на восприятие победы относительно свободна от последующих экспертных оценок и позволяет рассматривать происходящее как однозначную победу, если и не в конкурсе, то в собственном профессионально-личностном развитии. Истинная психологическая готовность способствует восприятию конкурса как рациональной деятельности, когда «результат соответствует мотивировке: человек действует для того, чтобы добиться какого-то определённого результата». Вслед за Э. Фроммом отметим, что без психологической готовности участие в конкурсе может превратиться в невротическую деятельность, когда «стимулы, по существу, негативны: человек действует, чтобы избавиться от невыносимой ситуации», и тогда «действительный результат оказывается обратным тому, чего он хотел достичь» [3]. Позиция «Я победитель», таким образом, является оптимальным показателем готовности мотивационной сферы специалиста к профессиональным испытаниям. Остается добавить, что ее становление — тонкий ментальный процесс, подверженный индивидуальному темпоритму, поэтому при инициации участия сотрудника со стороны руководителей учреждений важно учитывать внутреннее психологическое состояние потенциального участника и принимать его решение, каким бы оно ни было.

Признаками психологической готовности участника к конкурсным испытаниям и высоким результатам становится позитивная Я-концепция и адекватно завышенная самооценка: конкурсант позитивно относится к себе и высоко себя оценивает, имеет хорошо осознаваемое чувство самоценности и достаточно высокий уровень притязаний; он автономен и независим, свободен для творчества, а это значит, креативно подходит к делу в целом, имеет творческое отношение к жизни и поддерживает в себе личностную позицию «Я победитель» и Эго-состояние «Я мастер». Такое личностное кредо отражает комфортность и экологичность внутреннего мира инициируемого.

Второй составляющей инициации является *внутреннее принятие конкурса как возможности перехода на новый уровень* профессиональной деятельности и мастерства. Знакомство с Положением конкурса и активное включение в подготовку к нему сопряжено с высокой персональной (не групповой) ответственностью за результаты конкурсной деятельности и их осмысление. Высокая ответственность — это выход в надличностный уровень, свобода творчества не столько в угоду ожиданиям кого-то с тревогой отслеживания получаемых баллов, сколько следование своему предназначению: обращение к творческому потенциалу бессознательного и интеграции его содержания, благодаря которым личность реализует себя как уникальное целое, выходит на уровень Самости. Оптимальная внутренняя позиция инициируемого с развитым чувством персональной ответственности направлена на то, чтобы максимально приспособиться к новой социальной (в то же время, архетипической, повторяющейся) ситуации развития, какой является конкурс профессионального

мастерства, и использовать её для своего дальнейшего психологического роста [4]. В этой новой ситуации ресурсным становятся любые состояния, выбираемые конкурсантом (от активной помощи группы поддержки до одиночества и «оставленности», от одухотворенного порыва до временной беспомощности).

Вслед за Н. Н. Андреевой, смоделируем возможные вопросы для самоанализа инициирующего: Где? Когда? Каково моё окружение (окружение)? Что я делаю (поведение)? Как? На что я способен (способности)? Почему? В чём я убеждён (ценности и убеждения)? Кто я? Кем и чем я являюсь (идентичность)? Для кого? Для чего? В чём смысл (миссия, духовность)? Эффективным инструментом раскрытия подлинных содержаний бессознательного станут имагинальные техники: активное и направленное воображение, рисование, танец, работа с глиной и песком, со сновидениями и сказками, гештальт-техники, гипноаналитические техники (формула самовнушения, формула успеха, кредо, молитва, аффирмация) и др. Итог проработанной составляющей: развитое Эго и сильная Самость как квинтэссенция спонтанности и естественности, уверенности в себе и самообладания, объективности и адекватности, полноценного развития психических функций, готовности меняться и отказываться от стереотипов, принятия изменчивости современного мира, конкретных ситуаций и собственной личности.

Третьей, заключительной составляющей конкурса является *реальная трансформация личности конкурсанта и выход на новую стадию профессионализма* после завершения конкурса. В случае, когда успешно решены задачи готовности и принятия ситуации конкурса, конкурсные дни становятся не просто сложным календарным периодом, а особой вехой — поворотным пунктом развития; инициированным обрядом перехода, сжатом во времени. Значимыми являются и количественные, и качественные результаты, отрефлексированные участником. Большую роль в последнем играют члены жюри, эксперты Конкурса, являющиеся, по сути, инициирующими, включенными наблюдателями, посредниками между условиями конкурса и его участниками — инициируемыми. Их задача заключается в том, чтобы дать максимально адекватные и объективные оценки профессиональным достижениям конкурсантов с учётом критериев экспертизы по конкурсным турам (испытаниям). Возможно, искусство инициирующего состоит в преодолении прямолинейности логического мышления и рационализма оценочных листов и выходе на неожиданные, даже ошеломляющие образы. Они усиливают эмоциональное воздействие, становясь проводником к внутреннему миру переживаний человека, в котором заложены огромные потенциальные ресурсы, в отличие от вторичного мира человека, ориентированного на блеск Персоны.

Дискуссия

Итак, психологическая сторона конкурса включает в себя не столько внешнюю, сколько внутреннюю работу конкурсанта над своими личностными качествами и состояниями в направлении исследования потенциальных творческих ресурсов и условий их интеграции. Что это даст? То, что Карл Юнг назвал индивидуацией и посчитал главной задачей человеческой жизни, её смыслом: развитие, зрелость и полную реализацию личности. Известно, что многие личностные кризисы взрослых происходят по причине ограниченности сознания (привычных установок и способов поведения). Индивидуация важна как процесс восстановления цельности души (её сознательной и бессознательной частей) в зрелости, потому что только так взрослый человек может действительно стать личностью, «а не просто носителем бессознательных образов и проекций других людей» [4].

Заключение

Ежегодные конкурсы профессионального мастерства, подготовка к ним — это и есть идеальная платформа, эффективная и безопасная для привнесения структурных элементов своего «Я» в сознание и их интеграции. Конкурс психологов образования —

это не только социально значимое событие в образовательном пространстве региона, но и мощная форма доступа к своим ресурсам бессознательного, прекрасная возможность для их исследования, интеграции и отличный шанс для обретения личностью практикующего психолога целостности и гармонии, профессионального долголетия ■

ЛИТЕРАТУРА

1. Юнг К.Г., Франц М.-Л. фон, Якоби И. Человек и его символы /Пер. Сиренко И.Н. и др.- М., Медков С.Б. Изд-во «Серебряные нити» 2006. 352с.
2. Хиллман Д. Миф анализа: три очерка по архетипической психологии / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2006. 352 с.
3. Фромм Э. Бегство от свободы: Пер с англ. / Общ. ред. и послесл. П.С. Гуревича. М.: Прогресс, 1989. 272 с.
4. Андреева Н.Н. Конкурс «Педагог-психолог года» как архетипическая ситуация посвящения: юнговский подход //Вестник практической психологии образования. Москва, 2016. №4 (49). С.14–22.

Ключевые слова: конкурсная деятельность, глубинная психология, инициация, индивидуация, интеграция структуры личности.

КЛИЕНТСКИЕ СЛУЧАИ

Исследование сновидения клиента и его клинической значимости

Деянович Ольга Геннадьевна
Психолог, г. Санкт-Петербург, Россия
E-mail: olgdeyanovich@gmail.com

Данная статья является результатом исследования случая клиентки, работа с которой велась незадолго до написания этого материала. Факт появления этого случая в моей практике явился еще одним подтверждением акаузальных связей между событиями, т.е. синхронии, о которой в своей работе К.Г. Юнг говорит как об «абсолютном знании», которое считается своего рода «знанием», присущим бессознательному и доступным через интуицию, если ее определять как беспредпосылочное постижение истины.

Случай моей клиентки — это сновидение, в котором она встретилась с образом огромной черной собаки. Прежде чем перейти к личности клиентки, материалу и анализу сновидения, рассмотрим некоторые общие «правила» интерпретации териоморфных символов, в данном случае образа собаки.

С точки зрения психологии К.Г. Юнга, животные, когда мы их видим в сновидениях или во время активного воображения, как правило, являются образами наших инстинктов. В мифологии разных народов одни и те же животные предстают в различных ипостасях, они многогранны, и их символический смысл в большой мере зависит от контекста сновидения и от ситуации, которая находится в сознании сновидца.

«Животное, а каждое животное индивидуально, в глубине имеет нечто чрезвычайно мистическое, что лежит за пределами возможностей нашего осмысления. Рассматривая само животное, как мы его знаем, вместе с его мифологией, мы можем сделать попытку создать представление о его качестве и значении его особой таинственности», — пишет Б. Ханна, последователь К.Г. Юнга.

Именно это «абсолютное знание», о котором писал К.Г. Юнг и транслируют нам животные во снах или активном воображении. Знание, от которого мы «отказались», утратив связь с «животной» своей частью.

За исключением очень рациональных ситуаций, мы почти ничего не можем сделать без помощи наших инстинктов. Животное, как более «примитивное» создание по отношению к человеку, представляет в сновидениях некоторую регрессию в бессознательное, к образам наших инстинктов, с которыми многие люди на сегодняшний день находятся в разладе. Мы не в силах отказаться от инстинктивных паттернов поведения, но мы утратили понимание смысла этих действий. Когда к нам во снах приходят животные, то это означает, что материал, о котором идет речь, погружен в бессознательное, и удален от сознания сновидца. Интерпретация образа животного через архетипический образ позволяет прервать слепое следование бессознательному инстинкту и начать действовать разумно, понимая смыслы и принимая помощь образа.

Собака символизирует защиту и бдительность. Это психопомп — проводник и помощник. Собаки предельно близки к природе и в то же время беспредельно преданы человеку.

Ученица Юнга, Мария-Луиза фон Франц также отмечала, что собаки являются частыми персонажами фольклора, поскольку обладают совершенным обонянием («нюх, как

у собаки»). Собаки предчувствуют смерть, и могут преданно и долго сидеть у могилы хозяина. Приручённая собака символизирует дружественную силу. Пёс зачастую является своеобразным отражением хозяина, он представляет собой его альтер Эго.

Образ собаки вмещает в себя множество аспектов: от защиты до агрессии, от духовности до нечистоплотности, от плодовитости до смерти, от преданности до цинизма.

Связь между собакой и переходом в иной мир прослеживается во многих культурах. В греческих мифах собаки — обитатели подземного мира. Цербер, трехглавый пес, охраняет царство Аида, не давая живым войти, а душам умерших — выйти из него. Собаки сопровождают Гекату, темную хтоническую богиню магии и колдовства. По преданию, когда она приближалась, слышался далёкий вой собак. Анубис у древних египтян, бог с головой пса, служит психопомпом, проводником умерших в загробный мир и определяет их посмертную участь, взвешивая сердца во время суда Осириса. Индийского бога смерти Яму также сопровождают эти животные. В мифологии Ацтеков собака в подземном мире указывала дорогу душам умерших.

Смерть может быть как буквальной, так и символической. И в этом смысле собака нужна, как проводник, как здоровый инстинкт, который сможет найти дорогу из царства мертвых, из, казалось бы, безнадежного ледяного ландшафта, в котором очутилась душа, гонимая «голодными волками» — депрессией, апатией, тоской, унынием, неверием.

Образ собаки присутствует также и в христианском символизме, где пёс выступает своеобразной аллегорией Христа, кроткого с теми, кто принял его и предан, и беспощадного к тому, кто его отверг. Псы помогают пастырю Господню собирать стадо.

В алхимическом символизме образ собаки отсылает к началу трансформации, олицетворяя prima materia. В психологическом смысле собака представляет собой способность человека взаимодействовать со своей инстинктивной сферой.

В своей работе я бы хотела обратиться к мифологическому материалу, описанному в книге Барбары Ханны «Символизм животных», в которой образ собаки раскрывается в двух аспектах: друг и предатель.

Б. Ханна рассказывает о том, что обнаружился весьма интересный широко распространённый (например, в Азии и Восточной Европе) миф о сотворении мира, в котором именно собака первой привела человека в руки Дьявола. В мифе пес, живший на небесах у Бога, должен был охранять первую пару людей, пока Бог подыскивал им души. Но пес поддался на уговоры Дьявола и продал людей за красивую шубку. По возвращении Бог разгневался и проклял пса, обрекая его питаться навозом и находиться в рабстве у человека. Во всех версиях этой истории интересен момент: предательства человека в начале его развития тем, кто позднее станет его самым верным другом, — псом. Мифы представляют собой архетипические мотивы в коллективной психике человека, поэтому должна быть причина, по которой этот миф изображает самого верного друга человека в качестве того, кто предаёт его дьяволу. Нужно помнить, что это было начало мира, зарождение сознания, и поэтому инстинкт должен был предать нас, иначе сознанию негде было бы развиваться. Мы остались бы в гармоничном неведении Рая. Б. Ханна пишет: «Когда я рассказала этот миф доктору фон Франц, она отметила, что на самом деле этот миф был обратным истории об Эдемском саде, в которой человек предстаёт тем, кто предал Бога. Он был источником проблемы. А в этом мифе именно инстинкт ослушался Бога, и тем самым предал человека. Возвращаясь к нашему мифу, тот пёс последовал своему более сильному импульсу — своему желанию иметь тёплое одеяние. Для нас это выглядит как предательство. Для человека это было предательством, но пёс был верен своей природе. Очевидно, что его чувство к Богу, его хозяину, было ещё не очень развито, поскольку единственное возражение, которое он предъявил дьяволу, было опасение, что Бог будет его бить».

Символика дружбы и предательства проявилась в сновидении клиента и подтверждается реальными фактами биографии.

Здесь следует перейти к описанию сновидения клиента и краткой характеристике особенностей ее личности.

Мария (имя изменено) — женщина 46 лет, в разводе, имеет сына 18 лет. Два высших образования: инженерное и экономическое. Работает экономистом. Проживает в Санкт-Петербурге в собственной квартире с сыном. Родилась в небольшом городе в Псковской области, в семье военного врача. В 14 лет переехала с родителями в Санкт-Петербург. Выросла в полной семье. Имеет младшего брата (на 6 лет).

Мать очень жесткая и эмоционально холодная. Кормила маленькую Марию строго по часам. Ребенок, захлебываясь от слез, засыпал голодный. Мать в это время молча сидела рядом и смотрела, но держалась (по рассказам матери Марии). Отец эмоционально холодный, отстранённый. Никогда не называет дочь по имени. Обращение: барышня, студентка, мадам.

Мария не помнит практически ничего из своего детства. Говорит, что ей будто стерли память до 14 лет. В процессе терапии начали приходить воспоминания травматического характера.

В анамнезе имеет заболевания ЖКТ, хронический артрит, атопический дерматит, перенесла операцию по удалению желчного пузыря.

Мария демонстрирует признаки функционирования на невротическом уровне организации, ведущие защиты — рационализация и интеллектуализация. Признает свои болезни, открыта и с огромным желанием идет в работу. В последнее время Мария отмечает высокое психоэмоциональное напряжение на работе, ухудшение сна. Свои эмоции обычно «носит в себе».

В настоящее время Мария пришла в терапию по поводу ее отношений с бывшим супругом. Она пережила тяжёлый развод и длительную депрессию. Переходя к сновидению, важно отметить, что это сновидение было не первой информацией о Марии. Она позвонила утром в сильном возбуждении и рассказала, что ей приснился очень странный сон. Вот сновидение, описанное Марией.

Я одна, нахожусь в абсолютно белом пространстве, отовсюду идет свет, его источника не видно. Он просто повсюду. Вдруг из света выходит огромных размеров черная собака. Голова собаки похожа на ту, что изображают у египетского бога Анубиса. Шерсть собаки как смола черная, переливается в свете. Меня охватил ужас. Собака шла прямо на меня. Ее размеры превышали меня в 2 раза. Мне казалось, что сейчас она подойдет ко мне и разорвет на мелкие клочки. Чем ближе подходила собака, тем больший ужас охватывал меня. И тут я начала говорить ей: «Тише, тише, успокойся, все хорошо, все хорошо». Собака нависла надо мной, я видела ее зубы. Неожиданно я легла на какую-то поверхность и замерла. Собака легла рядом. Мы тихо лежали и смотрели друг другу в глаза. А я мысленно повторяла: «Тише, тише, успокойся, все хорошо, все хорошо». Ее глаза были невероятной глубины. Я будто погрузилась на их дно и вынырнула. У меня в руках оказалась еда, я дала ее собаке. Она мгновенно проглотила. Затем положила на меня свои огромные лапы и начала засыпать. А я, убедившись, что она заснула, начала медленно и аккуратно убирать ее лапы со своего тела и вылезать из-под них. Мне удалось выбраться. Я выдохнула и снова увидела яркий свет. Тут меня разбудил будильник, и я проснулась.

Мария была очень возбуждена. Такой сон приснился ей впервые.

На вопрос, с чем клиентка могла бы связать этот сон и какие мысли и чувства он вызывает у нее, она ответила, что это был ее бывший муж, который очень жестоко и неожиданно предал ее, разрушив все светлое и чистое, что она к нему чувствовала. Его предательство «разорвало ее на куски, как будто внутри взорвалась бомба и она буквально собирала себя заново. Она смогла пережить это, сохранить с ним человеческие отношения ради сына. Но боль от предательства все равно периодически возвращается. И мешает строить новые отношения. Она потеряла доверие ко всем мужчинам, хотя очень хочет с этим справиться и начать жить. И во сне она почувствовала, что наконец-то нашла выход.

В этом контексте данное сновидение ярко показывает историю предательства и страх Марии снова быть «разорванной в клочья» в новых отношениях. Это попытка психики справиться с пережитой болью и найти выход из ситуации зацикленности, когда Мария

снова и снова возвращается к переживаниям, связанным с предательством любимого человека.

В контрпереносе доминировали сначала ощущения страха, безысходности, желание убежать, найти выход, а затем покоя и принятия — как будто найдены ключи от закрытых дверей.

Если перейти к более глубоким срезам анализа, учитывающим историю жизни клиентки, то можно увидеть несколько линий интерпретации.

Как видно из приведенного выше материала, всю жизнь Мария испытывала отвержение близких людей (мать, отец, супруг). Ее бессознательное заблокировало воспоминания о большом отрезке жизни, чтобы не сталкиваться с пережитым травматическим опытом отношений с матерью и отцом. Это разрушало ее изнутри, что отражалось на здоровье. На протяжении многих лет Мария испытывала сильное давление матери и только в последний год она сумела выйти из-под ее контроля. Образ собаки здесь символизирует не только мужа, но и мать, которая поглощала ее долгие годы — мать, несущая смерть. Самый близкий человек, который должен был быть верным другом, уничтожал личность Марии, требуя полного подчинения. Во взрослой жизни клиентки супруг повторил образ жестокой матери.

Возвращаясь к мифу о предавшем Бога псе, в последующей беседе с Марией о ее сновидении, открылась еще одна грань сновидения. Мария осознала, что собака — это она сама, часть ее личности, которую она тщательно избегала и скрывала. Долгие годы она предавала себя и свой внутренний свет. Она пыталась угодить матери, потом мужу. Ради «шубки» терпела унижения и моральные побои. Внутри ее разрывало на части (она как собака рвала себя на куски), но свои чувства никогда не выражала открыто. Внутренне напряжение находило выход в телесных заболеваниях. Ей было страшно посмотреть себе в глаза и разорвать болезненные привязанности. Бессознательный конфликт разрывал ее душу на две части — как во сне: белый свет и черная собака, как Инь и Янь — попытка гармонизировать внутренний мир, принять в себе и черное и белое. После этого осознания клиентка ощутила состояние облегчения, целостности и интеграции своей личности.

Символичность цвета во сне также являет интерес для анализа.

Черная собака — это темнота, где невозможно видеть и ориентироваться в пространстве. Черный цвет указывает на хаос, на страх, депрессию, и конечно же на дьявола (снова отсылка к мифу). Однако, самый темный час бывает перед рассветом, из темноты рождается новый свет, поэтому черный также цвет восстановления сил, цвет трансформации. Утренняя богиня Исида имеет черное покрывало, под которым скрыты все цвета. Черное покрывало Исиды указывает на ее тайную способность давать рождение новой жизни после смерти. Новое утро приходит после каждой черной ночи. Собака во сне Марии покрыла ее своими огромными черными лапами, как Исида покрывалом. В алхимии почернение *(nigredo)* является обязательным перед отбеливанием *(albedo)*, что означает новый виток жизни после депрессивного нигредо. Черный цвет ассоциируется с планетой Сатурн. Это Кронос — Владыка времени, жизни и смерти. В некоторых культурах Сатурн связан с аспектом Великой Матери. Мать, будь то Мать всей Вселенной, или любая другая, это — та, которая дает нам форму (тело) при нашем рождении. Форму в виде физического тела. А, следовательно, обрекает на умирание уже при рождении. Все циклично. Для тех, кто, опустившись очень глубоко в черноту, сможет оттолкнуться от дна и всплыть для новой жизни, отдав что-то важное, но отжившее в жертву Сатурну. Войдя в контакт с собакой и накормив ее, Мария символически отдала свою боль, страх, неверие, недоверие — все, что больше не помогало ей жить. Утонув в глазах пса, она достигла самого дна своей боли, и оттолкнувшись, обрела силы сбросить «черное покрывало Исиды» и выйти в свой бесконечный свет.

Белый цвет пространства, в котором находилась сновидица, имеет двойное значение. Он связан с отсутствием чувств и эмоций, с чистотой и смертью. В Индии и Китае это цвет траура. И для контраста — и молоко, как

наша первая еда, и соль, которая дает вкус пище — также белые. И, следовательно, у белого есть связь с жизнью. И даже белая соль может быть как убийцей в морской воде, так и дающей жизнь субстанцией в пище. Белый цвет люди связывают с чистотой и невинностью. Белые одежды для обрядов инициации (крещение, причастие, брак, смерть), когда человек переходит в другое качество, обусловлены не чистотой и невинностью, а тем, чтобы человек, кандидат в новое посвящение, был tabula rasa — чистым листом бумаги в том смысле, что на нем можно много чего написать. Белый цвет символизирует готовность быть «перекрашенным», означая намерение принять новое положение, новый статус. Быть инициированным.

Таким образом, символика цвета в сновидении также заслуживает отдельного внимания — как переход Марии в новое состояние, готовность начать все с чистого листа, стать этим чистым листом, и начать писать свою новую историю. Заглянув в глаза своему страху, своей Тени, Марии удалось найти силы, чтобы усмирить его, выбраться из-под сдерживающих лап темноты своего бессознательного. Возрождение после смерти.

Сновидение Марии имеет много граней и возможных интересных интерпретаций, чтобы продолжать рассматривать сквозь них различные аспекты ее личности, пробираясь в более глубинные слои. Например, исследовать связь собаки и архетипа Анимуса в сновидении. Можно с уверенностью сказать, что сама Мария будет постепенно все глубже и глубже раскрывать скрытые ранее смыслы и трактовки, и более ясно видеть ситуацию в своей жизни через символику сна ■

ЛИТЕРАТУРА

1. Б. Ханна. Символизм животных.
2. https://castalia.ru/blogs/translations/barbara-hanna-simvolizm-zhivotnyih-glava-7-sobaka-drug-i-predatel
3. Юнг К.Г. Синхроничность. https://bookscafe.net/read/yung_karl-sinhronichnost-249137.html#p1
4. Краткая энциклопедия символов http://www.symbolarium.ru.

Ключевые слова: анализ сновидений, териоморфные символы, психопомп, мифы, символика цветов.

Если не знаешь, как дальше работать с клиентом — помогут джунгли

Пешакович Драгана
Психолог-консультант, г. Белград, Сербия
E-mail: isavetovaliste@gmail.com

После телефонного разговора на консультацию ко мне пришла женщина возраста 43 лет. Меня удивило, что она пришла с мальчиком, которому с виду лет 12. Я подумала, что ей некому было оставить ребенка, поэтому попросила мальчика посидеть в соседнем помещении. Он неохотно встал и смотрел на меня с подозрением. Я дала ему бумагу и карандаши и попросила его не стесняться и порисовать, пока ждет, а потом, если захочет, подарить мне рисунок.

Когда мы остались наедине, женщина коротко представилась, а потом из нее хлынул поток слов, относящихся к сыну. Я выслушала и в конце сказала, что с детьми я не работаю, но с радостью порекомендую другого терапевта. Она расплакалась и настаивала, чтобы я попыталась.

Женщина описала сына следующим образом. Он второй из четырех детей в семье. Полгода назад стал очень молчаливым, «асоциальным», со слов матери. Стал плохо учиться, ест только когда отец его заставляет. У него нет друзей, хотя раньше они у него были. С сестрами общается специфически, а самого младшего брата очень любит. Целыми днями сидит в телефоне, играет в игры. Случаев физического или психологического насилия над ребенком не было, со слов матери. Последние семь дней мальчик ни с кем не разговаривает, начал говорить во сне. За это время в школу не ходил. Отец перед учителями оправдал его отсутствие в школе, поскольку мать с отцом боялись реакции учителей и вывода, что «ребенок, не дай Бог, сошел с ума».

Я попросила мать пригласить мальчика в кабинет и спросила, не хотел бы он поговорить со мной о вещах, которые беспокоят его мать. Он сразу же сжал губы и крепче схватил подлокотники стула. Он молчал. Мать возмутилась и настаивала, чтобы он говорил. Я попросила ее выйти.

Мы остались вдвоем. Я повторила вопрос. Мальчик продолжил реагировать телом и головой отмахнул в знак несогласия. Я спросила, не хочет ли он прийти в другой раз, когда будет готов со мной поговорить. Он кивнул.

Я попросила мать вернуться, а мальчика попросила выйти. Потом я объяснила матери, что необходимо дождаться, чтобы мальчик сам захотел прийти на консультацию. Она неохотно согласилась.

Я вышла из кабинета, чтобы провести их к выходу и попрощаться с мальчиком. Он смотрел на меня холодным взглядом, вызывающе. Я сказала: «Тогда договорились, в среду в 17.00». Он сжал губы, но кивнул головой.

«Так тебе и надо, тебя легко продавить, вечно «жалеешь» людей...», я злилась на себя. Скоро должен был прийти следующий клиент. Гнев и дискомфорт не проходили.

Среда наступила как-то слишком быстро. Мальчик пришел в сопровождении матери ровно в назначенное время. Я попросила мать подождать. Он взял стул и положил его в угол кабинета, не спрашивая разрешения. Я задала несколько стандартных вопросов. Он молчал. Я тоже замолчала. Под конец я сказала, что увидимся в среду на следующей неделе. Он коротко ответил: «В пятницу в пять».

Так мы молчали две недели подряд, два раза в неделю. Мать возмущалась, ведь «ничего не менялось», а я ей объясняла медленно и спокойно, что это процесс и что ей надо набраться терпения. Я даже сказала, что каждый четвертый сеанс будет для них бесплатным, лишь бы получить возможность распутать этот случай. Хотя интерес к тому, как дальше пойдет работа, становился все сильнее, во мне также нарастал гнев и я чувствовала потребность взять его за плечи и встряхнуть изо всех сил. Гнев сменило чувство тоски, жалости, и даже вины, я начала задаваться вопросом, зачем я у нас обоих отнимаю 30 минут драгоценного времени. Эмоции меня затапливали. Нарастала тревога. Я злилась на мать, на мальчика, на себя. И как раз когда я была готова сдаться, именно в этот период в рамках обучения[1] мы прошли символдраматический мотив «Джунгли». Наше занятие в Зуме закончилось. Я выключила компьютер и тогда меня осенило.

Я превращу рабочий кабинет в «джунгли». Буду импровизировать. Надеюсь, что он начнет говорить... Я отменила все ближайшие консультации. У меня есть время подготовиться до среды. Я пыталась себя ободрить, что у меня получится из кабинета сделать место, которое подтолкнет мальчика говорить.

В следующий раз я его встретила в новой обстановке, в кабинете обставленном элементами, создающими впечатление джунглей. Он смутился. У меня колотилось сердце, губы сохли. «Ты недостаточно хорошо владеешь символдрамой...», «А что, если ты ошибешься?», «Он всего лишь ребенок...», «Брось это дело...» — я слышала голос внутреннего критика.

Я глубоко вдохнула, улыбнулась и предложила вместе лечь на пол. С потолка спускались «лианы», которые я сделала из бумаги и веревок, нас окружали настоящие зеленые растения, которые я арендовала в ближайшем питомнике, плюшевые и резиновые игрушки-животные, которые обычно обитают в джунглях. Увлажнитель воздуха выдавал особый аромат. Я знала, что так нельзя, но мне нужно было узнать, что скрывается за этой стеной молчания, что так сильно ранило его душу. Мы лежали, каждый в своей части джунглей, первые несколько минут в тишине, пока он с любопытством разглядывал кабинет. Потом я объяснила ему процедуру. Сначала он расслабится, ему покажется, как будто дремлет. Потом мы окажемся в той части джунглей, которую он выберет и он сам решит каким именно обитателем джунглей хочет стать, что будет делать, с кем будет дружить. После этого мы немного порисуем и затем поговорим. К моему удивлению, он безоговорочно согласился.

Я села, а он продолжил лежать. Я провела с ним расслабление по Шульцу и потом по-тихоньку вводила его в выбранный образ. Он выбрал стать королем джунглей — львом. Я вела мотив так, как нас учили, пытаясь скрыть перед ним свой страх и проистекающую из него неуверенность. Мальчик заговорил. Он говорил красиво, внятно, даже с юмором. Когда мы завершили мотив и вернулись в реальность, я продолжала сидеть на полу, а он сел, приобняв колени и стал рыдать. Вулкан его души выбрасывал лаву эмоций. Я молчала, давая ему вылить все из себя.

В тот день наш сеанс продолжался 55 минут. Он попросил снова прийти в джунгли, поскольку «лев кое-что забыл». Чтобы сохранить сценографию, мне пришлось еще на неделю сдвинуть другие сеансы с клиентами.

Но это того стоило. Я узнала, что лев «забыл» — порвать «человека», незванного гостя, чье место вне этих сказочных джунглей. Вся агрессия, которую мальчик прятал, была на самом деле направлена на отца младшего брата. Он стал молчать, чтобы вызвать реакцию матери. Ему все время приходилось слушать, что «малыш молчит, когда всем доволен», когда мама его вовремя переодевает, хорошо кормит, и ему тоже захотелось снова быть маминым малышом, маминым единственным сыном. При этом, отец младшего брата[2] над

1 Обучение в Академии интегральной психодинамической психотерапии.

2 Отец младшего брата — второй муж матери, он не является биологическим отцом мальчика и его сестер. Он устрашал мальчика и угрожал выгнать его из дома когда они оставались наедине, говорил, что никто его не найдет, если он посмеет навредить младшему брату. Мальчик несколько раз пытался снова добиться расположения и внимания матери, поскольку до появления на свет младшего брата он был маминым «единственным сыном». Однажды, пока малыш еще был в коляске, мальчик подменил брата на куклу, а брата унес в комнату сестры. Отчим тогда жестоко

ним издевался (и не только над ним) и мать с этим молча соглашалась.

Мать была ознакомлена с ситуацией, она призналась в происходящем и после этого семья была направлена к коллеге на системную семейную терапию. У меня нет информации, была ли подключена социальная служба и/или полиция.

Мальчик продолжает приходить в сопровождении дяди на 30-минутные сеансы, но уже не в кабинет-джунгли. Сейчас он «разгневанный» лев наяву, король своих джунглей, которыми он управляет на свое усмотрение, при этом стараясь соблюдать естественные законы, порядок и гармонию в отношениях с другими обитателями «джунглей». Мальчик чувствует себя намного лучше. Не проявляет знаки тревожности. Он научился называть чувства, распознавать и выразить основные эмоции. А также научился распознавать и контролировать гнев ■

Ключевые слова: консультирование подростков, символдрама, жестокое обращение, методы работы с агрессией.

его избил. Мать была на стороне отчима. Позже мальчик понял, что мать равнодушна и не реагирует, когда отчим ночью заходит в комнату старшей сестры.

ВОПРОС-ОТВЕТ

Начинать всегда трудно. Особенно, если работа связана с такой тонкой и сложной материей как человеческая психика. Чтобы немного облегчить вхождение в профессию для новичков, мы решили ответить на часто задаваемые вопросы.

На вопросы отвечает **Власова Надежда Александровна,**
психолог-психоаналитик, обучающий психоаналитик Европейской Конфедерации Психоаналитической психотерапии (ЕКПП), член этического комитета ЕКПП,
г. Екатеринбург, Россия
E-mail: vlanad@list.ru

* * *

ВОПРОС: Спрашивать ли при записи на консультации, с какой проблемой хочет прийти клиент?

ОТВЕТ: Лучше просить коротко сказать в какой сфере проблема. Это поможет понять сможете ли вы с ней работать и сразу отсечь тех клиентов и ситуации, с которыми вы не хотите или не можете работать. Знание границ своих компетенций — очень важный навык психолога. Если вы слышите, что запрос не соответствует вашим умениям или желаниям, стоит объяснить это потенциальному клиенту и предложить обратиться к другому специалисту. Но для этого вы чётко должны понимать с чем вы возьметесь работать, а с чем нет.

ВОПРОС: У меня был клиент, который хотел записывать наши видео консультации, чтобы пересматривать потом. Не знаю насколько это этично, я отказала.

ОТВЕТ: Это прекрасный повод исследовать фантазии клиента о том, что он может не услышать или не запомнить в процессе вашей встречи. И чем, например, ваш с ним разговор будет отличаться от разговоров с другими людьми, которые он не записывает. Так вы узнаете об его ожиданиях. Возможно, он ждёт от вас инструкций или советов. Или фантазирует, что вы его поймете с первого раза, и сейчас сделаете что-то волшебное, что избавит его от проблем раз и навсегда. Исследуйте. Не торопитесь отказывать или соглашаться на что-то.

ВОПРОС: Как в психоанализе решается вопрос о переходе на «ты»?

ОТВЕТ: Это зависит от того как комфортнее себя чувствует клиент и вы сами. И, опять же, очень интересно проследить моменты, когда клиент или вы переходите на «ты» или «Вы». Это может дать представление о переносе и контрпереносе. В российской культуре всё же лучше обращаться к клиентам на «Вы», в том числе к подросткам. Когда обнаружите в себе желание обращаться к нему на «ты», можно подумать о чем этот сигнал.

ВОПРОС: Если клиент рассказывает о планах причинить вред себе или другим (планирует противоправное действие), как ведет себя терапевт с точки зрения конфиденциальности?

ОТВЕТ: Сильно зависит от ситуации. Это могут быть шантажные угрозы, а могут быть вполне реальные. Обычно такие вещи не говорят на первой встрече. Я с подобной ситуацией сталкивалась всего один раз, и то на телефоне доверия. Это был конец 90-х и мужчина был членом преступной группировки. И он хотел расстрелять подельников. Там я попыталась разговорить человека и дала ему возможность вылить обиду и агрессию на меня. После этого он переключился и стал думать как сбежать от подельников, чтобы его не нашли. Сейчас я бы тоже попыталась разными способами исчерпать агрессию во время консультации. И там бы уже смотрела на

поведение человека. Скорее всего, это бы помогло. Только на угрозу причинения кому-то вреда полиция чаще всего не реагирует. При попытке причинить вред себе во время консультации — консультация останавливается и вызываются либо скорая помощь, либо родственники клиента. Клиент госпитализируется.

ВОПРОС: Что делать, если страшно, что клиент задаст какой-нибудь вопрос, ответ на который я не знаю и я стушуюсь?

ОТВЕТ: Во-первых, не надо пугаться того, что вы чего-то не знаете. Это нормально — не знать всё. Тем более, не знать что-то про человека, которого вы видите, может быть, первый раз в жизни. Во-вторых, смотря, что это за вопрос. Это могут быть вопросы на понимание каких-то механизмов работы психики или вопросы теории. Тогда можно коротко проинформировать человека о каких-то аспектах, но после этого можно спросить оказались ли важны ему эти знания. Второй блок вопросов может относиться к личности самого терапевта. Вот тут стоит переводить вопрос на самого клиента. Например, спросить почему узнать именно это так важно для него? Вопросы типа: «А вы уже работали с такими случаями? А сколько вам лет? А сами вы были в подобной ситуации? А у вас есть муж и дети?» — на самом деле не про вас. Это запрос клиента, чтобы его убедили, что вы сможете помочь. Отвечать на них следует по типу: «Вы спрашиваете были ли у меня подобные случаи, потому что беспокоитесь, что я не знаю, что делать? Давайте, вы мне расскажете подробнее, что случилось, и я попробую вам помочь».

ВОПРОС: У меня есть желание быть максимально полезным и помочь человеку как можно быстрее. Мне кажется, это желание вызвано тем, что и сам клиент ожидает быстрой помощи. Редко когда человек идет к психотерапевту с настроем, что на это уйдут годы. Что делать, если страшно, что сессия пройдет впустую и клиент не получит пользы?

ОТВЕТ: Для того, чтобы понять будет польза или нет, сперва надо «снять запрос». Запрос — это не описание клиентом сложностей жизни. Запрос — это ответ на вопрос: «Чем я в данной ситуации могу вам помочь?» или «Какую помощь в данном вопросе вы бы хотели от меня?». После этого вы помогаете клиенту сформулировать вопрос максимально реально и конкретно. Невозможность сформулировать чётко запрос или перескакивание с одной цели на другую может быть диагностическим для людей с пограничной организацией личности или другими «доэдипальными» проблемами. Если запрос всё же удалось сформулировать, можно разбить процесс достижения желаемого результата на этапы и предложить клиенту поработать на этой встрече только с первым этапом, одновременно рассказывая, что вы будете делать на следующем. Это смотивирует клиента прийти на следущую встречу. Многие вопросы можно свести к нескольким темам: выбор между двумя вариантами и его последствия, разрешение на проживание каких-то чувств, освобождение от каких-то чувств. Иногда нужно найти немного ресурса. Иногда — объяснить что происходит. Пусть что-то из этого будет первым этапом в достижении желаемого результата. Главное в конце сессии зафиксировать изменения состояния клиента или его лучшее понимание событий в своей жизни. Можно спросить его изменилось ли его состояние, голос, отношение к чему-либо. Можно сказать ему, если вы сами это заметили. Тогда у клиента будет ощущение, что ему помогли, и есть движение вперёд в решении его проблем.

ВОПРОС: Что делать, если есть страх вызвать внутреннюю агрессию клиента на себя или аутоагрессию?

ОТВЕТ: Проработать этот страх в своей личной терапии. Понять, что стоит за этим страхом. Можно исходить из идеи, что, если мы чего-то боимся, то скорее всего в нас есть часть, которая именно этого хочет. В чем вторичная выгода от того, что клиент выплеснет на вас агрессию? Что вам это позволит сделать? Или не сделать? Это может быть и ваша детская травма. Тогда ваш психолог поможет вам с ней

справиться. В любом случае, возможность работать с агрессией клиента и даже вызывать её на себя — очень нужный навык хорошего психолога-профессионала.

ВОПРОС: Оплата должна быть до сеанса или после?

ОТВЕТ: Это зависит от вашей уверенности в себе. И от договоренности с клиентом. Кому-то удобнее платить до сессии, потому что потом он забывает, кому-то удобнее после. Но тут важно помнить, что вопрос с оплатой может быть темой для «отыгрывания» сопротивлений. Есть риск, что клиент может воспользоваться оплатой, чтобы управлять вами. Например, будет платить только после вашего напоминания. Для него может быть важно, чтобы «вы сами попросили». Или он может тянуть время в конце сессии, долго переводя оплату или роясь в кошельке. Или может «соблазнять» деньгами при выполнении каких-то особых условий. Все эти действия требуют исследования и обсуждения.

ВОПРОС: Что делать, если есть страх плохо себя зарекомендовать и тогда в дальнейшем сложнее будет искать клиентов (если пойдет плохая молва)?

ОТВЕТ: Как минимум — не пугаться этого. Для кого-то мы хороши, для кого-то плохи. Каждый клиент находит своего терапевта, и наоборот. Свой страх нужно проработать в личной терапии. А молву «возглавить», публикуя интересные материалы в соцсетях и журналах.

ВОПРОС: Как себя вести, если клиент просит прямого совета, директив, чтобы ему стало хорошо прямо сейчас?

ОТВЕТ: Выяснять для чего ему прямой совет, директивы? Всегда ли он будет их выполнять? Может ли он выполнить какую-то директиву прямо сейчас? Например, встать на голову, тогда кровь прильёт к голове и думать будет легче (это техника отзеркаливания и доведения до абсурда). Я предлагаю вам вспомнить о том, что просьба дать совет или рекомендацию — это проявление сопротивления. И мы работаем с этим как с сопротивлением. Выясняем, что стоит за этим сопротивлением. Я иногда говорю, что с удовольствием дам совет, мне не жалко. Но сперва я хочу быть уверена, что человек точно ему последует. Исполнит ли он мой совет, даже если совет ему не понравится? Если в результате выполнения совета всё пойдёт не лучшим для клиента образом — кто будет ответственным за результаты? Если психолог, то нет ли за желанием получить совет неосознаваемой фантазии, что есть какие- то особые люди, которые точно знают как клиенту надо, даже если он об этом прямо не говорит, и они обязательно приведут его к «счастью»? Не напоминает ли это какой-нибудь другой период из жизни клиента, когда рядом с ним были такие люди, и единственное, что от клиента требовалось — это быть послушным?

ВОПРОС: Какую оплату за сеанс может брать начинающий терапевт?

ОТВЕТ: Можно разными способами считать стоимость сессии. Но совсем начинающим я бы посоветовала узнать среднюю цену по рынку в том месте, где они живут, у терапевтов практикующих около 3 лет. И назначила бы 2/3 стоимости, или чуть выше. Если желающих на такую цену будет много — можно понемногу новым клиентам поднимать. Тут ведь ещё очень важен вопрос: «А сколько вы можете себе позволить брать?» Если готовы работать за очень маленькую сумму или бесплатно — проработайте свою подавленную агрессию ■

ПЕРЕВОДЫ ЗАРУБЕЖНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

Психотерапия при синдроме дефицита внимания и гиперактивности у взрослых

Кари Харпер, Джули П. Джентиле[1]

Источник с полной версией статьи: Harper K, Gentile JP. Psychotherapy for Adult ADHD. Innov Clin Neurosci. 2022 Oct-Dec;19(10-12):35-39. PMID: 36591554; PMCID: PMC9776776 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9776776/

Аннотация

Взрослый пациент, который приходит на психиатрическое обследование с симптомами синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), ставит перед лечащим психиатром особые задачи. Симптомы включают проблемы с концентрацией внимания, гиперактивность и импульсивное поведение. Пациенты могут испытывать поведенческие, настроенческие и когнитивные трудности. Могут отмечаться сопутствующие проявления тревоги, скуки, недостатка сна или дисрегуляции настроения. Кроме того, у пациентов могут наличествовать сопутствующие нарушения обучаемости, как выявленные, так и не диагностированные. Степень выраженности симптомов может варьироваться. Многие взрослые не знают, что они страдают СДВГ, но остро осознают, что ежедневно сталкиваются с трудностями. В этой статье рассматривается динамика лечения взрослого пациента с диагнозом СДВГ, а также научно обоснованные подходы, которые могут быть использованы психиатром в условиях психотерапии.

Примечание редактора

Представленные клинические случаи являются комбинированными, представленными с целью иллюстрации определенных диагностических характеристик и обучения методам лечения. Данные случаи не имеют отношения к реальным пациентам, находящимся на лечении. Любое сходство с реальным пациентом является случайным.

Взрослый пациент, который приходит на психиатрическое обследование с симптомами синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), ставит перед лечащим психиатром особые задачи. СДВГ у взрослых — это психическое расстройство, сочетающее в себе такие симптомы, как трудности с концентрацией внимания, гиперактивность и импульсивность. СДВГ у взрослых может негативно влиять на личные взаимоотношения, профессиональную эффективность и академическую успеваемость, а также на многие другие сферы жизни.

Симптомы СДВГ проявляются в раннем детстве и, как правило, сохраняются во взрослом возрасте. Черкасова и др. [1] отмечают высокую частоту сохранения симптомов СДВГ во взрослом возрасте — от 60 до 86 процентов. Исследования, представленные М. В. Черкасовой и др., показали, что их участники с диагностированным в детстве СДВГ имели значительные нарушения в образовательной и профессиональной деятельности, проблемы с психическим и физическим здоровьем, а также были склонны к злоупотреблению психоактивными веществами и рискованному вождению.

В зависимости от ряда факторов, обследование может не проводиться в юные годы, и СДВГ может остаться невыявленным. Симптомы у взрослых могут быть не такими выраженными, как у детей [2]. Со временем гиперактивность у взрослых может уменьшиться, но импульсивность, неусидчивость и проблемы с концентрацией внимания

1 Кафедра психиатрии, Государственный университет Райта, Дейтон, Огайо.

часто сохраняются и во взрослом возрасте. Примерно две трети пациентов с СДВГ имеют сопутствующие психиатрические заболевания [2]. Существуют особые риски при назначении стимуляторов пациентам с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, а также опасность использования препаратов не по назначению. Лечение детей и взрослых может быть схожим и включать фармакологические вмешательства, психотерапию и лечение любых сопутствующих заболеваний.

Здесь мы приводим вымышленные случаи взрослых пациентов с СДВГ, чтобы проиллюстрировать возможную динамику лечения во время психотерапии, а также рассматриваем научно обоснованные подходы, которые могут использоваться психотерапевтами в этих условиях.

Случай 1

Мужчина 22 лет, Х, пришел на первичное психиатрическое обследование. Он сообщил, что испытывает трудности на работе. За последний год он попал в две мотоциклетные аварии. Он сообщил: «Мне просто интересно, не случилось ли что-то с моим мозгом в результате этих аварий». Его лечащий врач предложил обратиться к психиатру, так как, по ее мнению, эти симптомы были похожи на тревожность.

Х: Я не думаю, что страдаю от тревожности. Я просто испытываю стресс из-за работы.

Психиатр: Что происходит на работе?

Х: Ну, я опаздывал довольно много раз, и, наверное, я медленно выполняю свою работу. Я стараюсь изо всех сил. Такое ощущение, что мой начальник выделяет меня, потому что я ему не нравлюсь. Я не знаю, как кто-то может работать, когда люди постоянно разговаривают. Мой начальник несколько раз вызывал меня к себе в кабинет. Боюсь, что он собирается меня уволить, но я не знаю, каких изменений он от меня ждет.

Психиатр: Ситуация выглядит стрессовой. Работа всегда была такой?

Х: Думаю, я всегда справлялся с работой медленнее, чем другие люди. Еще больший стресс я испытал, когда мне сделали выговор за опоздания. Сейчас я всегда злюсь на работе. Я стараюсь не отставать, но у меня просто не получается. Потом я пропустил несколько рабочих дней из-за несчастных случаев.

Психиатр: Я видел в вашей карте, что вы были в отделении неотложной помощи после аварий на мотоцикле. Вы это имеете в виду?

Х: Да, в этом году я дважды попадал в аварию на мотоцикле. Один раз я не заметил приближающуюся машину, когда поворачивал, мне пришлось свернуть с дороги, и я разбился. Пару месяцев спустя я возился с мотоциклом на дороге рядом с домом и не надел шлем. Я тронулся с места слишком быстро и потерял равновесие. В этот раз я ударился головой и получил сотрясение мозга. После этого я продал свой мотоцикл.

Психиатр: Замечали ли вы трудности на работе до этих несчастных случаев?

Х: Да, наверное, замечал. Я не особо волновался из-за своей медлительности, пока не начал думать, что мой начальник может меня уволить, и, возможно, стал обращать больше внимания на то, что я делаю.

Психиатр: Расскажите мне о взрослении. Как было в школе?

Х: О, я всегда ненавидел школу. Ушел, как только смог. У меня никогда не было хороших оценок, и я вечно попадал в неприятности. С родителями я тоже не ладил. Поэтому я и устроился на эту работу, чтобы бросить школу и переехать из дома.

Психиатр: Значит, вы уже давно там работаете?

Х: Да, все остальные, кто начал работать тогда же, когда и я, получили повышение или занимаются другими делами. А я застрял на начальном уровне.

Х. лечили сначала нестимулирующими препаратами, а затем стимуляторами, применяющимися при СДВГ. Работоспособность значительно улучшилась, и он начал получать удовольствие от работы, так как ему доверили дополнительный функционал. В ходе психотерапии Х. сконцентрировался на сожалении и гневе по поводу отсутствия лечения в детстве. Он смог выразить эти аффекты и, в конце концов, сосредоточиться на будущем.

Практический взгляд: обзор нейробиологии и распространенности СДВГ

СДВГ — распространенное нарушение нейроразвития, которое связано со структурными и функциональными нарушениями центральной нервной системы (ЦНС) [3]. Нейробиологические механизмы СДВГ изучены недостаточно хорошо; в некоторых семьях явственно присутствует генетический компонент. Катехоламиновые пути являются основной целью нейробиологических исследований и фармакологического лечения. У большинства пациентов симптомы СДВГ сохраняются до взрослого возраста; однако основные симптомы и их проявление могут меняться с течением времени [3].

СДВГ связан с дефицитом исполнительного функционирования, которое включает в себя планирование, память, внимание, управление задачами, адаптивность и организацию [4]. Нарушения исполнительного функционирования ведут к ухудшению результатов в образовательной и профессиональной деятельности и снижению качества жизни [5,6]. СДВГ ассоциируется с функциональными нарушениями и повышенным риском депрессии, употребления психоактивных веществ и других психических расстройств [7]. Коморбидные расстройства и подпороговые симптомы могут развиваться с течением времени и включать нарушения сна, тревожные расстройства и даже соматические заболевания, такие как ожирение и диабет [7,8]. Лица с СДВГ также подвержены повышенному риску случайных травм [7].

Было четко выделено три подтипа СДВГ (невнимательный, гиперактивный/импульсивный и комбинированный подтип), и все они имеют хроническое течение [9]. Катехоламины являются основной мишенью фармакологического лечения; как стимуляторы, так и нестимулирующие препараты считаются эффективными и одобрены Управлением по надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) для лечения СДВГ [7]. Нейробиологические исследования продолжают развиваться.

СДВГ чаще встречается у лиц мужского пола [10]. Среди них примерно 2,1% детей в возрасте от 2 до 5 лет и 8,9% детей в возрасте от 6 до 11 лет [7,11]. С.В. Фараоне и др. [7] произвели глобальный систематический обзор и мета-анализ, в результате чего было установлено, что распространенность персистирующего СДВГ у взрослых (диагностированного в детстве) и симптоматического СДВГ у взрослых (независимо от начала заболевания в детстве) снижается с возрастом. Был сделан вывод, что распространенность персистирующего СДВГ у взрослых с детства и симптоматического СДВГ у взрослых составляла 2,58% и 6,76% в 2020 году, соответственно, что представляет собой более 366 миллионов страдающих СДВГ взрослых во всем мире. Таким образом, СДВГ явно соответствует критериям, позволяющим считать его проблемой общественного здравоохранения.

Клинические тонкости: нейробиология СДВГ

- У большинства пациентов симптомы СДВГ сохраняются до зрелого возраста; проявление симптомов у взрослых может отличаться от детского.
- Две трети лиц с СДВГ имеют сопутствующие расстройства; наиболее распространенные заболевания включают тревогу, депрессию, расстройства обучения, синдром Туретта, проблемы со сном и состояния, связанные с употреблением психоактивных веществ.
- Считается, что до 8,4% детей школьного возраста в настоящее время имеют диагноз СДВГ, а симптомы, если не полные критерии диагноза, сохраняются у большинства лиц с СДВГ до зрелого возраста.

Случай 2

Аспирантка С. в течение нескольких лет проходила психо- и медикаментозную терапию от тревоги и депрессии. Несмотря на постоянную терапию и применение нескольких различных препаратов, симптомы так и не исчезли окончательно, и она была разочарована своими посредственными оценками. Низкая концентрация внимания и прокрастинация постоянно создавали

проблемы в учебе, работе и межличностных отношениях. После дальнейшего изучения текущих симптомов и детского опыта, С. был поставлен диагноз СДВГ.

Психиатр: Учитывая текущие симптомы и трудности в детстве, о которых Вы рассказали, я ставлю диагноз СДВГ, тип «невнимательный». Что вы чувствуете по этому поводу?

С.: (плачет): Я не знаю. Я не хочу еще один диагноз. Мне кажется, что все плохое происходит именно со мной.

Психиатр: Вы чувствуете, что лучше уже не будет, и этот диагноз кажется еще одной неудачей?

С.: Да, именно так. Что же мне делать?

Психиатр: Я думаю, не способствуют ли симптомы СДВГ, которые вы недолечили, депрессии и тревоге, которые вы сейчас испытываете. Вы сказали, что часто чувствуете отставание в выполнении заданий, у вас уходит много времени на то, чтобы что-то сделать, вы беспокоитесь о том, что забываете о своих обязательствах, и часто расстраиваетесь. Все это может быть вызвано невнимательностью и плохой концентрацией внимания и может способствовать появлению чувства бесполезности, беспомощности и беспокойства. Если мы будем хорошо лечить ваш СДВГ, проявление других симптомов может уменьшиться.

С.: Хорошо, это звучит многообещающе, но лекарства никогда не помогали.

Психиатр: Лекарства для лечения СДВГ отличаются от тех, которые вы пробовали раньше. Лекарства первой линии для лечения СДВГ — это стимуляторы. Эти препараты помогают улучшить когнитивную деятельность, воздействуя на дофаминергические пути. Они достаточно эффективны для большинства пациентов.

С: Каковы побочные эффекты стимуляторов?

Психиатр: Большинство психиатрических препаратов могут вызывать расстройство желудка или головную боль, когда вы только начинаете их принимать, но эти симптомы, как правило, слабые и часто проходят при дальнейшем применении препарата. Стимуляторы могут вызывать снижение аппетита или позднее наступление сна. Один из самых важных моментов, который необходимо знать, заключается в том, что стимуляторы, особенно класс амфетаминов, связаны с повышенным риском кардиальных событий, особенно у людей со структурными пороками сердца. Имеется особое предостережение относительно кардиальных осложнений. Также имеется предостережение о возникновении зависимости. Важно, чтобы вы принимали лекарство строго согласно назначению врача. Сообщите мне, если ваше настроение ухудшится или тревожность усилится после начала приема препарата. Серьезные побочные эффекты встречаются нечасто, но мы будем следить за вашим здоровьем. Поскольку вы здоровы и испытываете значительные последствия СДВГ, я бы рекомендовал вам попробовать стимуляторы. Что вы думаете?

С: Могу я подумать об этом? Мне нужно время, чтобы тщательнее изучить этот вопрос и переварить еще один диагноз.

Психиатр: Конечно. Пожалуйста, дайте мне знать, если у вас есть вопросы или опасения. Я здесь, чтобы помочь.

В итоге С. попробовала принимать стимулятор, и проявления симптомов невнимательности и дезорганизации значительно уменьшились. Она сообщила, что чувствует себя более компетентной в академическом плане, и это помогло ей начать излечиваться от депрессии и тревоги. Она продолжала работать над негативными мыслями и трудностями в отношениях в рамках психотерапии.

Практический взгляд: фармакологическое лечение СДВГ у взрослых

При лечении СДВГ назначающий врач может рассмотреть как стимулирующие, так и нестимулирующие препараты; кроме того, существуют некоторые безрецептурные средства и дополнительные препараты, которые могут быть полезны для смягчения или устранения симптомов [12]. В связи с фармакологией должны применяться поведенческий, экологический и психосоциальный подходы, а в отношении всех пациентов детского и подросткового возраста следует проявлять особую осторожность

и консерватизм [11,12]. При принятии клинических решений важно учитывать использование стимулирующих препаратов немедленного и длительного высвобождения, а также препаратов первого, второго и дополнительного ряда. Уже давно признано, что основные нейрохимические вещества ЦНС, непосредственно связанные с симптомами СДВГ, влияют на дофаминовые и/или норадреналиновые рецепторные системы [12].

При лечении СДВГ стимуляторы воздействуют на дофамин и считаются препаратами первой линии, которые продемонстрировали самую высокую эффективность в смягчении симптомов у большинства пациентов [10]. Агенты, воздействующие на дофамин и/или норэпинефрин, по-видимому, влияют на СДВГ. FDA одобрило применение атомоксетина и альфа-2-адренергических препаратов длительного действия для лечения СДВГ. Другие препараты, такие как бупропион и трициклические антидепрессанты, могут использоваться для лечения симптомов СДВГ без назначения врача. Амантадин обладает непрямым действием и может быть полезен для стабилизации регуляции дофамина. Модафинил назначается некоторым пациентам, которым не подошли лекарственные средства, одобренные FDA для лечения СДВГ [7,10].

Метилфенидат и амфетамин — распространенные стимуляторы ЦНС, также известные как симпатомиметические амины. Эти два препарата наиболее эффективны при лечении СДВГ [7,11]. Существуют варианты короткого и длительного действия, и при их назначении следует тщательно учитывать такие моменты, как соблюдение режима приема, возможность злоупотребления и различные побочные эффекты. Литература в этой области постоянно показывает, что стимуляторы имеют более высокую эффективность по сравнению с плацебо в улучшении концентрации внимания, снижении импульсивности и гиперактивности. Существуют научные доказательства пользы препаратов как короткого, так и длительного действия [12]. Стимуляторы подвергаются метаболизму в печени и желудочно-кишечном тракте, а затем выводятся почками. Кроме того, имеются ограниченные данные о применении витамина D, омега-3 жирных кислот и других пищевых добавок при СДВГ, но результаты применения различны и противоречивы [13–15].

Клинические тонкости: фармакологические вмешательства

- Перед назначением фармакологических препаратов и на протяжении всего процесса их применения необходимо систематически проводить обсуждение рисков, преимуществ и возможных побочных эффектов с целью информирования пациента.
- Для пациентов с СДВГ правильное назначение стимуляторов может предотвратить их обращение к запрещенным веществам для самолечения симптомов СДВГ.
- Серьезные сердечные заболевания являются противопоказанием к применению стимуляторов. Документировано, что амфетамин/декстроамфетамин с пролонгированным высвобождением связан с ‹›серьезными сердечно-сосудистыми побочными явлениями и может вызвать внезапную смерть у пациентов с уже существующими структурными аномалиями сердца « [7].
- Следует соблюдать особую осторожность с пациентами, имеющими в анамнезе тики, судороги, расстройства аутистического спектра или психозы.
- Следует тщательно выявлять биполярное расстройство в личном или семейном анамнезе; стимуляторы способны вызывать гипоманию и маниакальные приступы у тех, кто к ним склонен.

Случай 3

Мужчина 42 лет, С., обратился в психиатрическую клинику для лечения СДВГ. С собой С. принес запись психологического тестирования с диагнозом СДВГ. У него также была гипертония и недавний стресс-тест, показавший наличие ишемической болезни сердца. По итогам изучения симптомов, истории

болезни и жалоб пациента диагноз СДВГ был подтвержден. Симптомы СДВГ приводили к неэффективности на работе, а также стрессу в отношениях с супругой и детьми. Несмотря на высокий уровень интеллекта, С. не оправдывал ожиданий на работе и был недоволен своей карьерой. Свою жену он называл «ворчливой», а детей — «надоедливыми».

Психиатр: Расскажите подробнее о ваших трудностях дома.

С.: Моя жена постоянно жалуется и указывает мне, что делать. Она хочет, чтобы все было сделано определенным образом, и преследует меня, когда я медлю. Я очень расстраиваюсь из-за ее ворчания, поэтому просто ухожу в свой кабинет, чтобы сбежать от нее. Даже когда я пытаюсь что-то сделать, она постоянно прерывает меня, поэтому все занимает гораздо больше времени, чем должно. Чаще всего я просто бросаю начатое, потому что всё это так расстраивает.

Психиатр: Хммм, а что насчет детей?

С.: О, они всегда ноют. Я плохо лажу с расписаниями, поэтому я забыл о футбольном матче моего сына в прошлые выходные. Ну, мне неловко — он очень расстроился, что меня не было, но я думал, что к данному моменту он уже успокоится. А моей дочери сейчас стыдно перед друзьями, я поздно привел ее на ночевку. Я ничего не мог поделать. Я был занят чем-то по дому, а потом не смог найти ключи или бумажник. Думаю, они должны были пойти в кино, но им пришлось изменить планы, потому что она опоздала. Я не вижу в этом ничего страшного.

Психиатр: Похоже, что некоторые из этих трудностей могут быть связаны с симптомами, о которых мы говорили: забывчивость, сложности с выполнением задач, легкая рассеянность и проблемы с организацией. Как вы думаете, может ли это быть так?

С.: Я никогда не думал об этом в таком ключе.

Психиатр и С. договорились, что терапия и поведенческие методы будут лучшим первым вариантом лечения симптомов СДВГ, поскольку в настоящее время у него имеются проблемы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и значительные психосоциальные проблемы.

Практический взгляд: психотерапия в сочетании с отработкой навыков эффективна при лечении СДВГ у взрослых

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Когнитивно-поведенческая терапия — это распространенный вид терапевтических бесед. Она структурирована и ограничена по времени; она помогает пациенту осознать искаженное или негативное мышление, чтобы он мог более ясно воспринимать сложные ситуации и реагировать на них более эффективно. КПТ весьма эффективно помогает пациентам научиться лучше справляться со стрессовыми жизненными ситуациями и психическими заболеваниями, развивая навыки преодоления трудностей, улучшая коммуникацию и справляясь с потерей и горем.

КПТ также может способствовать восстановлению после травмы или насилия, преодолению медицинских заболеваний и контролированию хронических симптомов. Было установлено, что КПТ помогает взрослым пациентам улучшать организационные навыки и, следовательно, уменьшать проявления симптомов СДВГ [7]. Мета-анализ пациентов с СДВГ взрослого возраста показал, что у тех, кто прошел курс КПТ, наблюдалось умеренное снижение проявлений симптомов по сравнению с контрольной группой, ожидавшей приема [16]. Было показано, что КПТ улучшает управление временем, повседневное функционирование и общее самочувствие у взрослых с СДВГ [17]. КПТ воздействует на некоторые из тех же областей мозга, что и медикаменты, а именно на фронтопариетальную сеть и мозжечок [18].

КПТ-вмешательства включают следующее:

- Определите сложные ситуации или обстоятельства в вашей жизни.
- Осознайте свои мысли, эмоции и убеждения по поводу этих проблем.
- Выявите негативное и искаженное мышление.
- Бросьте вызов негативному, искаженному и неадаптивному мышлению и научитесь перестраивать мысли.
- Более позитивные и точные мысли способствуют возникновению более позитивных эмоций и саморегуляции.

Терапия взаимоотношений и прочие. Существует множество доказательств того, что качество жизни во взрослом возрасте зависит от здоровых и продолжительных отношений; также хорошо известно, что симптомы СДВГ, оставленные без лечения, могут негативно влиять на отношения [19]. Отношения также являются важной частью внешней системы поддержки человека, если у него диагностировано психическое расстройство.

Супружеское консультирование и супружеская терапия могут быть очень полезны для людей с СДВГ. Терапия отношений — это уникальный вид супружеской терапии, который фокусируется на том, чтобы помочь парам установить более глубокие отношения и связь друг с другом, несмотря на наличие симптомов СДВГ [19]. Терапия отношений может помочь парам изучить проблемы, связанные с СДВГ, освоить полезные техники и определить возможные преимущества наличия партнера с СДВГ. Общие преимущества наличия партнера с СДВГ включают позитивность, общительность, открытость, эмпатию и устойчивость, которые обычно наблюдаются у пациентов с СДВГ [19]. Групповое лечение для пар может быть полезным для уменьшения проявления симптомов СДВГ и улучшения отношений [20].

Доказано, что осознанная медитация может улучшить исполнительное функционирование и сократить трудности в отношениях, помимо других основных симптомов СДВГ. Кроме того, физические упражнения могут повысить настроение и самооценку у лиц с СДВГ [21,22].

Образ жизни, способствующий контролю над СДВГ, включает следующее:

- Составляйте списки задач.
- Разбивайте сложные задачи на более мелкие, легко выполнимые шаги.
- Используйте напоминания, например, записки, смартфоны и приложения.
- Ведите календарь встреч на электронном устройстве.
- Установите системы для хранения и систематизации данных.
- Следуйте распорядку дня.
- Планируйте на выполнение задач больше времени, чем считаете нужным.
- Сделайте физические упражнения обычной частью распорядка дня. Занятия спортом — это, пожалуй, самый позитивный и эффективный способ снизить гиперактивность и невнимательность при СДВГ. Упражнения могут снять стресс, поднять настроение и успокоить разум, помогая расходовать избыток энергии и агрессии, которые могут мешать отношениям.
- При необходимости устанавливайте временные ограничения. Многие взрослые с СДВГ тратят так много времени на выполнение одной задачи — это называется гиперфокусировкой — что больше ничего не успевают сделать.
- Делайте выбор в пользу здорового питания; пациенты с более тяжелыми симптомами чаще употребляют продукты с высоким содержанием сахара и жиров и пренебрегают фруктами и овощами.

Клинические тонкости: цели КПТ для взрослых с СДВГ

- Улучшить управление временем и организационные навыки.
- Узнать, как уменьшить импульсивное поведение; развить навыки решения проблем.
- Повысить самооценку; узнать, как улучшить отношения с другими людьми.
- Разработать стратегии контроля над гневом и вспыльчивостью.

Заключение

Согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам, 5-е издание (DSM-5), СДВГ часто сохраняется до зрелого возраста [9]. Для диагностики СДВГ у взрослых и подростков в возрасте 17 лет и старше необходимо наличие только пяти симптомов, вместо шести, необходимых для детей младшего возраста. В более старшем возрасте симптомы могут выглядеть иначе. Например, у взрослых гиперактивность может проявляться как крайняя неугомонность или изматывание окружающих своей активностью.

Ранее считалось, что СДВГ — это детское расстройство, которое постепенно ослабевает с возрастом, предположительно в подростковом и взрослом возрасте. Несмотря на это предположение, несколько продолжительных исследований показали, что симптомы и дисфункция часто сохраняются во взрослом возрасте. В действительности СДВГ, как правило, неоднороден в своих проявлениях. Существует острая необходимость в разработке универсальной диагностической стратегии для выявления симптомов СДВГ у взрослых для решения клинических проблем и проблем общественного здравоохранения. Как психофармакологические, так и поведенческие вмешательства могут помочь облегчить симптомы, преобразовать области дисфункции и улучшить качество жизни ■

Ключевые слова: психиатрия, психотерапия, СДВГ, синдром дефицита внимания и гиперактивности, СДВГ у взрослых, импульсивность, гиперактивность, стимуляторы, фармакологическое лечение.

Корреляция между разными типами жестокого обращения с детьми и диабетом во взрослом возрасте — медиационный эффект функционирования личности: данные выборочного опроса жителей Германии

Сандра Зара[1], Эльмар Брелер[2,3], Сэдрик Сахсер[4], Йорг М. Фегерт[4], Винфрид Хаузер[5,6], Лина Кракау[2], Ханна Камплинг[1], Йоханнес Крузе[1,7]

Источник с полной версией статьи: Sandra Zara, Elmar Brähler, Cedric Sachser, Jörg M Fegert, Winfried Häuser, Lina Krakau, Hanna Kampling, Johannes Kruse, Associations of different types of child maltreatment and diabetes in adulthood — the mediating effect of personality functioning: Findings from a population-based representative German sample, Annals of Epidemiology, Volume 78, 2023, Pages 47–53, ISSN 1047-2797, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1047279722003076

Аннотация

Цель. Цель настоящего исследования — изучить роль функционирования личности и ее связь с корреляцией между жестоким обращением с детьми (сексуальное, физическое и эмоциональное насилие, а также пренебрежение физическими и эмоциональными потребностями) и диабетом во взрослом возрасте.

Методы. Анализ основан на данных репрезентативной выборки населения Германии (N = 5,041) с 2016 по 2019 годы. Анкеты самоотчёта оценивали диабет, жестокое обращение с детьми (CTQ), функционирование личности (OPD-SQS) и симптомы депрессии/тревожности (PHQ-4). Было рассчитано отношение шансов, чтобы изучить связь между жестоким обращением и диабетом, также был проведен анализ медиации, включая PHQ-4 в качестве сопутствующей переменной, с целью исследования роли функционирования личности.

Результаты. Все виды жестокого обращения значительно увеличивали вероятность диабета во взрослой жизни. Функционирование личности опосредует связь между насилием и диабетом (сексуальное: b = 0,012, 95% CI [.002, 0.022], P_M = 25,0%, физическое: b = 0,009, 95% CI [.001, 0.017], P_M = 12,0% и эмоциональное: b = 0.013, 95% CI [.002, 0,024], P_M = 59,8%), но не между пренебрежением потребностями и диабетом.

Выводы. Жестокое обращение связано с повышенным риском диабета, функционирование личности при этом является

1 Кафедра психосоматической медицины и психотерапии, Гисенский университет имени Юстуса Либиха, Гисен, Германия.
2 Кафедра психосоматической медицины и психотерапии, Майнцский университет имени Иоганна Гутенберга, Майнц, Германия.
3 Единый центр исследования и лечения ожирения, Отдел исследований в области бихевиоральной медицины, Медицинский центр Лейпцигского университета, Лейпциг, Германия.
4 Кафедра детской и подростковой психиатрии/психотерапии, Ульмский университет, Ульм, Германия.
5 Кафедра психосоматической медицины и психотерапии, Мюнхенский технический университет, Мюнхен, Германия.
6 Кафедра медицины внутренних болезней I, Саарбрюкенская клиническая больница, Саарбрюкен, Германия.
7 Кафедра психосоматической медицины и психотерапии, Медицинский центр Марбургского университета имени Филиппа, Марбург, Германия.

релевантным связующим звеном между типами насилия в рамках жесткого обращения. Таким образом, усиливая фокус на предотвращении жестокого обращения и учитывая нарушенное функционирование личности в лечении диабета, можно улучшить самостоятельный контроль диабета и отношение к здоровью.

Введение

Жестокое обращение с детьми, такое как эмоциональное, сексуальное и физическое насилие, также как и пренебрежение физическими и эмоциональными потребностями широко распространено в мире, оказывая влияние на 31% всего населения Германии [1]. Последние исследования сосредотачиваются на негативных последствиях жестокого обращения для пациентов с диабетом, показывая, что опыт жестокого обращения коррелирует со значительно повышенным риском диабета во взрослом возрасте [2, 3, 4]. В исследовании, основанном на выборочном опросе, удалось показать, что сама по себе подверженность ≥ 4 типам жестокого обращения (по сравнению с отсутствием такового) увеличивала наличие второго типа диабета примерно в три раза [5]. Негативное влияние фактора жестокого обращения среди пациентов с диабетом также находит отражение в более высоком уровне смертности, более высоких значениях BMI и HbA1c [6,7], что подчеркивает важность понимания, как именно связано жестокое обращение и диабет. Эндокринологические факторы, которые могут объяснить связь между жестоким обращением и диабетом, такие как нарушение регуляции выработки кортизола, повышенные показатели воспалительного процесса и гормональные нарушения, ведущие к ожирению, давно были объектом интереса исследователей [8, 9, 10, 11, 12, 13]. Также в фокусе внимания было негативное влияние жестокого обращения на отношение к здоровью. В избытке существуют доказательства того, что жестокое обращение связано, например, с повышенным риском табачной зависимости, отсутствием физической активности и ожирением среди населения [14] – все эти факторы хорошо изучены в отношении диабета второго типа. Механизмы, которые связывают жестокое обращение и нарушения в отношении пациентов к своему здоровью, а также самоконтроль [17,18] не были до конца поняты. Недавние исследования корреляции между жестоким обращением и психопаталогией обратили внимание на посредническую роль функционирования личности [19, 20, 21] — многомерной величины базовых психологических способностей, включенной недавно в DSM-5 и МКБ-11 [22, 23] — которая также может играть важную роль в развитии диабета (например, через неблагоприятное отношение к здоровью).

Функционирование личности описывает психологические способности в следующих областях: 1) восприятие себя и восприятие других объектов, 2) саморегуляция и регуляция отношений, 3) внутренняя и внешняя коммуникация, 4) привязанность к внутренним и внешним объектам, [24], которые развиваются в раннем детстве [25]. Ранний опыт жестокого обращения, особенно если он повторялся, препятствует развитию и таким образом приводит к нарушенному функционированию личности. В отношении диабета было доказано, что определенные аспекты личности связаны с диабет-связанным дистрессом, соблюдением плана лечения и проявлением заботы о себе [17,18,26]. Таким образом, учет функционирования личности у пациентов с диабетом может помочь расширить наше понимание корреляции между жестоким обращением и диабетом.

Насколько нам известно, отсутствуют исследования, которые изучают функционирование личности в связи с жестоким обращением и диабетом. Наше исследование, основанное на проведении выборочного опроса жителей Германии, имело целью изучить (1) корреляцию между жестоким обращением и диабетом во взрослом возрасте, (2) медиационный эффект функционирования личности в связи с разными типами жестокого обращения и диабетом во взрослом возрасте.

Результаты

Характеристики выборки

Преобладание диабета в представленной выборке составило 6.5%. Все участники (N = 5,041), 20.4% (n = 1,028) сообщили об опыте хотя бы одного типа жестокого обращения средней тяжести. Среди пациентов с диабетом (n = 337), 32.0% (n = 108) и среди пациентов без диабета 19,4% (n = 905) был выявлен по крайней мере один тип жестокого опыта средней тяжести. Доля сексуального насилия в отношении всей выборки составила 5,7%, физического насилия — 6,0%, эмоционального насилия — 5,8%, пренебрежения физическими потребностями — 23,5%, пренебрежения эмоциональными потребностями — 12,6%. Также в отношении всей выборки 7,6% продемонстрировали симптомы депрессии, 7,2% — симптомы тревожности. У пациентов с диабетом — 15,9% продемонстрировали симптомы депрессии и 14,2% — симптомы тревожности. Риски развития диабета были повышены для всех пяти типов жестокого обращения (сексуальное насилие: OR = 1,9, 95% CI [1.298, 2.81]; физическое насилие: OR = 2,2, 95% CI [1.529, 3.143]; эмоциональное насилие: OR = 2,0, 95% CI [1.349, 2,837]; пренебрежение физическими потребностями: OR = 2,1, 95% CI [1.545, 2,949], пренебрежение эмоциональными потребностями: OR = 1,2, 95% CI [0.803, 1,889]).

Анализ медиации диабета, функционирования личности и типов жестокого обращения с детьми

Анализ медиации, проведенный с сопутствующей переменной — симптомами депрессии/тревожности — обнаружил важную непрямую связь между сексуальным насилием и диабетом через функционирование личности, b = 0.012, 95% CI [.002, .022], физическим насилием, b = 0.009, 95% CI [.001, .017] и эмоциональным насилием, b = 0.013, 95% CI [.002, .024]. Опосредованное влияние пренебрежения физическими и эмоциональными потребностями на диабет через функционирование личности оказалось незначимым, поскольку доверительные интервалы включают в себя ноль (b = 0.002, 95% CI [–0.002, .006] и b = 0,003, 95% CI [–0.001, .008]). Для моделей медиации со статистически значимым опосредованным влиянием процент опосредованности (P_M) сводится к 59,8% для эмоционального насилия, 25,0% для сексуального насилия и 12.0% для физического насилия.

Обсуждение

Цель настоящего исследования заключалась в изучении корреляции между разными видами жестокого обращения (сексуальное, физическое и эмоциональное насилие, пренебрежение физическими и эмоциональными потребностями) и диабетом во взрослом возрасте, а также в исследовании роли функционирования личности в этой связи.

Наши результаты, основанные на анализе данных выборочного опроса жителей Германии, показывают, что, независимо от типа, жестокое обращение значительно увеличивает риски развития диабета во взрослом возрасте. Исследование показывает, что самые высокие риски наблюдаются при опыте физического насилия или отсутствия пренебрежения физическими потребностями, на втором месте — опыт эмоционального и сексуального насилия. Напротив, наиболее низкая вероятность наблюдается в случаях пренебрежения эмоциональными потребностями. Несмотря на то, что предыдущие исследования в основном свидетельствуют о корреляции между жестоким обращением и диабетом, сведения относительно разных типов жестокого обращения разнородны. Некоторые исследования обнаружили, что сексуальное и физическое насилие являются самым сильным фактором развития диабета [4,38], в то время как другие факты свидетельствуют в пользу самой прочной связи между пренебрежением потребностями и диабетом. Кроме того, недавнее лонгитьюдное когортное исследование, которое включало N = 2,973 пациентов выявило только значительную корреляцию между эмоциональным насилием и вторым типом диабета [39]. Методологические различия могут лишь частично объяснить расхождения в результатах, поскольку некоторые из указанных исследований не изучали

пренебрежение физическими и эмоциональными потребностями по отдельности, или результат основан либо на клинических, либо на репрезентативных выборках. Более того, характеристики конструкта пренебрежения потребностями часто сильно различаются, что может приводить к разнородным результатам. К тому же на пренебрежение потребностями может повлиять социально-экономический статус и исторические обстоятельства [28], например, индивидуумы с низким социально-экономическим статусом, связанным с их этнической и расовой принадлежностью, в большей степени подвержены переживаниям, связанным с финансами, стрессу родительства и стрессорам окружающей среды, а также с отсутствием свободного доступа к услугам здравоохранения, в том числе в сфере психического здоровья. Будущие исследования должны изучить корреляцию между разными типами жестокого обращения и диабета, особенно физического и эмоционального пренебрежения, и пристальное внимание уделить методологическим вызовам.

Насколько нам известно, это первое исследование, которое рассматривает функционирование личности в связи с корреляцией между жестоким обращением и диабетом. Мы провели анализ медиации, нацеленный на изучение функционирования личности как потенциального медиатора между разными подвидами жестокого обращения и диабетом, в тоже время контролируя симптомы депрессии/тревожности посредством включения суммарного показателя PHQ-4 как сопутствующей переменной. Предыдущие исследования предполагают, что опыт жестокого обращения также связан с психическими нарушениями [40,41], и эта связь отчасти опосредована функционированием личности [19,20]. Очень важно не упустить из виду этот аспект, так как симптомы депрессии/тревожности часто присутствуют у пациентов с диабетом. Доказано, что диабет повышает риски депрессивной симптоматики [42], в то время как депрессивная симптоматика повышает риск развития диабета второго типа на 34% [43]. Далее, исследования показывают, что для пациентов с диабетом риски развития тревожного расстройства увеличиваются в два раза по сравнению с пациентами без диабета, включая острые осложнения, такие как гипогликемия и другие сопутствующие заболевания (микрососудистые осложнения, например, ретинопатия, и макрососудистые осложнения) в числе самых распространенных [44]. Контроль над самыми распространенными психическими заболеваниями — а именно симптомами депрессии/тревожности — позволил нам сосредоточиться на конкретном влиянии функционирования личности.

Наш анализ медиации доказал посреднический эффект функционирования личности в корреляции между сексуальным, физическим и эмоциональным насилием и диабетом, но не в корреляции между физическим и эмоциональным пренебрежением и диабетом, подчеркивая связь между ранним опытом насилия и нарушенным функционированием личности для пациентов с диабетом. Исследование функционирования личности у пациентов с диабетом не является новым. Однако, предыдущие исследования рассматривали скорее отдаленные конструкты, относящиеся к функционированию личности, нежели функционирование личности как единый механизм. Черты характера [45] и эмоциональная регуляция [24] в связи с их соотнесенностью с отношением к здоровью и саморегуляцией привлекло значительное внимание. Например, можно доказать, что высокий уровень невроза влияет на регулярный прием лекарств так же как и на заботу о себе у пациентов с диабетом второго типа [17]. Другое исследование показало, что у пациентов с диабетом первого типа эмоциональная дисрегуляция связана с преднамеренным ограничением инсулина как особой формой пищевых расстройств [46]. Дополнительно литература содержит сведения о том, что нарушенная эмоциональная регуляция связана с заеданием эмоциональных проблем, сидячим образом жизни и сниженной физической активностью среди детей [47], что может способствовать распространению проблем с лишним весом, и все перечисленные выше проблемы являются хорошо известными факторами риска, связанными с диабетом

второго типа [48,49]. Основываясь на приведенных выше доказательствах, мы считаем возможным предположить, что жестокое обращение и диабет связаны посредством нарушенного функционирования личности, которому потенциально свойственны безответственное отношение к здоровью и плохая саморегуляция. Что касается саморегуляции, в частности исследование среди пациентов со вторым типом диабета и низким уровнем гликемического контроля обнаружило, что более высокие уровни функционирования личности способствовали снижению показателей гликированного гемоглобина на протяжении 6-месячного периода [50]. Необходимо проводить дальнейшие исследования с целью выявления прямого влияния функционирования личности на отношение к здоровью и саморегуляцию у пациентов с опытом жестокого обращения и диабетом, так же как и его влияния на течение заболевания.

Возможности и ограничения

Основное достоинство данного исследования — большая выборка населения Германии, на которой проводилось исследование. Мы внесли свой вклад в доказательные исследования, которые используют более широкую систему измерений для нежелательного детского опыта, такого как воспитание родителем с психическим заболеванием, посредством более точного измерения жестокого обращения и рассмотрения разных видов насилия и пренебрежения потребностями. Кроме того, благодаря использованию многомерного, но всё же экономичного измерения функционирования личности, широкий спектр психологических способностей может быть учтен в корреляции между жестоким обращением и диабетом. Исследование функционирования личности всё же имеет свои ограничения и, насколько нам известно, это первое исследование, посвященное изучению роли функционирования личности применительно к корреляции между жестоким обращением и диабетом.

Следует признать ряд ограничений, важных для интерпретации результатов. Во-первых, перекрестный дизайн исследования не позволяет делать выводы относительно причин и последствий в отношении корреляции между жестоким обращением, функционированием личности и диабетом во взрослом возрасте. Более того, диабет исследовался через опросники самооценивания, и дизайн сбора данных не допускал раздельного исследования людей с первым и вторым типом диабета. В связи с чем наши данные позволяют сделать только обзор относительно диабета обоих типов, не принимая во внимание патомеханизмы для диабета первого и второго типа. Таким образом, будущие исследования должны изучать жестокое обращение и функционирование личности для типа 1 и типа 2 по отдельности. Чтобы компенсировать в определенной степени данное ограничение, мы взяли анализы на чувствительность у населения в возрасте ≥ 30 лет, предположительно минимизируя количество людей с диабетом первого типа (см. анализы на чувствительность). В этой выборке мы обнаружили сопоставимые результаты. Дополнительные факторы здоровья, такие как индекс массы тела, курение или употребление алкоголя должны быть также приняты во внимание, контроль данных показателей в наших анализах не представлялся возможным. Далее, из анализа данных были исключены социо-демографические переменные, такие как этническая и расовая принадлежность, которые могли бы повлиять на степень распространенности жестокого обращения. Дальнейшее рассмотрение частоты и степени тяжести жестокого обращения может привести к новым открытиям относительно корреляции между жестоким обращением и диабетом.

Заключение

Результаты нашего исследования показывают, что все виды жестокого обращения значительно увеличивают шансы развития диабета во взрослом возрасте и, таким образом, подчеркивают важность исследования влияния разных типов жестокого обращения на пациентов с диабетом. Мы доказали, что нарушенное функционирование личности (частично)

опосредует связь жестокого обращения и диабета во взрослом возрасте, что подчеркивает значимость его роли для данной группы пациентов. Помимо опосредования влияния жестокого обращения, нарушенное функционирование личности вносит свой вклад в риски диабета, оказывая влияние на саморегуляцию и отношение к здоровью — однако, важно исследовать указанную потенциальную взаимосвязь в будущих исследованиях. В связи с тем, что было доказано, что улучшение функционирования личности представляется возможным через психотерапию [51], обращение к психотерапии может быть благоприятным с точки зрения интервенций, имеющих своей целью улучшить отношение к здоровью и развить навыки саморегуляции у пациентов с диабетом ■

Ключевые слова: сахарный диабет; неинфекционные заболевания; жестокое обращение с детьми; функционирование личности; анализ медиации.

Альянс в психотерапии взрослых: мета-аналитический синтез

Кристоф Флюкигер[1], Эй Си Дель Ре[2], Брюс Э. Вампольд[3], Адам О. Хорват[4]

Источник с полной версией статьи: Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. Psychotherapy, 55(4), 316–340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Альянс продолжает оставаться одной из наиболее изученных переменных, связанных с успехом в психотерапии, независимо от ее теоретической ориентации. Мы определяем и иллюстрируем понятие альянса (также концептуализированного как терапевтический альянс или рабочий альянс), а затем представляем мета-анализ 295 независимых исследований очной и Интернет-опосредованной психотерапии, охватывающих более 30 000 пациентов (опубликованных в период с 1978 по 2017 год). Связь альянса и результатов лечения изучалась с помощью трехуровневого мета-анализа, используя модель со случайными эффектами и ограниченной оценкой максимального правдоподобия. Общая связь между альянсом и результатом лечения при очной психотерапии составила r = .278 (95% доверительные интервалы [.256, .299], p < .0001; эквивалент d = .579). Наблюдалась неоднородность среди величин эффектов, и 2% из 295 величин эффектов показали отрицательную корреляцию. Корреляция для Интернет-опосредованной психотерапии была примерно такой же (r = .275, k = 23). Эти результаты подтверждают устойчивость положительной связи между психотерапевтической работой в альянсе и результатом терапии. Эта связь остается неизменной при различных подходах к оценке, показателях альянса и результата, подходах к лечению, характеристиках пациентов и странах. В конце статьи приводятся соображения о ее причинности и ограничениях исследования, многообразие мнений и практические рекомендации.

Научная значимость исследования

Проблема: Насколько надежна корреляция альянса (как целостного, совместно достигнутого качества, измеряемого во время терапии) с результатами терапии?

Результаты: На основании более чем 300 исследований можно утверждать, что положительная связь альянса и результатов сохраняется при различных подходах к оценке альянса и результатов, подходах к лечению, характеристиках пациента, очной и Интернет-опосредованной терапии, а также в разных странах.

Значение: Альянс, который представляет собой взаимное сотрудничество и партнерство между терапевтом и клиентом, является важным аспектом психотерапии в различных психотерапевтических подходах.

Перспектива исследования: Универсальность связи «альянс-результат» и потенциальные концептуальные границы должны быть исследованы в культурных и биопсихосоциальных контекстах как в пределах психотерапевтических учреждений, так и вне их количественным и качественным образом.

Альянс продолжает оставаться одним из наиболее изученных факторов, приводящих к успеху психотерапии. Термин «альянс», возникший в психодинамической терапии (Zetzel, 1956), становится все более

1 Кафедра психологии, Цюрихский университет.
2 Центр внедрения инноваций, Администрация здравоохранения ветеранов в Пало Альто, Пало Альто, Калифорния.
3 Центр психиатрии Модум Бад, Модум Бад, Норвегия, и Кафедра психологического консультирования, Висконсинский университет в Мадисоне.
4 Факультет образования и Кафедра психологии, Университет Саймона Фрейзера.

популярным в различных помогающих профессиях, включая сестринское дело, социальную работу, медицину, психиатрию, реабилитацию, консультирование (Horvath et al., 2014), и электронное здравоохранение (Berger, 2017; Sucala, Schnur, Constantino, Miller, Brackman, & Montgomery, 2012). Интерес к альянсу, проявляемый в последнее время в литературе, вероятно, частично объясняется тем, что (а) исследования постоянно обнаруживают умеренную, но устойчивую связь между альянсом и результатом в широком спектре методов лечения (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Martin, Garske, & Davis, 2000) и (б) альянс может быть непосредственно практически оценен. Такие пункты, как «Я считаю, что мой терапевт искренне заинтересован в моем благополучии», «Мы совместно решили, над чем мне нужно работать» и «Мой терапевт и я уважаем друг друга», могут быть использованы во многих клинических контекстах. Наш отчет посвящен части эмпирической литературы, связывающей альянс с результатами психотерапии, опубликованной в период с 1978 по 2017 год. В этой статье мы сначала представим определение альянса, его измерения и клинический пример. Далее мы приводим мета-аналитический синтез исследований альянса в его связи с результатами психотерапии. Анализ рассматривает взаимосвязь между альянсом и результатами психотерапии, охватывая разные точки зрения, позиции экспертов, критерии измерения альянса, подходы к лечению и страны. В заключение мы рассмотрели вклад пациентов, их адаптируемость к электронным методам психиатрического лечения, соображения причинности, исследовательские ограничения, разнообразие выборки и практические рекомендации.

Определение и критерии измерения

Термин «альянс» (которому иногда предшествуют слова «терапевтический», «рабочий» или «помогающий») относится к целостным сотрудническим отношениям терапевта и клиента. На теоретические рассуждения о коллаборативных аспектах терапевтических отношений (Freud, 1912/1958; Rogers & Wood, 1974; Zetzel, 1956) большое влияние оказало предположение о том, что общие, пантеоретические факторы отвечают за значительную часть эффективности различных терапевтических практик (Bordin, 1989; Frank, 1961; Horvath & Symonds, 1991; Rosenzweig, 1936; Wampold & Imel, 2015). Исторически концепция альянса (но не сам термин) восходит к среднему периоду творчества З. Фрейда. Он четко осознавал важность сознательной привязанности клиента к личности терапевта: «Даже самые блестящие результаты могли быть внезапно сведены на нет, если нарушались мои личные отношения с пациентом. Личные эмоциональные отношения между врачом и клиентом в конечном счете были сильнее, чем весь катарсический процесс» (Freud, 1927/1961, p. 27). В то же время Фрейд теоретизировал, что бессознательная проекция значимых прошлых неразрешенных отношений (перенос) является всепронизывающей основой терапевтического процесса: «Он [перенос] является универсальным феноменом человеческого разума, он доминирует во всех отношениях каждого человека с его окружением» (Freud, 1927/1961, p.42). Важность осознанного союза и сотрудничества между клиентом и терапевтом была отмечена рядом психоаналитиков. Зетцель (1956) ввела термин «терапевтический альянс» для обозначения способности клиента использовать здоровую часть своего эго, чтобы объединиться с психоаналитиком для выполнения терапевтических задач. Гринсон (1965) провел различие между рабочим альянсом, способностью клиента настраиваться на решение задач анализа, и терапевтическим альянсом, способностью терапевта и клиента устанавливать межличностную связь (Horvath & Luborsky, 1993). Положительным влиянием на развитие работы по альянсу стало также применение Роджерсом эмпирических методов исследования предлагаемых терапевтом фасилитативных условий (например, эмпатия, позитивное отношение, искренность, надежность и т. д.). Эта работа положила начало развитию методов тщательного исследования переменных отношений (Rogers, Gendlin, Kiesler, & Truax, 1967). «Новая» концепция

альянса подчеркивала сознательные аспекты отношений (в отличие от бессознательных процессов) и комплексное установление сотруднических взаимоотношений. Люборски (1976) расширил концепт, предложенный Зетцель (1956) и предположил, что альянс между терапевтом и клиентом развивается в две фазы. Первая фаза, альянс первого типа, включает веру клиента в терапевта как в мощный источник помощи, оказываемой посредством теплого, поддерживающего и заботливого отношения. Вторая фаза, альянс второго типа, подразумевает непосредственное включение и веру клиента в сам терапевтический процесс, приверженность некоторым концепциям, лежащим в основе терапии (например, природа возникновения проблемы и ценность исследовательского процесса), а также готовность включаться в терапию. Хотя концепция Люборски о процессе терапии была основана на психодинамической теории, его описание альянса как терапевтического процесса легко применимо ко всем формам лечения. Бордин (1976, 1989, 1994) предложил пантеоретическую версию альянса, которую он назвал рабочим альянсом. Его концепция альянса была основана на идеях Гринсона (1965). Для Бордина сутью альянса была позиция сотрудничества в терапии, сфокусированная на трех компонентах: согласие относительно терапевтических целей, консенсус относительно задач, составляющих терапию, и связь между клиентом и терапевтом. Он предположил, что разные терапии предъявляют разные требования к отношениям, поэтому «профиль» идеального рабочего альянса будет отличаться в разных ориентациях.

Методы и методики исследования

Согласно предыдущим мета-анализам, на четыре методики — Калифорнийскую шкалу психотерапевтического альянса (CALPAS; Marmar, Horowitz, Weiss, & Marziali, 1986), Опросник помогающего альянса (HAQ; Alexander & Luborsky, 1987), Вандербильтскую шкалу процесса психотерапии (VPPS; Suh, Strupp, & O'Malley, 1986) и Анкету рабочего альянса (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) — приходится примерно две трети исследований связи альянса и результатов. В данном исследовании в 73 (69%) из 105 статей использовались инструменты, основанные на пунктах WAI. Со временем наметилась тенденция к разработке и использованию более коротких версий опросников. Каждый из этих четырех основных инструментов используется уже более 30 лет и демонстрирует приемлемый уровень внутренней согласованности в диапазоне от .81 до .87 (α Кронбаха). Оцениваемые показатели, как правило, имеют схожие коэффициенты межрейтинговой надежности. Установлено, что общая дисперсия между этими хорошо зарекомендовавшими себя показателями составляет менее 50% (Horvath, 2009). Исследование общей факторной структуры WAI, CALPAS и HAQ показало, что «доверительные сотруднические отношения» являются центральной общей темой этих опросников (Hatcher & Barends, 1996). Такие пункты, как «Мой терапевт и я уважаем друг друга» (WAI-пациент), «Я чувствую, что работаю вместе с терапевтом» (Helping Alliance Questionnaire — II пациент) и «Чувствовали ли вы, что работаете вместе со своим терапевтом, что вы оба объединены в борьбе за преодоление ваших проблем?» (CALPAS-пациент) иллюстрируют общее понимание глобального, эвристического качества сотрудничества в разных инструментах измерения. В настоящее время существует множество различных форм (например, краткие версии, версии для наблюдателей и переводы) основных показателей. Например, оригинальный Опросник альянса по оказанию помощи (HAQ II; Luborsky et al., 1996) подвергся серьезному пересмотру, и две версии данного инструмента имеют менее 30% общего содержания; соответственно, в нашем мета-анализе HAQ и HAQ II кодируются как отдельные измерения. Качественное значение самого альянса может меняться в ходе лечения конкретного случая (Luborsky, 1976), а то, как составляющие альянса интерпретируются респондентом, также может меняться в зависимости от фазы лечения (Beltz, Wright, Sprague, & Molenaar, 2016; Tschacher, Scheier, & Grawe, 1998). Например, пункт «Я чувствую, что мой терапевт ценит меня»

может иметь качественно иное значение в начале лечения, чем в ходе более поздней сессии, когда терапевт и клиент затрагивают очень эмоциональные темы. Несмотря на то, что разнообразие показателей альянса, вероятно, вносит свой вклад в изменчивость связи «альянс-результат», оно также демонстрирует общепризнанную значимость различных способов оценки качеств сотрудничества в отношениях терапевта и клиента.

Клинические примеры

Альянс характеризует качество взаимного сотрудничества и партнерства между терапевтом и клиентом. В некотором смысле альянс пронизывает каждое взаимодействие на протяжении всей психотерапии, а не только те случаи, когда в центре внимания находятся «отношения» или согласование целей и задач. В этом смысле альянс отличается, например, от эмпатической реакции терапевта, которая может быть идентифицирована как отдельное проявление ответной реакции. Хотя мы можем легко определить интерактивную последовательность взаимодействий, которая укрепляет или нарушает альянс, нельзя кодировать отдельный отклик как представляющий «альянс». Таким образом, альянс не является результатом конкретного вмешательства; это разворачивающийся во времени процесс развития, который может принимать различные формы и может быть достигнут практически мгновенно или взращиваться в течение длительного времени в рамках прочных отношений (Kramer & Stiles, 2015; Stiles, 2009).

Следующий диалог иллюстрирует реальное обсуждение совместного участия клиентов в согласовании целей, задач и доверительной конфиденциальности на этапе регистрации на Сессии 5.

Клиент *(К)* и терапевт *(Т)* обсуждают дневник мыслей:

К: Я думаю, что вы эксперт, и поэтому я верю, что вы можете показать мне лучший способ преодолеть мои недавние переживания.

Т: Я очень ценю вашу открытость и доверие. В то же время я считаю, что нам необходимо общее понимание вашей ситуации и того, как нам следует действовать в вашей терапии.

К: Разве вы не собираетесь сказать, что мне следует делать?

Т: Потому что [во время последней сессии] мы запланировали более точный анализ вашего поведения и мыслей на основе вашего дневника?

К: Ну, документирование ситуаций и мыслей... И все эти, простите за выражение, чертовски глупые вещи. [Смеется].

Т: Глупыми были ваши мысли и эмоции или сам структурированный дневник?

К: Ну... послушайте, я имею в виду немного и то, и другое... Вы — терапевт. Так что, наверное, лучше начать с документации... это тяжелая работа, и, конечно, это не очень весело.

Т: Ну, я понимаю, что эти «чертовы глупости» — тяжелая работа... но в то же время, тут у нас какой-то консервативный момент... сейчас.

К: Мммм... Это безумие, знаете, до женитьбы я был этаким волком-одиночкой... длинные волосы, мотоциклы, шальное веселье!

Т: Что-то вроде волка-одиночки, который уже не совсем уместен?

К: Ну, я, скажем так, «одомашнился»... знаете, женитьба, хорошая работа, шикарный дом, дети... возможно, я потерял добрую часть прежнего «дикого» себя...

Т: . . . А этой «дикой» стороне, возможно, есть что сказать...

К: Кажется, я ее немного боюсь...

Т: Вы боитесь, что ваш «волк-одиночка» слишком негативен, чтобы позволить ему высказаться?

С: Ну, я действительно боюсь честно взглянуть на эту часть себя во время терапии. В то же время... конечно... я в некоторой степени опасаюсь последствий.

Т: Я настроен оптимистично, ведь вскрыть «чёрный ящик» не означает уничтожить все хорошее. Но, разумеется, нам обоим важно быть осторожными и честными, чтобы учесть все возможные последствия. [10-секундная пауза]... читает ли сейчас жена ваши дневники?

С: Ну, я подумал, что было бы неплохо обсудить это с ней... но я не уверен, действительно ли мне стоит это делать.

T: Хорошо, я понимаю. Может быть, есть другие варианты?

В этом примере терапевт пытается продвигаться согласно намеченному плану лечения. По мере того, как разворачивается процесс, он осознает амбивалентность клиента. Он демонстрирует свою готовность совместно исследовать возможные причины и альтернативы. Клиент открыто и прямо говорит о своих надеждах и опасениях по поводу терапии. Задача терапевта в построении альянса — распознать, «легитимировать» и проработать эти потенциальные подводные камни и вовлечь клиента в совместное исследование препятствий, не забывая при этом о совместно определенных целях терапии.

Измерение результатов

Как и в случае с измерением показателей альянса, наши исследования охватывают широкий спектр показателей результатов терапии. Всего было использовано 35 различных вариантов оценивания результатов, которые были разделены на 10 категорий в зависимости от частоты использования (пять или более исследований; разделение способов оценки депрессивного состояния на три категории). Эффекты «альянс-результат» для этих 10 категорий оценок существенно различались (Q(9)24.433; p.01). Категории и соответствующие корреляции были следующими: Опросник депрессии Бека ($r_{adjusted}$ = .28, k = 44), другие опросники ($r_{adjusted}$ = .25, k = 15), отсеявшиеся (не закончившие терапию) ($r_{adjusted}$ = .18, k = 27), общий результат ($r_{adjusted}$ = .30, k = 46), Шкала оценки депрессии Гамильтона ($r_{adjusted}$ = .25, k = 14), Опросник межличностных проблем ($r_{adjusted}$ = .22, k = 16), Опросник результатов 45 ($r_{adjusted}$ = .24, k = 13), другие показатели ($r_{adjusted}$ = .24, k = 167), рискованное поведение ($r_{adjusted}$ = .17, k = 35) Симптоматический опросник SCL-90 ($r_{adjusted}$ = .23, k = 58) и его сокращенные версии. Анализ контраста между Опросником депрессии Бека и другими 10 классами результатов показал статистически значимо более низкую корреляцию между альянсом и результатом в случае прекративших терапию или рискованного поведения ($r_{difference}$ = .10 и .11, соответственно; p<.05). Отказ от лечения и рискованное поведение учитывались почти исключительно в выборках, связанных с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ. Хотя прекращение лечения представляет собой, с одной стороны, «жесткий» показатель результата, включенные в данные выборки случаи были крайне изменчивы; клиенты, проходящие лечение, часто непостоянны и имеют множество проблем (Flückiger et al., 2013). В результате клиенты могут прекратить терапию по самым разным причинам, помимо отсутствия прогресса в лечении. За исключением этих эффектов, все категории показали высокую внутреннюю изменчивость.

Специфичность результатов

Специфичность результата означает, был ли инструмент специфичным для психического расстройства ($r_{adjusted}$ = .23, k = 66) или нет (другой результат, $r_{adjusted}$ = .26, k = 242). Например, в психотерапевтическом исследовании пациентов с депрессией может использоваться специфический инструмент, такой как Опросник изучения расстройств пищевого поведения, и опросник по общим симптомам, такой как Симптоматический опросник SCL-90. В силу относительно большего влияния на данные по сравнению с предыдущим мета-анализом, этот небольшой эффект был статистически значимым (Q(1)4.543; p.033) (Flückiger et al., 2012). Эти результаты свидетельствуют, что альянс предиктивен для показателей, специфичных для расстройства, но предиктивность может быть несколько выше, если результат оценивается с помощью инструментов для общей оценки психического здоровья (Всемирная организация здравоохранения, 2014).

Является ли связь альянс-результат причинным фактором?

Наше исследование подтвердило наличие предиктивной связи между альянсом и результатами индивидуальной психотерапии. Эта связь устойчива, и вероятность того, что она случайна, чрезвычайно

мала (viz., p<.0001). Мы также проверили возможность влияния различных систематических факторов на выявленную корреляцию, и обнаружили, что это не тот случай. Подобные эмпирические данные об альянсе по большей части основываются на лонгитюдном анализе предикторов, исследующем длительные задержки между оцениванием предикторов и результатов в течение нескольких недель и даже месяцев. В других подходах связь между альянсом и результатом изучалась от сессии к сессии и было установлено, что внутренние изменения пациента в альянсе связаны с последующими изменениями симптомов (Falkenström, Ekeblad, & Holmqvist, 2016; Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999; Strunk, Brotman, & DeRubeis, 2010; Xu & Tracey, 2015; Zilcha-Mano et al., 2016; см. также Wampold & Imel, 2015; Zilcha-Mano, 2017). Соответственно, используя общепринятую терминологию для лонгитюдных исследований, существуют надежные эмпирические доказательства того, что альянс (оцениваемый во время терапии) является умеренным причинным фактором, способствующим достижению конечных результатов терапии.

Однако лонгитюдный анализ предикторов не подразумевает существование экспериментальной причинно-следственной связи между альянсом и результатами терапии. Вопрос о причинном статусе является важным и противоречивым. Получение прямых доказательств причинной экспериментальной связи для класса диадических межличностных переменных, включая альянс, невозможно, поскольку этически и концептуально невозможно произвольно помещать пациентов в условия терапии, где эти переменные управляемы (например, в условия с высоким и низким уровнем альянса). Кроме того, существуют значительные методологические трудности в исследовании трансакционных процессов в человеческом взаимодействии (Stiles, 2009; Stiles & Horvath, 2017; Wampold & Imel, 2015). Как следствие, эмпирическая поддержка или опровержение гипотез о причинно-следственной связи в основном опирается на комплексные исследования, использующие косвенные и контекстуальные данные.

Наши данные позволили мета-аналитически проверить одну из выдвинутых гипотез: возможность того, что альянс является всего лишь эпифеноменом, следствием тяжести симптомов при поступлении в терапию и ранних изменений в ходе нее (DeRubeis & Feeley, 1990). В рамках исследования мы сопоставили корреляции нулевого порядка между альянсом и результатом с частичными корреляциями, которые учитывают характеристики пациента при поступлении и соответствующие ранние изменения симптомов. Коэффициент частичной корреляции — это коэффициент, используемый для описания линейной связи между X и Y (альянс и результат) после исключения влияния одного или нескольких независимых факторов Z (например, характеристик пациента при поступлении и других переменных процесса). В данном мета-анализе 66 исследований представили оба коэффициента (корреляции нулевого порядка между альянсом и результатом и частичные корреляции). Результаты показали отсутствие статистически значимых различий между корреляциями нулевого порядка и частичными корреляциями ($Q(1) = 1{,}651$; $p = .199$). Становится очевидным, что потенциальные ковариаты, явно отобранные исследователями для корректировки возможных искажающих результат переменных, не уменьшили масштаб связи альянса и результата (для корреляций нулевого порядка, $r_{adjusted} = .25$; для частичных корреляций, $r_{adjusted} = .22$). Эти результаты подтверждают гипотезу, что связь между альянсом и результатом не является в первую очередь эпифеноменом, связанным с характеристиками клиента при поступлении и соответствующими ранними результатами терапии.

Вклад пациента

Альянс представляет собой активное сотрудничество клиентов и терапевтов на протяжении сеансов в процессе ежеминутного взаимодействия. Очевидно, что с этической точки зрения все участники психотерапии должны согласовать общие цели и задачи терапии в строго конфиденциальной обстановке. Активное участие желательно и необходимо

для большинства пациентов, обращающихся к психотерапевту. Процесс и результат психотерапии невозможен без участия пациента (Pope & Vasquez, 2016).

Проанализированные исследования показывают, что терапевт вносит большой вклад в развитие альянса (Del Re et al., 2012), но, безусловно, и пациент вносит свой вклад в диадические отношения. Например, доверие пациента (Birkhäuer et al., 2017), активная проработка (Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles, 2013), способность к привязанности (Bernecker, Levy, & Ellison, 2014; Mallinckrodt & Jeong, 2015) и социальная поддержка (Coyne, Constantino, Ravitz, & McBride, 2017; Probst, Lambert, Loew, Dahlbender, & Tritt, 2015) могут влиять на качество кооперации в альянсе как микрорезультат.

Высокая степень сложности проблем клиентов может представлять трудности для развития альянса. Контингент, страдающий личностными нарушениями, испытывает сложности в формировании альянса (Forster, Berthollier, & Rawlinson, 2014). Однако в нашем мета-анализе выборки с расстройствами личности показали связь между альянсом и результатом, сопоставимую с другими диагностическими группами. Наши результаты показывают высокую вариабельность размера эффекта «альянс-результат» при пограничном расстройстве личности. Эта изменчивость может быть связана с нестабильным эмоциональным состоянием, которое может повлиять на восприятие альянса в отдельных сессиях (Bedics, Atkins, Harned, & Linehan, 2015; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007; Ulvenes, Berggraf, Hoffart, Stiles, Svartberg, McCullough, & Wampold, 2012).

В настоящем исследовании мы воспроизвели ранее полученные мета-аналитические данные, свидетельствующие, что в выборках взрослых людей с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (Flückiger et al., 2013) и расстройствами пищевого поведения (Graves et al., 2017) величина эффекта альянс-результат несколько ниже. Тем не менее, предыдущие мета-анализы также указывали, что альянс находится под влиянием различных факторов, таких как присутствие представителей этнических меньшинств в выборке с расстройствами из-за употребления психоактивных веществ и возраст клиентов с расстройствами пищевого поведения, что подчеркивает психосоциальный контекст этих выборок.

Существует мало исследований, указывающих на систематическую зависимость корреляции «альянс-результат» от «входных» характеристик пациента на основе переменных характеристик, которые были отобраны исследователями как потенциально влияющие. Более того, существуют мета-аналитические доказательства, что значительная часть корреляции «альянс-результат» сильно зависит от терапевта (Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2012).

Терапевтические практики

Накопленный объем исследований, посвященных альянсу, впечатляет. Безусловно, это одно из самых богатых эмпирических исследований результатов процесса психотерапии. Основываясь на этих исследованиях, в заключение мы рекомендуем следующие практические шаги:

1. Создавайте и поддерживайте альянс на протяжении всего курса психотерапии. Это подразумевает создание теплой эмоциональной связи или взаимной привязанности между психотерапевтом и пациентом.

2. На ранних этапах лечения достигайте согласия относительно целей терапии и соответствующих задач пациента и терапевта. Это гарантированно предвещает терапевтический успех.

3. Во время первых терапевтических сессий реагируйте на мотивационную готовность/стадию изменений клиента и его возможности.

4. Подбирайте слова, создайте терапевтический сленг, доступный для клиента и способствующий преодолению затруднений (Stiles & Horvath, 2017).

5. Сотрудничайте вербально и невербально. Люди считывают и воспринимают невербальное поведение, возможно, не ежеминутно, но довольно часто (Baumeister, 2005).

6. Немедленно и непосредственно корректируйте возникающие нарушения альянса (Safran & Muran, 2000).

7. Подходите к каждому случаю индивидуально, чутко реагируя на персональные проблемы пациентов, а также их предпочтения.

8. Регулярно оценивайте полноту или качество альянса с точки зрения клиента. Оценка альянса в повседневной практике помогает обнаружить неудовлетворительный прогресс и тенденцию к преждевременному прекращению терапии. Существующие инструменты клинической поддержки не могут помочь восстановить альянс и способствовать улучшению результатов (Lambert, Whipple, & Kleinstäuber, 2018, данный специальный выпуск; Pinsof et al., 2015; Rise, Eriksen, Grimstad, & Steinsbekk, 2012).

9. На альянс каждого оценивающего (терапевта или пациента) могут влиять различия в референтных социальных группах, что может привести к расхождениям в оценках альянса. Эти расхождения следует интерпретировать осторожно, поскольку они не обязательно указывают на разногласия. Несовпадения в оценках терапевта и клиента не являются чем-то негативным, а наоборот, могут быть признаком полезности и необходимости обсуждения отношений.

10. Согласованность целей и задач не означает, что терапевт автоматически принимает цели и задачи пациента или наоборот. Сильный альянс часто является результатом переговоров.

11. В онлайн психотерапии альянсу следует уделять не меньшее внимание ■

Ключевые слова: терапевтический альянс, психотерапевтические отношения, рабочий альянс, метаанализ, результат психотерапии.

ПРИГЛАШАЕМ ВАС НА БЛИЖАЙШИЕ ПРОГРАММЫ

Курс

ПСИХОАНАЛИЗ ДЕТЕЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

11 мая — 8 июня | чт. 17^{00}–20^{00}

Курс позволит вам разобраться в причинах страхов, неврозов, агрессивного поведения и других психоэмоциональных проблем ребенка и помочь их преодолеть.

СМОТРЕТЬ

Курс

АУТОАГРЕССИЯ: МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ

9–30 июня | пт. 17^{00}–20^{00}

Курс позволит вам овладеть системой для каузальной работы с агрессией, которую клиент направляет на себя, а также решить собственные проблемы в этой области.

СМОТРЕТЬ

Профессиональная переподготовка

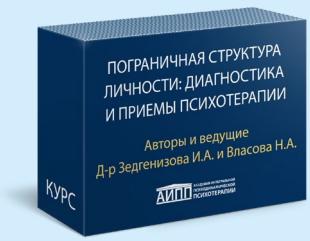
ИНТЕГРАЛЬНАЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ 2.0

4 сентября 2023 г. — 29 июня 2024 г.

Мультимодальная психодинамическая психотерапия с несколькими точками входа в проблему, техниками нейромоделирования и готовыми посессионными программами работы с клиентами.

СМОТРЕТЬ

ПРОГРАММЫ, ДОСТУПНЫЕ В ЗАПИСИ



Курс

ПОГРАНИЧНАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ

Курс, который позволит вам понять особенности личности, овладеть критериями диагностики и приемами работы с клиентами с пограничной организацией личности.

СМОТРЕТЬ

Курс

СЕКСОЛОГИЯ И СЕКСОПАТОЛОГИЯ: ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ

Курс позволит вам понять особенности сексуального развития на разных этапах жизни и отношений в паре, узнать критерии нормы и патологии, а также психотерапевтические подходы к устранению нарушений в сексуальной сфере.

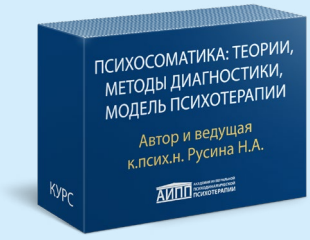
СМОТРЕТЬ

Курс, модуль программы ИПП

ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ПСИХОЛОГОВ

Вы овладеете основами диагностики психических расстройств, поймете, как строить работу с психически нарушенными пациентами и работать в команде с психиатрами.

СМОТРЕТЬ



Курс

ПСИХОСОМАТИКА: ТЕОРИИ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ

Курс даст вам всестороннее понимание причин возникновения и развития психосоматических расстройств с точки зрения различных теорий и школ психосоматики, а также знание методов психологической диагностики и подходов к психотерапии психосоматических расстройств.

СМОТРЕТЬ