



Savez društava
psihoterapeuta
Srbije

2025

IV Международная
научно-практическая конференция

КЕЙС-СТАДИ В ПСИХОТЕРАПИИ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Содержание

О конференции.	2
Вместо любви и ненависти: о психодинамике булимии. <i>Зедгенизова И.А.</i>	3
Предменструальное дисфорическое расстройство: возможности психотерапии. <i>Фомичева Н.С.</i>	5
Четырехпоколенная семья: проблемы и их решения. <i>Манухина Н.М.</i>	9
Блуждающие паттерны поведения: иллюзия исцеления. <i>Иванова Т.Н.</i>	13
Рыба снится к беременности? О символах и сюжетах сновидений на ранних сроках беременности. <i>Власова Н.А.</i>	16
Юмор как часть процесса психотерапии. <i>Илич Иван</i>	20
Теневая сторона эмпатии: взгляд на викарную травматизацию. <i>Кузнецова О.В.</i>	21
Самоотношение как терапевтическая цель: подходы к психотерапии. <i>Тор Ю.Н.</i>	24
Применение техник нейролингвистического программирования для поддержки клиентов во время терапевтического процесса. <i>Тодорович Лелица</i>	25
Как стать львом: символдрама, нейротехники и телесные практики в работе со страхом самопредъявления. <i>Сергеева Ж.В.</i>	28
Работа с клиентами с пограничным расстройством личности с конструктивистской позиции. <i>Дамьянац Милан</i>	30
Внутриличностная конфликтность личности как предиктор психосоматических заболеваний. <i>Русина Н.А., Кальченко А.А.</i>	33
Стратегия и последовательность выбора методов психотерапии при работе с клиентами пограничной организации личности. <i>Суденкова Е.К.</i>	36
Путешествие в мир метафор: исцеление через образное мышление в психотерапии. <i>Полтораки А.Е.</i>	38
Техники экстренной психологии в оказании первой психологической помощи. <i>Стеванович Александр</i>	41

О конференции

1–2 марта 2025 года состоялась IV Международная конференция «Кейс-стади в психотерапии», объединившая профессионалов и студентов из России, Сербии и других стран. Мероприятие было посвящено анализу клиентских случаев, раскрывающих новые тренды, открытия и актуальные темы современной психотерапии.

Конференция собрала вместе психотерапевтов, психологов-консультантов, психиатров, специалистов помогающих профессий и студентов, заинтересованных в вопросах психического здоровья. Участники получили уникальную возможность перенять опыт ведущих психотерапевтов и преподавателей различных направлений, обогатив свою практику ценными знаниями и практическими инструментами.

Мероприятие проводилось на русском и сербском языках с синхронным переводом, обеспечивая доступность и комфорт для международной аудитории.

Организаторы:

- Академия интегральной психодинамической психотерапии (АИПП, Москва, Россия)
- Международная ассоциация интегральной каузальной психотерапии (Белград, Сербия)

В партнерстве с:

- Союзом ассоциаций психотерапевтов Сербии (Белград, Сербия)
- Российским национальным отделением Европейской ассоциации развития психоанализа и психотерапии (Москва, Россия)

Этот сборник тезисов отражает ключевые идеи и практические инсайты конференции, призванные вдохновить профессионалов на дальнейшее развитие в области психотерапии.

Вместо любви и ненависти: о психодинамике булимии

Зедгенизова Ирина Александровна

Врач-психотерапевт, психиатр, психолог-психоаналитик, аккредитованный супервизор ОППЛ, супервизор ASC, заместитель директора по супервизионной работе Центра психотерапии и неврологии доктора Ермакова, заместитель директора по научной работе Института современной психотерапии и психологии, заведующая кафедрой психоанализа Академии интегральной психодинамической психотерапии, г. Новосибирск, Россия

E-mail: zedanalyz@mail.ru

Аннотация. В статье представлен случай работы с подростком с симптомами булимического расстройства и его семьей, дан анализ динамики сопротивления психотерапии со стороны семейной системы и способы его преодоления.

Ключевые слова: булимия, психотерапия подростков, психоаналитическая психотерапия, сопротивление психотерапии.

Цель представления кейса — показать психодинамические механизмы формирования симптомов на примере случая работы с семьей подростка с булимическим синдромом.

Описание клинического случая

Пациентка, на момент обращения 14 лет, жалобы на тревогу, озабоченность внешним видом, весом тела, нестабильный вес тела, сбой менструального цикла, поведенческий паттерн вызывания рвоты.

Анамнез жизни

Семья полная, есть старший брат, отношения между родителями и другими членами семьи эмоционально дистантные. Отец содержит семью, мать домохозяйка. Отец матери пациентки является игроманом. Брат матери страдает алкоголизмом. Родственники со стороны отца также алкоголизированы.

Пациентка была желанным ребенком от второй беременности. На грудном вскармливании находилась до 3 лет. Привязана к матери. Была спокойным послушным ребенком. Отлично училась в школе, занималась дополнительными занятиями музыкой, танцами, рисованием. Перфекционистка. С 13 лет начала экспериментировать с едой. После случайной рвоты почувствовала облегчение и стала вызывать рвоту самостоятельно. Обращались к психиатру, назначен оланзапин и флуоксетин. Также была рекомендована семейная психотерапия и индивидуальная психотерапия ребенку и матери у разных психотерапевтов.

Формат терапии

- Индивидуальная психоаналитическая психотерапия в сеттинге 1 раз в неделю.
- Родительские встречи 1 раз в 1,5–2 месяца.
- Семейные встречи 1 раз в 3–6 месяцев.

Примененные методы и ключевые интервенции

Контейнирование, присоединение, использование техник поворота агрессии на терапевта, работа со сновидениями. Также обсуждались нарушения сеттинга, тревога в связи с отсутствием желаемого эффекта от терапии. Сложности в процессе терапии были связаны с трудностью распознавания и вербализации чувств, выражения разочарования, раздражения, гнева, а также отказом в сотрудничестве со стороны родителей. Преодолению трудностей помогли настойчиво рекомендованные родительские и семейные встречи, гибко организованный сеттинг, работа в команде с психиатром, неврологом, терапевтом, регулярная индивидуальная и групповая супервизия.

Результаты

В процессе проводимой терапии состояние значительно улучшилось, стабилизировался вес, восстановился менструальный цикл, уменьшилась тревога, пациентка научилась распознавать и выражать свои чувства, улучшились коммуникативные навыки. Симптомы булимии периодически возвращались на фоне конфликтов с родителями и сверстниками. Через 4 года психотерапия была завершена. После отъезда в другой город пациентка продолжила психотерапию с другим терапевтом.

Выводы

Симптомы булимии как аддиктивного расстройства связаны с ранними нарушениями в отношениях мать-младенец, неотреагированными эмоциями в семейной системе, которые вытесняются и отыгрываются через симптом ребенка. Вследствие этого психотерапевтическая помощь должна включать, помимо индивидуальной работы с ребенком-носителем симптома, работу с другими членами семьи и семейной системой в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н. В. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. — Новосибирск: 2009.
2. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А., Турчанинова И. В. Процессные аддикции: психодинамический анализ. — Новосибирск: 2019.
3. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. — Санкт-Петербург: ВЕИП, 2005.

Запись доклада доступна по ссылке:

<https://www.youtube.com/watch?v=offBedOr36Y&list=PLdENDTJaMTWderlyuoalVscgfHzE-2bg&index=4&pp=gAQBiAQB>

Предменструальное дисфорическое расстройство: возможности психотерапии

Фомичева Наталья Сергеевна

Кандидат психологических наук, руководитель АНО «Центр прикладных исследований «Русское общество психосоматики», г. Москва, Россия

E-mail: natalya.fomicheva.psy@gmail.com

Ключевые слова: предменструальное дисфорическое расстройство, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство.

Введение

Термин «предменструальное напряжение» был впервые предложен Р. Т. Франком в 1931 году, а «предменструальный синдром» — Грином и Дальтоном в 1953 году. До сих пор среди специалистов существуют разногласия в контексте определения и этиологии данного состояния. В 1987 году в DSM-III было введено понятие «дисфорическое расстройство поздней лютеиновой фазы», которое в следующей редакции было заменено на «предменструальное дисфорическое расстройство». В настоящий момент понятие предменструального расстройства претерпевает трансформацию. Оно рассматривается как сложное психонейроэндокринное расстройство, влияющее на психическое и соматическое благополучие женщины. Предменструальное дисфорическое расстройство рассматривается как наиболее тяжелая форма предменструального синдрома, сопровождающаяся набором эмоциональных, поведенческих и физических симптомов, которые возникают во время лютеиновой фазы менструального цикла и заканчиваются после начала менструации.

Распространенность и факторы риска развития ПМС и ПМДР

По данным исследований встречаемость клинически значимого ПМС варьируется от 12,6 до 31%. Распространенность ПМДР составляет от 5 до 8%. Тип и тяжесть предменструальных симптомов зависит от возраста, расы, этнической принадлежности и состояния психического и физического развития.

К факторам риска развития ПМДР относят:

- стресс и наличие в анамнезе эпизодов физического и/или сексуального насилия;
- генетический фактор;
- ожирение;
- общее состояние здоровья;
- наличие депрессивных эпизодов и тревожного расстройства.

Диагностические критерии ПМДР

- Наличие как минимум одного из перечисленных симптомов в течение 5 дней до начала менструации, присутствующего в трех предыдущих циклах.

Аффективные симптомы	Соматические симптомы
Депрессия	Болезненность или припухлость молочных желез
Вспышки гнева	Вздутие живота
Раздражительность	Головные боли
Тревога	Боли в мышцах, спине и/или в суставах
Растерянность, спутанность мыслей	Набор веса
Социальная изоляция	Отеки конечностей

- Симптомы уменьшаются в течение 4 дней после начала менструации и не возобновляются как минимум до 13-го дня цикла.
- Возникновение симптомов не связано с фармакологическим воздействием, приемом гормональных средств, алкоголя или наркотических веществ.
- Симптомы вызывают серьезный дистресс в личном или социальном функционировании.

Необходимо отдельно отметить, что женщины с предменструальным дисфорическим расстройством имеют более высокий риск суицида, частота суицидальной идеации выше в 2,8 раза, суицидальных планов — в 4,15 раза, попыток суицида — в 3,3 раза.

Диагностические критерии по DSM-5:

А. На фоне большинства менструальных циклов последнего года наличие пяти или более следующих симптомов (среди которых обязательно должен присутствовать один из указанных симптомов — 1, 2, 3 или 4) наблюдались наиболее продолжительное время в течение последней недели лютеиновой фазы, начинали ослабевать в течение нескольких дней после начала фолликулярной фазы и отсутствовали в течение недели после прекращения менструации:

- 1 — явно угнетенное настроение, чувство безнадежности или идеи самоуничтожения;
- 2 — заметная тревога, напряженное состояние, ощущение взвинченности, состояние «на пределе»;
- 3 — выраженная эмоциональная лабильность (например, внезапное чувство печали, либо плаксивость, либо повышенная чувствительность к отвержению);
- 4 — стойкий и сильный гнев или раздражительность, либо обострение межличностных конфликтов;
- 5 — субъективное ощущение трудности концентрировать внимание;
- 6 — сонливость, быстрая утомляемость или заметное отсутствие энергии;
- 7 — выраженное изменение аппетита, переедание или влечение к особой пище;
- 8 — патологическая сонливость или бессонница;
- 9 — субъективное чувство потрясения или потери контроля;
- 10 — другие соматические симптомы, например болезненность или припухлость молочных желез, головные боли, боли в суставах или мышцах, ощущение вздутия живота, увеличение массы тела.

Б. Расстройство заметно мешает выполнять работу, либо учиться, либо заниматься обычной социальной деятельностью и поддерживать отношения с другими (например, избегание различных видов социальной деятельности, снижение продуктивности и эффективности труда и учебы).

В. Расстройство не является обострением симптомов другого заболевания, например тяжелого депрессивного расстройства, панического расстройства, дистимического расстройства или расстройства личности (хотя оно может накладываться на любое из них).

Г. Критерии А, Б и В должны быть подтверждены перспективными ежедневными оценками в течение не менее двух последовательных циклов, сопровождающихся симптомами. Предварительный диагноз может быть поставлен до этого подтверждения. Основа диагноза — циклический характер появления патологических симптомов. Установлению диагноза помогает ведение в течение менструального цикла дневника-опросника, в котором ежедневно отмечаются все патологические симптомы. Следует учитывать, что в предменструальные дни ухудшается течение большинства имеющихся хронических заболеваний, что нередко ошибочно расценивается как ПМС или ПМДР. Поскольку симптомы ПМС и ПМДР являются разнообразными, предменструальное расстройство может быть не выявлено или может быть неправильно поставлен диагноз.

В настоящее время для коррекции симптомов ПМДР используются следующие стратегии:

- Изменение образа жизни
- Пищевые добавки
- Фитотерапия
- Психотерапия
- Светотерапия
- Фармакологическая терапия
- Хирургические вмешательства

Клинический случай

Женщина, 29 лет, в браке четыре года. Обратилась с проблемой упадка настроения и появления суицидальных мыслей за несколько дней до менструации и невозможностью забеременеть.

Анамнез

Единственный ребенок, воспитывалась мамой и бабушкой. Описывает себя как тихого, «удобного» ребенка. Физическое и психическое развитие соответствовало возрастным нормам. С 14 лет начала работать параллельно с обучением. До брака были отношения, длившиеся 5 лет и завершившиеся по инициативе клиентки. С 21 года до 23 лет находилась в ситуации сексуального насилия со стороны руководителя, оказалась в центре публичного скандала, когда этот факт обнаружился. Ранее обращалась к психологу, но контакт со специалистом не сложился. Врач-психиатр предположил наличие предменструального дисфорического расстройства, рекомендовал курс психотерапии, медикаментозного лечения назначено не было.

На данный момент клиентка находится в психотерапии, проведено 6 сеансов. Основной мишенью терапии является комплексное посттравматическое стрессовое расстройство в результате продолжительной сексуальной травматизации. Предположительно, она является одним из факторов развития ПМДР, поскольку жалобы появились в тот период.

Основные интервенции, примененные в рамках терапевтического взаимодействия:

- дневник чувств и телесных ощущений. После второй недели ведения дневника клиентка смогла заметить телесную симптоматику (боли в области нижней части живота, головные боли), возникающую в моменты переживания и подавления раздражения в коммуникации с мужем;
- техника «Письмо себе» для начала проработки травматических воспоминаний;
- техника «Линия сексуальности»;
- коллаж «Сундучок ресурсов».

На втором сеансе было проведено информирование о механизмах воздействия травматического опыта на психику и телесную симптоматику. Было рекомендовано на время прекратить сексуальные контакты, но это вызвало недовольство со стороны мужа. Основной фокус психотерапии на данный момент направлен на коррекцию алекситимии, повышение уровня интероцептивной осознанности и снижение стрессовых перегрузок для подготовки к более плотной работе с травматическими эпизодами.

Выводы и рекомендации

Распространенность предменструального синдрома и его более тяжелой формы в виде предменструального дисфорического расстройства в сочетании с низкой эффективностью таких методов лечения как медикаментозная терапия требуют консолидации усилий психологов и врачей для разработки эффективного комплексного лечения.

Опыт сексуализированного насилия увеличивает риск развития предменструального дисфорического расстройства, что в большой степени определяет мишени психодиагностики и последующей психотерапии.

В случае наличия сексуальной травмы необходимо проведение партнерских консультаций для информирования партнера о К-ПТСР и коррекции сексуальных паттернов поведения.

Запись доклада доступна по ссылке:

https://www.youtube.com/watch?v=MOmm0aUAptw&list=PLdENDTJaM_TWderlyuoaLVscgfHzE-2bg&index=3&pp=gAQBiAQB

Четырехпоколенная семья: проблемы и их решения

Манухина Наталья Михайловна

Кандидат психологических наук, системный семейный и клинический психолог (ОСКuП), профессиональный коуч (ICF), супервизор (НАС), тренер и преподаватель, действительный член и международный тренер ОППЛ, г. Москва, Россия

E-mail: nata@manuhina-nm.ru

Аннотация. В докладе приведен случай работы с семьей из четырех поколений ныне живущих членов семьи. К моменту доклада состоялись пять психотерапевтических сессий с представителями семьи. Автором использовались такие методы системной семейной терапии, как: структурный, стратегический, фокусированный на решение, трансгенерационный метод Мюррея Боуэна. Удалось устранить в семье инверсию ролей, которая сложилась в прошлом в периоды выживания в сложных жизненных ситуациях. Случай иллюстрирует необходимость совместного присутствия на встречах с психотерапевтом представителей всех поколений для разрешения проблем их взаимодействия.

Ключевые слова: семья из четырех поколений, системные семейные подходы, инверсия ролей, конфликт поколений, переструктурирование.

Введение

Семья из четырех поколений становится все более частым явлением современности. Обращение такой семьи за психологической помощью ставит перед специалистами вопросы, требующие создания новых методов работы [2]. В своей практике автор использует и при необходимости сочетает психотерапевтические подходы, которые используют принципы общей теории систем. Исходя из теории систем, семья является живой, саморегулирующейся психо-био-социальной системой, а обращающиеся за психологической помощью — представителями семейной системы. Симптом у одного из членов семьи или проблемы взаимоотношений между ними рассматриваются как сигнал о системном неблагополучии семьи и запрос о помощи.

Клиентский случай

В представляемом случае семья обратилась в связи с многолетним и теперь обострившимся конфликтом между представителями трех поколений. Их представители присутствовали на очной психотерапии (трое из семи участников ситуации). С данной семьей автор использовала несколько системных семейных подходов, методы из которых добавляла по мере того, как разворачивалась динамика психотерапии и взаимоотношений в семье. В их число вошли методы: фокусированный на решение [1; 9], структурный [4; 8], стратегический [3; 7] и трансгенерационный Мюррея Боуэна [5; 6].

На рисунке контурами обведены члены семьи, проживающие совместно, и указан возраст у членов семьи, которые участвуют в актуальной ситуации.

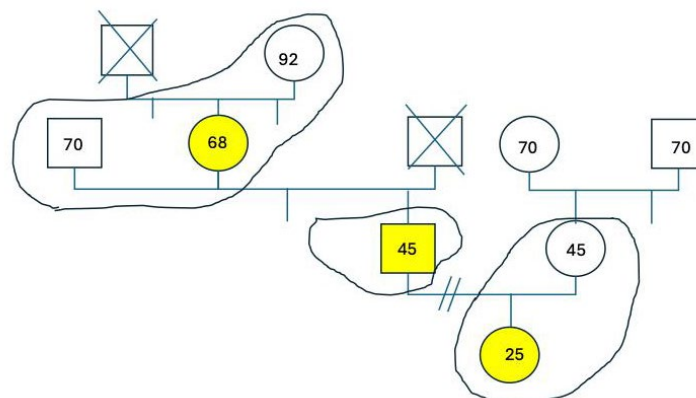


Рис.1. Семейная система.

Содержание сессий

1 сессия. Присутствуют трое: бабушка (68 лет), внучка (25 лет) и ее отец (45 лет).

- Семья представляет свое видение проблем:
 - с момента развода у невестки (45 лет) и свекрови (68 лет) разрыв отношений;
 - свекровь призывает к примирению, невестка отказывается.
- Бабушка/свекровь и ее сын настаивают на том, чтобы внучка уговорила мать выйти на переговоры, но та отказывается.
- Терапевт собирает историю семьи с ключевыми событиями и обнаруживает, что
 - семья спланировалась под руководством бабушки, когда тяжело заболел один из членов семьи в младших по отношению к ней поколениях;
 - сейчас болеет самый старый член семьи: прабабушка. Она находится под патронажем дочери (здесь бабушка) и ее второго мужа;
 - в семье высокий уровень напряжения, но причиной тому они считают невестку, а не болезнь/старость прабабушки.

2 сессия. Присутствуют те же участники: бабушка, внучка и ее отец.

- Терапевт проводит циркулярные опросы, выявляя:
 - занятость каждого члена семьи,
 - актуальные ситуации общения: кто с кем, где, когда, как,
 - ожидания друг от друга и убеждения,
 - спорные темы и паттерны, их поддерживающие.
- Выявлены инверсии ролей:
 - внучка отвечает за благополучие своей матери, зарабатывает на их существование больше нее;
 - внучку призывают стать главным звеном в урегулировании отношений между более старшими поколениями;
 - бабушка обращается за поддержкой к сыну и внучке, испытывая дискомфорт и одиночество, живя и ухаживая за своей матерью;
 - сын материально поддерживает и морально отвечает за своих мать и бабушку.
- Обратная связь от терапевта: семья находится в периоде стабильного благополучия, но живет, будто продолжается один из многочисленных кризисов, которые были у семьи в прошлом, и никому нельзя расслабиться, нужно искать виновного.

- Рекомендация: вместо поиска и фиксации на своем «долге перед семьей» каждому написать свои желания (упражнение «Сто хотелок»).

3 сессия. Присутствуют те же участники: бабушка, внучка и ее отец.

- Из своих списков желаний каждый зачитал то, что готов был озвучить в присутствии остальных и терапевта. Выявилось общее: желание жить в мире и признании права на свое спокойное существование.
- Бабушка обозначила, что ей не хватает общения с «моей семьей — это дети и внуки, а не мама и муж». Это подтвердили ее сын и внучка: они не стремятся с ней общаться сами, а делают «по требованию и долгу».
- Была построена генограмма, включающая тех, кто жив и общается между собой сейчас.
- Обсуждены роли и функции каждого в своем поколении и в отношениях с другими (старше и младше себя).
- Отмечены позитивные вклады каждого в стабилизацию отношений в семье, в том числе между поколениями.

4 и 5 сессия. Присутствовали бабушка и ее сын.

- Смещен фокус внимания на:
 - взаимоотношения мать-сын,
 - переживания каждого из них в актуальной ситуации,
 - ожидания друг от друга и других членов семьи.
- Продолжено построение генограммы рода в более старших поколениях. Мать и сын дополняют свои воспоминания, обмениваются мнениями. Терапевт отражает проявляющиеся паттерны, повторения событий и стратегий семьи с ними справляться. Особо исследуются детско-родительские отношения, обязанности родителей и детей, как их понимали и что изменяется от поколения к поколению.

Результаты и выводы

Обнаружены разные стороны одной «медали»: как представители всех поколений активно создают изменения в сторону улучшения взаимоотношений в семье:

- внучка много работает и заботится о себе сама, но не делает этого для матери, поддерживая ее социализацию (обучение профессии — до это она была инвалидом);
- ее отец стремится перестать быть связующим звеном между другими, побуждая их к прямому общению;
- бабушка постепенно расстается с ролью «мама для всех в семье», которая была у нее с юности, в том числе в отношении своей матери.

Присутствие на встречах представителей трех поколений позволило:

- восстановить реальную картину актуальной коммуникации семьи;
- прояснить роли каждого присутствующего;
- через присутствующих улучшить отношения и с отсутствующими;
- провести реструктурирование, ликвидировать инверсию ролей;
- оказать присутствующим поддержку в принятии своей роли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баннинк Ф. Краткосрочная терапия, ориентированная на решение. 1001 вопрос для интервьюирования. — СПб.: Диалектика, 2022.
2. Манухина Н. М. Родители и взрослые дети. Парадоксы отношений. — М.: Класс, 2011, 2021.
3. Маданес К. Стратегическая семейная терапия. — М.: Класс, 1999.
4. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. — М.: Класс, 1998, 2018.
5. Теория семейных систем Мюррея Боуэна. Основные понятия, методы, клиническая практика: сборник статей. — М.: Когито-Центр, 2005.
6. Bowen M. Family therapy in clinical practice. — New York: Jason Aronson, 1978.
7. Madanes C. Changing relationships: strategies for therapists and coaches. — USA, 2018.
8. Minuchin S., Reiter M. D. The craft of family therapy: challenging certainties. — New York-London: Routledge, 2014.
9. Shennan G. Solution focused practice: effective communication to facilitate change. — New York: Palgrave Macmillan, 2014.

Запись доклада доступна по ссылке:

https://www.youtube.com/watch?v=pNUi7hySnqE&list=PLdENDTJaM_TWderlyuoaLVscgfHzE-2bg&index=5&pp=gAQBiAQB

Блуждающие паттерны поведения: иллюзия исцеления

Иванова Татьяна Николаевна

*Кандидат экономических наук, психолог, юнгианский аналитик,
г. Санкт-Петербург, Россия / г. Мармарис, Турция*

E-mail: ivtn@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены случаи работы с блуждающими паттернами, которые формируются благодаря работе внутренней системы безопасности клиента, когда травматический опыт заложен в ядро психики клиента и его исцеление ведет к риску появления психоза.

Ключевые слова: паттерн поведения, психическое ядро, блуждающий паттерн, внутренняя система безопасности.

Введение

Блуждающие паттерны поведения представляют собой паттерны, которые при проработке в рамках одной системы (например, семейной), начинают проявляться в другой (например, рабочей). В связи с этим, когда клиент обращается с запросом о решении проблемы в рамках конкретной системы, необходимо учитывать, является ли данный паттерн устранимым или он составляет ядро психического пространства и его устранение невозможно — в таком случае необходимо научиться его использовать.

Причина появления блуждающих паттернов заключается в работе внутренней системы эмоциональной безопасности, функция которой состоит в получении привычных для человека эмоций и чувств, сохраняя его статус-кво и возможность удержания в рамках своей психической энергии. Разрушение данного ядра может вывести клиента в состояние психоза и потребовать формирования заново социальных навыков поведения.

Клиентский случай 1

Мужчина, 47 лет, собственник крупного бизнеса, женат, шестеро дочерей. Обратился с запросом о потере интереса к жизни. Первоначально работа велась с кризисом среднего возраста, то есть с выходом из-под влияния социума. В процессе работы было выявлено, что клиент в любую сферу деятельности погружается целиком, испытывая ощущение невозможности остановиться. При этом очередное увлечение на определенный период времени заполняет всю его жизнь, вытесняя другие жизненные аспекты.

Исследование его историй не приводило к изменению отношения к жизни. Данная особенность является его несущей конструкцией. Любое замедление или ограничение вызывало резкое повышение тревожности и агрессии.

Таким образом, возник вопрос о возможности использования данной конструкции. Изначальный запрос на достижение гармонии и равновесия трансформировался в поиск направления для реализации выявленного ведущего паттерна — сферы, в которую клиент мог бы направлять свою энергию целиком, не нарушая при этом баланс в других жизненных системах. Клиент осознает и умеет жить с данной

особенностью, справляться с ней. Устранение этого паттерна, искусственное ограничение потока энергии, нарушает его внутреннюю систему безопасности.

Клиентский случай 2

Женщина, 34 года, состоит в деструктивных супружеских отношениях, двое детей. Запрос заключался в изменении отношений с мужем. В ходе работы, примерно через год, у нее возникли романтические отношения с другим мужчиной, в которых также начали проявляться деструктивные паттерны, в то время как отношения в семье стабилизировались.

Данная клиентка стремится к созданию деструктивных отношений в своей жизни, поскольку они являются для нее жизненно необходимыми. В ее детстве родители выступали в роли насильников, что привело к отсутствию понимания жизни без насилия. Абьюз сформировал основу ее личности, и его отсутствие вызывало высокий уровень тревоги, создавая риск психоза. Ее внутренняя система безопасности реагировала таким образом на отсутствие абьюза. Более того, находясь в спокойной обстановке, она начинала воспроизводить деструктивное поведение самостоятельно. Несмотря на потенциальную возможность справиться с этой тревогой в будущем, на данный момент данный паттерн является значительной частью фундамента ее жизненной безопасности. В связи с этим, в своей системе она будет искать абьюз либо воспроизводить его, поскольку любая система стремится к самосохранению и сохранению всех существующих в ней элементов.

Аналогичная картина наблюдается в историях с усыновлением детей: попадая в спокойную, доброжелательную среду, дети начинают воспроизводить привычные для них модели поведения, поскольку только так они чувствуют себя в безопасности. Это представляет собой зону комфорта, основанную не на благополучии, а на знакомстве с ситуацией.

Выводы

Блуждающие паттерны поведения характерны для следующих типов клиентов:

- «Смелые бойцы», демонстрирующие импульсивность и уверенность в быстром решении всех проблем. Они склонны к поиску быстрых методов, однако устойчивые изменения редко достигаются быстро. В результате, они просто переносят свой поведенческий паттерн в другую систему своей жизни.
- «Имитаторы исцеления», имитирующие процесс исцеления, обусловленный их стремлением быть «хорошими» и «правильными», что побуждает их демонстрировать быстрые результаты и избегать потенциального «наказания». К этой категории также относятся клиенты с травмой покинутости, которые стремятся показать психологу свою «эффективность», чтобы заслужить его расположение и не быть им оставленными.
- «Блокировщики изменений», оказывающие сопротивление любым изменениям. Они демонстрируют блуждающий паттерн, указывая на то, что, несмотря на изменения в одной сфере, в другой сохраняется прежнее негативное состояние и соответствующее поведение. Одним из бессознательных мотивов такого поведения является стремление доказать психологу его бессилие.
- «Возрастные клиенты», которые будут бороться за сохранение своих привычных паттернов, стремясь сохранить эту опорную точку в своей жизни.

В работе с блуждающими паттернами на начальном этапе важно определить степень значимости данного паттерна для фундамента жизни и внутренней системы безопасности клиента. Если паттерн занимает существенное место, можно предположить, что клиент вряд ли сможет расстаться с ним в ближайшее время. В таком случае необходимо искать способы перенаправления энергии экологичным для клиента способом. Во втором приведенном случае для клиентки эффективным решением стало волонтерство в Центре защиты от домашнего насилия. Общение с пострадавшими и оказание им помощи обеспечивало присутствие абьюза в ее жизни, но в другой системе и в ином качестве, что устраняло необходимость воспроизводить его в личной жизни.

Таким образом, при обнаружении блуждающего паттерна поведения основная задача заключается в поиске его применения в какой-либо системе, чтобы он оставался в жизни клиента экологичным способом. Это создает основу для дальнейшей работы над формированием нового опыта в других аспектах его жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Делис, Д., & Филипс, К. (2002). Парадоксы страсти: Она его любит, он ее нет. Москва: Манн, Иванов и Фербер.
2. Ван дер Колк, Б. А. (2017). Тело помнит всё: Психофизиология травмы и лечение травматических воспоминаний. Москва: АСТ.
3. Фрейд, З. (2017). Психология переноса. Санкт-Петербург: Азбука.
4. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
5. Fonagy, P., & Target, M. (2003). Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology. London: Karnac Books.
6. Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
7. Siegel, D. J. (1999). The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. New York: Guilford Press.

Запись доклада доступна по ссылке:

<https://www.youtube.com/watch?v=AvePkHUMv3s&list=PLdENDTJaMTWderlyuoalVscgfHzE-2bg&index=6&pp=gAQBiAQB>

Рыба снится к беременности? О символах и сюжетах сновидений на ранних сроках беременности

Власова Надежда Александровна

Психолог-психоаналитик, тренинговый аналитик Евразийской конфедерации психоаналитической психотерапии, преподаватель и руководитель клинической практики в Академии интегральной психодинамической психотерапии, г. Екатеринбург, Россия

E-mail: vlanad@list.ru

Аннотация. В статье на примере 200 сновидений приведена типология сновидений женщин в первом триместре беременности. Сны для анализа собирались из рассказов клиенток и опроса в соцсетях. Показано, что сновидения беременных имеют свои типовые символы и мотивы. Они связаны со сроком беременности и с теми физиологическими и психологическими задачами этого периода, к которым женщине следует подготовиться. Наряду с этим в снах могут проявляться личностные и архетипические смыслы.

Ключевые слова: сновидения, беременность, символы сновидений, бессознательное, психодинамический подход.

Введение

Во снах происходит обработка информации, краткосрочная память переходит в долгосрочную, переживаются и трансформируются наши чувства, страхи, желания. Через сны могут проявляться симптомы заболевания или изменения гормонального фона, как например, при беременности. Может ли бессознательное через образы и сюжеты сновидений давать подсказку о беременности, когда других ее признаков пока нет?

В контексте беременности сны приобретают особое значение, так как этот период сопровождается значительными физическими и эмоциональными изменениями.

В первый триместр основными темами, возникающими в снах бывают:

- вопрос сохранения беременности;
- эмоциональный фон ожидания ребенка;
- переосмысление себя в новой роли;
- регресс в собственное детство;
- отношения с матерью.

Главная опасность этого этапа — угроза выкидыша.

Общие темы снов в период беременности

Многие женщины отмечают, что сновидения в это время становятся более яркими, эмоциональными, запоминающимися. А также более тревожными и необычными, «как будто реальность сдвинулась».

В первом триместре довольно типичными являются следующие мотивы снов:

- вода;
- плавание в воде самой женщины;

- плод, плавающий в воде или рыба в воде;
- плодородие (сад, фрукты, цветы);
- грибы, сбор плодов и созревшего урожая;
- луга, поляны, природные ландшафты;
- детеныши животных — котята, щенки и др.;
- дети.

Образ рыбы в сновидениях

Частым атрибутом снов, сообщающих о беременности, является рыба: плавающая в водоемах и аквариумах, сырая, жареная, варёная.

Вот некоторые сны моих клиенток накануне того, как они узнали о своей беременности:

«...Я вижу, что я сижу за столом, накрытым клеёнкой, в красную и белую клеточку. Посреди стола лежит большая рыба типа зеркального карпа, а на ней сверху — красное яблоко. Сон был таким ярким... На следующий день я узнала, что я беременна».

«Снилась рыба в тазу: ловлю руками, красивая, блестит...»

«Все три раза снилось, что рыбу руками ловлю. И через некоторое время узнавала, что беременна. А в первую беременность и мужу снилось, что он рыбу домой большую принёс и мне подарил».

«Рыба часто снилась, а вот когда руками поймала рыбку с водоема — вскоре узнала о беременности».

«Мне снилось, что большая рыба съела маленькую».

«Во сне ловила рыбу в круглом лесном озере. Оказалось, что беременна».

«Мне рыбы снились все три раза, теперь как рыба снится уже боюсь».

«Мне снилась рыба, причём если хотите сохранить беременность, то держите рыбу крепче».

Сны о детях и о животных

«...Увидела сон про то, что рожая девочку, такой реальный, что наутро пошла за тестом. Оказалось 7 недель беременности девочкой».

«Приснился котенок. Маленький, с серыми ушками и грудкой. А спинка была с полосочками. Я с ним играла, кормила. Поняла, что он пришел ко мне и я его оставляю. Потом он залез ко мне на руки и уснул».

Яркий свет или солнце

При позитивном отношении к беременности, очень часто во сне присутствует яркий свет, солнце или просто очень яркие цвета окружающих предметов.

«Перед тем как я узнала о беременности, дня за 2–3 мне приснился сон: как будто я гуляю по большому ромашковому полю, собираю цветы. Поле огромное, нигде ни дорог, ни леса. Очень яркие ромашки, яркая зеленая трава. Очень синее небо и яркое солнце. Теплый приятный дождь. И много ласточек летает. Настроение очень радостное, почти эйфория. Ощущение большой радости».

Необычные и тревожные сны о беременности

Они могут отражать тревоги, связанные с изменениями в жизни, в теле женщины, изменения образа жизни или представлений о себе.

Женщина может видеть себя в незнакомом месте, городе, другой стране или даже планете. Может видеть себя не человеком, а растением или животным.

«Я вижу, что иду по какому-то незнакомому городу и вдруг вижу, что ко мне навстречу двигается какая-то фигура в темной накидке с капюшоном. Она подходит совсем близко и вдруг я вижу, что там молодая женщина, очень похожая на меня. Только у нее совсем другая мимика, поэтому незнакомое выражение лица. Она говорит на каком-то неизвестном, очень невучем языке. Как будто свистит какая-то птица. И волосы, кажется, темнее. Она подходит совсем близко, берет меня за руки и я вижу под платьем округлившийся живот. Она беременна. Она мне что-то говорит, как будто хочет мне что-то передать. Но я ее не понимаю... После этого я оказываюсь в каком-то другом месте. Как будто на природе, за городом. Через несколько дней узнала, что беременна».

«Приснилось, что я стою на каком-то балконе и держу ребенка на руках, а он выскальзывает и падает... Я испытываю ужас и боюсь смотреть вниз и увидеть, что он разбился».

Сны о неправильном течении беременности или выкидышах

«Мне снились 2 рыбки в аквариуме. Бордовая и черная, дрались или жрали друг друга, оказалась анэмбриония¹».

«Когда у меня было 10 недель беременности, мне приснился сон, как кто-то ударил меня кулаком по животу, и у меня изо рта пошла кровь. На следующий день меня увезли в больницу с кровотечением, случился выкидыш».

«Очень темный, мрачный лес. Сырость. Я иду по тропинке через лес. Вокруг много других тропинок. Выхожу на такое место, где лес срубили. Пеньки все разные, неровные, как будто покрытые слизью. Перед этим местом река багрового цвета, как будто это кровь. Оказалось, что у меня отслойка плаценты и угроза выкидыша».

Сны при нежеланной беременности

«Страшный, ужасный сон, что я беременна... Страх был в том, чтобы потерять контроль над своей жизнью и телом. Что-то появилось внутри моего тела и сейчас оно будет расти».

«Приснились роды. Я где-то стою, широко раздвинув ноги и из меня выпадает как будто комок в крови и слизи. Я думаю, что это ребенок, беру его на руки и вижу, что это что-то со множеством щупальцев. Но у него голова, похожа на человеческую и черные круглые глаза. Оно пытается схватить меня этими щупальцами. Мне кажется, что меня сейчас стошнит и я отбрасываю его от себя».

Такие сны часто имеют отношение к патологическим семейным сценариям или детским травмам, связанным с образом холодной, садистической матери.

Выводы

1. Сны посредством символического материала могут указывать на беременность на самых ранних сроках. Это может быть следствием изменения гормонального фона, который на сознательном уровне может женщиной не замечаться.

¹ Анэмбриония — отклонение в развитии беременности, при котором в плодном яйце отсутствует эмбрион.

2. Сновидения беременных имеют свои типичные символы и мотивы. Они связаны со сроком беременности и физиологическими и психологическими задачами этого периода. Наряду с этим в снах могут проявляться личностные и архетипические смыслы. Их толкование зависит от личных особенностей женщины и окружающего контекста.
3. Чем позитивнее настрой и отношение в беременности, тем более яркими, солнечными, запоминающимися и радостными будут сны.
4. Тревожные сны связаны с неизвестностью, страхом неудачного материнства или патологическими семейными сценариями.
5. Патологическое протекание беременности и угрозу выкидыша сны тоже могут показывать.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. — СПб.: Совместное издание Восточно-Европейского института психоанализа и Б.С.К., 1997.
2. Холл Дж. Юнгианское толкование сновидений: практическое руководство. — СПб.: Б.С.К., 1996.

Запись доклада доступна по ссылке:

https://www.youtube.com/watch?v=yDcLVh1uiAk&list=PLdENDTJaM_TWderlyuoaLVscgfHzE-2bg&index=7&pp=gAQBiAQB

Юмор как часть процесса психотерапии

Илич Иван

Психиатр, примариус¹, сертифицированный психоаналитический психотерапевт, преподаватель и председатель Комитета по этике Общества психоаналитических психотерапевтов Сербии, почётный член президиума Секции психотерапии Сербского медицинского общества, г. Белград, Сербия

E-mail: dr.ilicivan@gmail.com

Ключевые слова: юмор, психоанализ, психотерапевтические отношения.

Юмор занимает особое место в психотерапевтическом процессе. Он может служить поддержкой в исследовательском, диагностическом и терапевтическом аспектах. Однако, поскольку юмор является коммуникативным феноменом, его использование в психотерапии сопряжено с определёнными трудностями: как сложный защитный механизм, он может перерасти в форму сопротивления. Поэтому юмор требует деликатности и умеренности в применении.

В докладе кратко рассматривается психоаналитический взгляд на юмор как на интеллектуально-духовный феномен, с акцентом на различии между остроумием и чувством юмора.

Приводятся иллюстративные примеры из собственной клинической практики.

Запись доклада доступна по ссылке:

https://www.youtube.com/watch?v=6-PnbwOZ7as&list=PLdENDTJaM_TWderlyuoaLVscgfHzE-2bg&index=8&pp=gAQBiAQB

¹ Почетное звание врача в странах бывшей Югославии.

Теневая сторона эмпатии: взгляд на викарную травматизацию

Кузнецова Оксана Викторовна

Кандидат психологических наук, аналитический психолог, обучающий психотерапевт по методу символдрамы, сертифицированный преподаватель ОППЛ, преподаватель Академии интегральной психодинамической психотерапии, г. Москва, Россия

E-mail: kseniko@mail.ru

Аннотация. В докладе раскрываются некоторые аспекты синдрома эмоционального выгорания и викарной травматизации, а также их сходства и различия; объясняется связь эмпатии, синдрома эмоционального выгорания и викарной травматизации; раскрываются образы целительства в психотерапии, аполлоническая и хироническая позиция терапевта при оказании помощи; проводятся границы между личным и профессиональным; обозначаются способы преодоления синдрома эмоционального выгорания и викарной травматизации.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, викарная травматизация, вторичное травматическое стрессовое расстройство, усталость от сочувствия, архетип Раненого Целителя.

Введение

Синдром эмоционального выгорания (далее СЭВ) или «burnout» — это состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиональной сфере. Концепция была впервые разработана Г. Фройденбергером (1974), который описал выгорание как результат длительного профессионального стресса.

К исследованию проблемы эмоционального/профессионального «сгорания» среди специалистов в области психического здоровья обращались и многие другие специалисты¹.

Ключевые симптомы выгорания:

- эмоциональное истощение;
- цинизм и негативизм;
- снижение профессиональной эффективности.

Описание пяти этапов СЭВ через метафору горения была предложена Мюллером (Müller, 1994):

- 1) энтузиазм/идеализм (возгорание);
- 2) реализм/прагматизм (пламя горит);
- 3) стагнация/пресыщение (огонь искрит);
- 4) фрустрация/депрессия (свеча тлеет);
- 5) апатия/отчаяние (пыл угасает).

¹ Maslach & Jackson, 1981; Maslach, 1982; Janoff-Bulman, 1985; Pines & Aronson, 1988; Beerlage, Kleiber, 1990; McCann, 1990; Hodgkinson & Stewart, 1991; Joinson, 1992; Pines, 1993; Mitchell & Dyregrov, 1993; Lahad & Ayalon, 1994; Hodgkinson & Shepherd, 1994; Müller, 1994; Harris, 1995; Figley, 1995; Lahad, 1995; McCammon, 1995; Pearlman, Saakvitne, 1995; Schaufeli, Enzmann, 1998; Ayalon & Shacham, 2000; Hakane, & Schaufeli, 2012; Leiter & Maslach, 2016; Rotenstein et al., 2018; Kumar & Kumar, 2021; Бойко, 2003, 2006, 2010, 2015; Чутко, Козина, 2013; Лебедева, 2014; Носатовский, Рогачёва, Утенкова, 2017; Водопьянова, Старченкова, 2008, 2023; Булгаков, 2023.

В. В. Бойко (2003) выделяет три стадии СЭВ:

- 1) нервное (тревожное) напряжение;
- 2) резистенция (сопротивление);
- 3) истощение.

Исследователи выделяют множество симптомов СЭВ. К. Маслач (Maslach, 1982) пишет об эмоциональном истощении, деперсонализации и редукции профессиональных достижений. Интересна классификация В. Шауфелли и Д. Энзмана (W. Schaufeli, D. Enzmann, 1998), в которой представлено пять основных групп симптомов (аффективные; когнитивные; физические; поведенческие; мотивационные), включающих всего 132 симптома СЭВ. Эти симптомы могут разворачиваться на трёх уровнях: индивидуально-психологическом, межличностном и организационном.

Викарная травматизация

Впоследствии конструкт СЭВ был дополнен описанием ряда феноменов, уточняющих и раскрывающих его различные аспекты. К этим феноменам относятся викарная травматизация (*vicarious trauma*), усталость от сочувствия (*compassion fatigue*) и вторичный травматический стресс (*secondary traumatic stress*).

Перлман и Сааквитне (Pearlman, Saakvitne, 1995) считают, что *феномен викарной травматизации* может проявляться у терапевта в симптомах, похожих на те, которые проживает клиент с ПТСР, например, тревожность, навязчивые мысли, инсомния, депрессия, различные психосоматические реакции. *Вторичный травматический стресс* возникает как результат непосредственного впитывания и переживания чужого травматического опыта. Термин *сострадательное истощение* (*compassion fatigue*) впервые был предложен К. Джойнсоном (Joinson, 1992) и, впоследствии, разработан Ч. Фиглеем (Figley, 1995) как альтернатива более раннему термину — *вторичное травматическое стрессовое расстройство* (McCann, 1990). Оба понятия описывают результат воздействия, которое оказывает работа с людьми, страдающими ПТСР, на специалистов в области психического здоровья, в том числе психологов-консультантов и психотерапевтов.

Травма клиента (пациента) может оказывать достаточно сильное влияние на профессионала (психолога, психотерапевта, а также других представителей помогающих профессий). Нередко в этом случае травма клиента совпадает с травмой терапевта (шоковой или кумулятивной), напоминая её. Как правило, вторичный травматический стресс сопровождается сильными переживаниями ужаса и беспомощности. Помогаящий специалист может испытывать при этом интенсивные контрпереносные реакции.

С описанными выше состояниями связаны проявления *профессиональных искажений психотерапевта*: сильный страх навредить, сделать ошибку; необоснованные обвинения себя в некомпетентности («плохой терапевт»); постоянное возвращение к воспоминаниям о прошедшей сессии с пациентом и непрекращающийся поиск лучшего решения, «зарефлексированность» (в отличие от полезной рефлексии); восприятие пациента как абсолютно беспомощного и не способного справиться с вызовами собственной жизни человека; особое представление о том, что же на самом деле нужно пациенту (так может проявляться стремление терапевта к власти и контролю) и др.

Архетип Раненого целителя

Обращение к архетипу Раненого целителя (Асклепий и его наставник кентавр Хирон) помогает терапевту видеть свои сильные и слабые профессиональные стороны, удерживаться в терапевтической позиции (Guggenbuhl-Craig, 1970, 1971). Существуют две противоположные тенденции в позиции терапевта по отношению к пациенту — аполлоническая и хироническая. Хиронический Раненый целитель до самого глубинного слоя бытия вовлечен в ту работу, которую он делает. Аполлон, архетипический образ профессиональной медицины — «смертельно чистый» (Balint, 1968, p. 39). Аполлоническая терапевтическая позиция отличается дистанцированием и отстранённостью, в то время как хироническая позиция характеризуется чрезмерной включённостью и эмоциональной вовлечённостью в страдания пациента.

Одна из наиболее действенных и многомерных систем самопомощи для «помогающих» специалистов — BASIC Ph (Lahad, 1995), включает в себя следующие аспекты:

- фактор убеждений и ценностей (B);
- фактор аффекта (A), помогающий легализации эмоций;
- социальный фактор (S), включающий социальную поддержку, а также принадлежность к сообществу и наличие профессиональных связей;
- фактор воображения (I), предполагающий включение творчества, ролевого проигрывания и т.п.;
- познавательный фактор (C);
- физический фактор (Ph).

Выводы:

1. В отличие от состояния эмоционального выгорания, которое, как правило, развивается постепенно, вторичный травматический процесс (стресс) может возникнуть внезапно, как реакция на информацию о первичной травме пациента.
2. Личность помогающего профессионала — мощный исцеляющий фактор и одновременно его важнейший рабочий инструмент. «Наше искусство требует безусловной отдачи всей личности» (Jung, 1988).
3. Специалисты со стабильной профессиональной идентичностью более устойчивы к воздействию профессиональных стрессоров. Для предотвращения и преодоления выгорания важно быть внимательными к своим эмоциональным границам и практике самопомощи в условиях стрессовых профессиональных требований, развивать навыки управления стрессом, заботиться о собственном физическом и психическом здоровье, находить поддержку у коллег и профессионалов.

Запись доклада доступна по ссылке:

https://www.youtube.com/watch?v=RbBtqkCXEaE&list=PLdENDTJaM_TWderlyuoaLVscgfHzE-2bg&index=9&pp=gAQBiAQB

Самоотношение как терапевтическая цель: подходы к психотерапии

Тор Юрий Николаевич

Магистр психологии, психотерапевт, основатель и руководитель Академии интегральной психодинамической психотерапии, президент Международной ассоциации интегральной каузальной психотерапии, г. Белград, Сербия

E-mail: mail@aipp.education

Аннотация. В докладе на примере клиентского случая представлен психотерапевтический подход к решению проблемы негативного самоотношения, объясняются причины этой проблемы и различия в методах работы при невротической и пограничной личностных структурах. Представлены психотерапевтические стратегии и примеры интервенций, которые помогают скорректировать эти нарушения.

Ключевые слова: отношение к себе, самооценка, интегральная каузальная психотерапия.

В качестве комплексного подхода к психотерапии рассмотрены:

- нейтрализация ригидных установок Супер-Эго в отношении Я, в частности, снятие запретов на агрессию и запретов на безусловную любовь к себе;
- реструктуризация Образа Я на основе коррекции эмоционального содержания опытов, которые легли в основу Образа Я;
- устранение негативных и встраивание желаемых убеждений о себе;
- уменьшение дистанции между Образом Я и Я-Идеалом;
- переработка негативных аффектов, связанных с запретами на агрессию;
- устранение аутоагрессивных паттернов мышления и поведения;
- обучение клиента понимать и защищать свои интересы и границы;
- работа со структурой и силой Я (для пограничных клиентов).

Заключение

У клиентов невротического уровня организации личности проблемы с самооценкой и уверенностью в себе хорошо поддаются психотерапии и могут быть устранены в краткосрочной терапии при работе по методике интегральной каузальной психотерапии.

Для коррекции проблемного самоотношения у клиентов с пограничной личностной структурой требуется более долгосрочная психотерапия, продолжительность которой будет определяться временем, необходимым для формирования у клиента взрослого Эго.

Однако даже в работе с этой категорией клиентов, как показано на примере клиентского случая, можно достичь хорошего прогресса в самоотношении и снизить нестабильность и болезненность самооценки для таких клиентов, а также их зависимость от одобрения окружающих.

Запись доклада доступна по ссылке:

<https://www.youtube.com/watch?v=ilH-b0RntRU&list=PLdENDTJaMTWderlyuoalVscgfHzE-2bg&index=10&pp=gAQBiAQB>

Применение техник нейролингвистического программирования для поддержки клиентов во время терапевтического процесса

Тодорович Лелица

Кандидат медицинских наук, специалист по внутренним болезням, профессор профессиональных программ в Высшей медицинской школе «Милутин Миланкович» в Белграде, NLP-тренер и коуч, основатель центра личностного развития, коммуникации и лидерства «Равновесие», г. Белград, Сербия

E-mail: lelica.todorovic1964@gmail.com

Ключевые слова: нейролингвистическое программирование, NLP, обратная связь, личностное развитие, окно Джохари, модель «Я-сообщения».

Введение

Нейролингвистическое программирование (NLP) — это методология, исследующая связь между языком, мышлением и поведением и теми результатами, которых мы достигаем. В данной работе освещается применение техник NLP в терапевтическом процессе, обеспечивающем поддержку как клиентам, так и терапевтам, с акцентом на развитие навыков предоставления и получения обратной связи.

Наиболее часто используемые техники NLP

- Постановка целей.
- Раппорт (установление доверия).
- Калибровка.
- Переосмысление (рефрейминг).
- Якорение.
- Мета-модель.
- Милтон-модель.
- Модальности и субмодальности.
- Нейробиологические уровни.
- Техника «Взмах» (удаление якорей).
- Терапия временной линии.
- Интеграция частей личности.

Многие из этих техник играют ключевую роль в процессе предоставления и получения обратной связи. Обратная связь — это систематический способ коммуникации, позволяющий человеку или группе осознать своё поведение и его влияние на окружающих. Эффективная обратная связь способствует личностному и профессиональному росту, тогда как деструктивная обратная связь часто демотивирует и является контрпродуктивной.

Искусство предоставления и получения обратной связи

Люди, развивающие навык конструктивного предоставления и принятия обратной связи, становятся выдающимися терапевтами, коучами и лидерами. Конструктивная обратная связь позволяет получателю:

- учиться;
- познавать себя;
- открывать новые варианты и возможности;
- получать стимул к дальнейшему развитию.

Напротив, деструктивная обратная связь вызывает негативные эмоции, не предоставляет полезных указаний и может затруднить дальнейшее общение. Давать обратную связь по поводу того, на что человек не имеет или почти не имеет влияния — не только бесполезно, но и бессмысленно. Такой подход обычно вызывает сопротивление и усложняет последующий обмен обратной связью между участниками процесса. Мы предоставляем обратную связь, когда замечаем, что человек «застрял» в определённых поведенческих или мыслительных шаблонах, которые он либо не осознаёт, либо избегает осознавать.

Окно Джохари

Джо Лафт и Харри Ингам разработали модель «Окно Джохари» для самоосознания и развития понимания своих сильных и слабых сторон. Эта модель включает четыре области:

1. Открытая зона — известно как нам, так и другим.
2. Скрытая зона — известно нам, но неизвестно другим.
3. Слепое пятно — известно другим, но неизвестно нам.
4. Неизвестная зона — неизвестно ни нам, ни другим.

Модель «Я-сообщения»

При предоставлении обратной связи полезно использовать модель «Я-сообщений»:

- объективное описание ситуации: Когда ты... (точно, конкретно, своевременно, ясно);
- ваша реакция: Я чувствую... / Для меня это означает...;
- формулировка пожелания или запроса: Я бы хотел(а)... / Я ожидаю... / Мне было бы важно...

Заключение

Личностное развитие и укрепление внутреннего целостного «Я» происходят тогда, когда мы расширяем осознанность, открываем свои «слепые пятна» и остаёмся открытыми для обратной связи. Указание на сильные стороны мотивирует человека, а фокусировка на слабостях даёт возможность для роста. Техники NLP могут значительно способствовать этому процессу, облегчая коммуникацию и развитие как терапевтов, так и клиентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Bandler R., Grinder J. *Frogs into Princes: Neuro-Linguistic Programming*. Santa Cruz: Real People Press, 1979.

2. Dilts R. Changing Belief Systems with NLP. Scotts Valley: Meta Publications, 1990.
3. Luft J., Ingham H. The Johari Window: A Graphic Model of Interpersonal Awareness. Los Angeles: Western Training Lab, 1955.
4. Тодорович Л. NLP для начинающих. Один шаг. 2022.
5. Розенберг М. Ненасильственное общение. Язык жизни. М.: ИГ «Питер», 2022. (Оригинал: Rosenberg M. B. Nonviolent Communication: A Language of Life. Encinitas: Puddledancer Press, 2003.)
6. Hall M., Bodenhamer B. Руководство пользователя для мозга: Полное руководство для сертификации практиков NLP. СПб.: Питер, 2005. (Оригинал: The User's Manual for the Brain: The Complete Manual for Neuro-Linguistic Programming Practitioner Certification. Carmarthen: Crown House Publishing.)

Запись доклада доступна по ссылке:

<https://www.youtube.com/watch?v=iOnX-9yrntU&list=PLdENDTJaMTWderlyuoalVscgfHzE-2bg&index=11&pp=gAQBiAQB>

Как стать львом: символдрама, нейротехники и телесные практики в работе со страхом самопредъявления

Сергеева Жанна Владимировна

Аналитический психолог, психодраматист, интегральный каузальный терапевт, преподаватель Академии интегральной психодинамической психотерапии, член этического комитета Международной ассоциации интегральной каузальной психотерапии, г. Москва, Россия

E-mail: mail@aipp.education

Аннотация. В докладе на примере клиентского случая представлено, как разблокировка подавленной агрессии влияет на повышение самооценки.

Ключевые слова: агрессия, трансформация, нейротехники, символдрама, телесные практики, самооценка.

Клиентский случай

Клиентка Алена, 36 лет, росла в семье с отстраненным отцом и матерью, которая проявляла больший интерес и заботу к братьям клиентки. В детстве клиентка часто ощущала себя оставленной и беззащитной. В школе пережила несколько случаев буллинга.

В дальнейшем часто работала с авторитарными начальниками, которые требовали от нее повышенных рабочих обязательств. Ее жертвенное поведение, высокая требовательность к себе и трудности с отстаиванием границ приводили к значительным рабочим перегрузкам.

Во время терапии клиентка также была перегружена работой и практически не имела времени на отдых. Ей было трудно потребовать у руководства иного отношения, а из-за пониженной самооценки клиентка не решалась высказывать свои профессиональные идеи.

Ключевые техники: техника трансформации и интеграции опыта (ТИО), символдраматические мотивы «Дикое животное» и «Лев на охоте», телесная практика «Вживание в роль тигрицы», арт-терапевтическая работа с образами хищных животных.

После проведения психологического просвещения и использования техник, с помощью которых клиентка перерабатывала болезненные воспоминания о буллинге и постепенно высвобождала свою агрессию, ее поведение на работе изменилось: она начала отстаивать свои границы с коллегами и руководством, перестала брать на себя повышенные обязательства, признаки профессионального выгорания снизились. Также клиентка стала отстаивать свое мнение и высказывать профессиональные идеи, опираясь на поддержку коллег, которые начали относиться к ней с большим уважением.

Выводы

Подавление агрессии приводит к накоплению внутреннего напряжения, чувству беспомощности и снижению самооценки. Работа с техниками, позволяющими экологично встретиться со своей агрессией и принять ее, помогает трансформировать энергию гнева в действия, которые укрепляют самоуважение.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барке У., Нор К. Кататимно-имагинативная терапия. — М.: Когито-Центр, 2021.
2. Лоренц К. Агрессия, или так называемое «зло». — М.: АСТ, 2025.
3. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. Я и Оно. Тотем и табу. Недовольство культурой. — Харьков: Клуб семейного досуга, 2015.
4. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. — М.: АСТ, 2025.

Запись доклада доступна по ссылке:

<https://www.youtube.com/watch?v=waehYRXhKGc&list=PLdENDTJaMTWderlyuoalVscgfHzE-2bg&index=12&pp=gAQBiAQB>

Работа с клиентами с пограничным расстройством личности с конструктивистской позиции

Дамьянац Милан

Психотерапевт, философ, магистр социальной работы, аккредитованный супервизор и преподаватель конструктивистского подхода, экзистенциальный консультант, президент Центра PLK — академии обучения конструктивистской психотерапии, г. Белград, Сербия

E-mail: milan.damjanac@gmail.com

Ключевые слова: перенос, терапевтические отношения, гнев, символическая коммуникация.

Цель статьи — на примере клиентского случая представить особенности терапевтической работы с клиентами, имеющими пограничное расстройство личности, с точки зрения конструктивистского подхода в психотерапии и показать, каким образом конструктивистская методология — через установление терапевтического альянса, использование символической и вербальной коммуникации, анализ переносов и интерпретацию проективных идентификаций — способствует изменениям в психоэмоциональном состоянии клиента, повышению осознанности и интеграции личности.

Особое внимание уделяется:

- построению уникальных терапевтических отношений;
- многоэтапному процессу терапевтической работы (от установления доверия до сепарации);
- эффективности конструктивистских интервенций при глубинных нарушениях идентичности и эмоциональной регуляции.

Клиентский случай

Клиентка М., 27 лет, обратилась за терапевтической помощью в связи с длительным периодом, в течение которого не выходила из дома, страдала агорафобией, страхом перед людьми, чрезмерной сонливостью, сильной раздражительностью и суицидальными мыслями. Психологическое тестирование подтвердило наличие пограничной организации личности.

Психотерапия проводилась в очном формате один раз в неделю, по 60 минут, на протяжении четырёх лет, в русле конструктивистской психотерапии.

Кроме того, по назначению психиатра клиентка принимала соответствующую медикаментозную терапию; ключевым компонентом являлись стабилизаторы, направленные на предотвращение импульсивных действий в состоянии страха перед самоубийством.

На начальном этапе терапии основное внимание уделялось формированию переноса и установлению рабочего альянса с клиенткой, созданию доверия, на втором этапе — обучению навыкам эмоциональной дифференциации и распознаванию телесных ощущений, установлению связи между ощущениями, потребностями и чувствами. Активно прорабатывались паттерны переноса и инсценировки

в терапевтическом пространстве с целью осознания клиенткой собственных шаблонов. Ключевым моментом стало выражение гнева по отношению к терапевту, интериоризация образа «хорошего родителя», а также «переработка» проективных идентификаций и их анализ с последующим возвращением клиентке в форме интерпретации.

В терапии использовались методы символической коммуникации (рисунки, сны), а также вербальная коммуникация на основании свободно выбранных клиенткой тем для разговора.

На втором этапе терапии с целью построения паттернов переноса темы предлагались и со стороны терапевта, что вызывало гнев, а в дальнейшем позволяло учиться близости через проявление уязвимости.

На третьем этапе осуществлялась работа по интеграции «плохого» и «хорошего» образа терапевта, проработка социофобической тревожности.

Четвёртый, завершающий этап — работа с чувствами, связанными с разлукой и сепарацией.

Результаты

Суицидальные мысли исчезли через 2 месяца, депрессивные симптомы — через 4 месяца, тревожность, панические атаки и тики — через 23 месяца. Медикаментозная поддержка была прекращена спустя 6 месяцев.

Выводы

Работа с клиентами, имеющими пограничную организацию личности, требует длительного, поэтапного и индивидуализированного терапевтического подхода. Конструктивистская психотерапия предоставляет эффективные инструменты для установления безопасного терапевтического альянса, осознания повторяющихся межличностных паттернов и интеграции эмоционального опыта.

На протяжении всех этапов терапии — от формирования доверия до работы с сепарацией — ключевыми интервенциями стали: анализ переносных реакций, проработка механизмов проективной идентификации, развитие эмоциональной дифференциации и навыков саморегуляции. Использование символической и вербальной коммуникации позволило клиентке осваивать новые способы выражения и понимания своих чувств, а также строить более зрелые формы привязанности.

Полученные результаты — устойчивое снижение симптомов, восстановление функционирования и прекращение медикаментозной поддержки — подтверждают эффективность конструктивистского подхода при работе с данной группой клиентов. В то же время акцент на уникальности терапевтического контакта подчеркивает важность гибкости и индивидуального подбора техник в процессе терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Leitner, L. M., & Epting, F. R. (Eds.). (2007). *Experiential personal construct psychology: Selected papers*. Coventry Constructivist Centre Publications.
2. Neimeyer, R. A., & Raskin, J. D. (2000). *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10368-000>.

3. Winter, D. A. (1992). Personal construct psychology in clinical practice: Theory, research and applications. Routledge.

Запись доклада доступна по ссылке:

https://www.youtube.com/watch?v=x-M5Z6xYcF4&list=PLdENDTJaM_TWderlyuoalVscgfHzE-2bg&index=13&pp=gAQBiAQB

Внутриличностная конфликтность личности как предиктор психосоматических заболеваний

Русина Наталья Алексеевна

Доцент, кандидат психологических наук, аккредитованный медицинский психолог, Академия интегральной психодинамической психотерапии, г. Ярославль, Россия.

E-mail: narusina@mail.ru

Кальченко Анита Аркадьевна

Медицинский психолог, Алданский медицинский колледж

Аннотация. В статье исследована структура внутриличностной конфликтности у лиц с язвенным колитом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Доказано, что внутриличностная конфликтность имеет три компонента: когнитивный, поведенческий, аффективно-соматический. У лиц с диагностируемыми заболеваниями и высоким уровнем внутриличностной конфликтности выявлены более ригидные иррациональные установки, ярко выраженные соматические жалобы, сложности контроля собственного поведения, сниженный фон настроения.

Ключевые слова: внутриличностная конфликтность, психосоматика, язвенный колит, язвенная болезнь

Введение

Нередко внутренний конфликт личности является предиктором болезни. Райк Хаммер: «В основе любого заболевания лежит психологический конфликт, который приводит к определенным изменениям в теле, воспринимаемый как болезнь».

Целью данной статьи является исследование того, существует ли некоторая личностная диспозиция, предрасполагающая к возникновению и сохранению внутренних конфликтов. Предположим, что это внутриличностная конфликтность (ВК), личностная черта, определенная предрасположенность вести себя амбивалентно в широком диапазоне жизненных ситуаций, характеризующая внутреннюю дисгармоничность и напряженность. Типы личностей пациентов с язвенной патологией в имеющихся исследованиях противоречивы.

Методы исследования

Основную группу составили 73 пациента: 30 чел. с неспецифическим язвенным колитом от 23 до 44 лет и 43 чел. с диагнозом язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки от 20 до 50 лет. Контрольная группа: 30 «условно здоровых» чел. от 20 до 50 лет. В основной группе выделены 2 подгруппы посредством метода выделения усредненных профилей по интегральной шкале «Общий уровень ВК»: с высоким уровнем и низким уровнем ВК, по 21 чел. в каждой подгруппе. Использовались: опросник «Диагностика иррациональных установок» (А. Эллис), опросник

«Способность самоуправления» (Н. М. Пейсахов), клинический опросник выявления и оценки невротических состояний (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич), «Тест по выявлению внутриличностной конфликтности» (А. И. Шипилов). Применен U-критерий Манна-Уитни, ранговые корреляции Спирмена, факторный и регрессионный анализ.

Результаты

В группе пациентов в сравнении с группой условно здоровых:

- Значимо выше иррациональная установка «Долженствование в отношении других»: чрезмерно высокие требования к другим.
- Значимо выше показатели «Шкалы вегетативных нарушений» (переживание состояния хронической усталости, повышенная утомляемость, раздражительность, трудности концентрации внимания, сверхчувствительность к стимулам, выраженность симптомов нарушения работы ССС, дыхательной системы, ЖКТ).
- Значимо выше «Мотивационный конфликт» по типу: «Хочу, но не могу».
- Выше способности к самоуправлению, более характерно прогнозирование.
- Пациенты имеют лучшие способности к самоуправлению за счет специфики их заболевания: им необходимо соблюдать диету, заботиться о своем здоровье, режиме дня.
- Высокие способности к самоуправлению в совокупности с высокими требованиями к окружающим приводят к тому, что физиологические ресурсы истощаются: возрастает утомляемость, вегетативные нарушения становятся все более дискомфортными.

В группе пациентов с низкой и высокой ВК:

- Все показатели иррациональности установок значимо выше у пациентов с высокой ВК.
- Все виды конфликтов значимо выше у пациентов с высокой ВК.
- Все показатели самоуправления значимо ниже у пациентов с высокой ВК.
- Все показатели клинической оценки невротических состояний, кроме шкалы вегетативной дисфункции, значимо выше у пациентов с высокой ВК. Шкала вегетативной дисфункции — нет различий.
- Для пациентов с высоким уровнем ВК более характерно расценивать неблагоприятную ситуацию как невыносимую, иметь завышенные требования к себе и другим. Они склонны к ригидным оценкам другой личности, им сложно адаптироваться к неблагоприятной ситуации.
- Пациенты с высоким уровнем ВК склонны к меньшему самоконтролю и наблюдению за своим поведением. Такие различия в поведенческом компоненте продиктованы высокой энергозатратностью самоконтроля, а, как известно, внутриличностный конфликт истощает ресурсы организма, так как организм находится в постоянном напряжении.
- У пациентов с высокой ВК выражены ощущения тревоги, постоянной усталости, раздражительности, они отмечают у себя сниженный фон настроения, бесперспективность будущего, конверсионные симптомы, а также вегетативные нарушения.

Выводы

Выявлены три фактора, которые соотносятся с компонентами ВК — когнитивным, поведенческим и аффективно-соматическим.

1. Первый фактор «Иррациональность мышления» соотносится с первым компонентом ВК — когнитивным. Актуализированный внутриличностный конфликт, дополненный иррациональными убеждениями личности, сопряжен с переживанием внутреннего напряжения и усиливает ощущения покинутости, недооцененности, симптомы истерического реагирования. Наличие следующих типов внутриличностного конфликта у испытуемых из основной группы: адаптационный конфликт, конфликт нереализованного желания, конфликт неадекватной самооценки, ролевой конфликт.
2. Второй фактор «Ориентация на самоуправление» соотносится с поведенческим компонентом: способности к самоуправлению взаимосвязаны друг с другом, чем более развит один из аспектов самоуправления у личности, тем более развит и смежный аспект, при этом актуализируется этот процесс в ситуации переживания изолированности, безрадостности жизни, а также при усилении чувства одиночества.
3. Третий фактор «Невротическое реагирование на внутриличностный конфликт» — соотносится с аффективно-соматическим компонентом — характеризуется актуализацией внутриличностных конфликтов. В случае неспособности удовлетворить свои потребности, усиливает невротические реакции, иррациональные установки личности, которые описывают данную ситуацию неудовлетворения как категорично нестабильную, непереносимую, в связи с этим и свою личность данный субъект расценивает категорично.

Заключение

Принявшие участие в исследовании пациенты отличаются от контрольной группы: у первых наиболее выражен аффективно-соматический компонент, ниже способности к самоуправлению, в когнитивном компоненте присутствуют должностования в отношении других.

Пациенты подгруппы с высоким уровнем ВК отличаются от пациентов с низким уровнем ВК тем, что для первых характерны выраженные иррациональные установки, преобладание невротических состояний, а также средние способности к самоуправлению.

Чем выше ВК у пациентов, тем более наполнен когнитивный компонент иррациональными установками, аффективно-соматический компонент характеризуется невротическими состояниями, в поведенческом компоненте присутствуют средние способности к самоуправлению. Работа и врача, и психолога должна выстраиваться в зависимости от уровня ВК.

Медицинскому психологу, работающему с данными пациентами, следует обратить внимание на структуру ВК, так как необходимо работать не только на когнитивном, изменяя установки, но также и на поведенческом, и на аффективном уровнях.

Запись доклада доступна по ссылке:

<https://www.youtube.com/watch?v=7TTUrDbrknU&list=PLdENDTJaMTWderlyuoalVscgfHzE-2bg&index=16&pp=gAQBiAQB>

Стратегия и последовательность выбора методов психотерапии при работе с клиентами пограничной организации личности

Суденкова Елена Константиновна

Психолог-психотерапевт, директор Югорского филиала Академии интегральной психодинамической психотерапии, глава этического комитета Международной ассоциации интегральной каузальной психотерапии, г. Сургут, Россия

E-mail: elena.sudenkova@aipp.education

Аннотация. Представлен случай молодого человека, который испытывал приступы агрессии, ангедонию и суицидальные мысли. В основе проблемы лежат травматические переживания буллинга и дефицит родительской поддержки. Описание демонстрирует эффективность интегративного подхода, включающего психоаналитический подход, кататимно-имагинативную терапию (символдраму), интегральную каузальную психотерапию (ИКП), ДПДГ (десенсибилизация и повторная обработка движения глаз).

Ключевые слова: пограничная организация личности, терапия травмы, интегральная каузальная психотерапия, символдрама, ДПДГ.

Клиентский случай

21-летний студент, испытывающий неконтролируемые приступы агрессии, ангедонию, суицидальные мысли, самоповреждающее поведение, проблемы с социализацией обратился на психотерапию по направлению родителей. У клиента была сверхценная идея о первом сексуальном контакте только с целомудренной девушкой.

Родители клиента развелись, когда ему было 10 лет, есть младшая сестра. Отношения с отцом поддерживает, но после каждой встречи проживает сильные вспышки агрессии, так как, по его словам, отец всегда критикует и обесценивает его мысли и поступки. История жизни клиента отмечена длительным буллингом (4–11 классы), отсутствием поддержки со стороны родителей, негативным опытом в отношениях с девушками, и частыми унижениями в разных социальных группах.

Формат терапии

Индивидуальный сеттинг 1 раз в неделю. На момент представления случая клиент в терапии 1 год и 4 месяца. Интегративный подход, преимущественно психоаналитический, дополненный символдрамой, ДПДГ и техниками ИКП.

Динамика и результаты

Трудности в процессе терапии были связаны с распознаванием и вербализацией чувств, чередующимся агрессивным-пассивным поведением, нападением клиента на сеттинг, попытками «побега» из терапии, выражением импульсов разочарования, недовольства, раздражения, гнева, недоверием к терапии.

В процессе терапии состояние значительно улучшилось. Клиент стал более открытым, научился распознавать и выражать свои чувства, улучшились коммуникативные навыки, устроился на работу и выстроил хорошие отношения, отказался от идеи мести тем, кто подвергал его буллингу, нашел небольшой круг единомышленников и друзей. Выстраивает отношения с девушкой, наладил интимную жизнь. Поступил в аспирантуру, выстроил для себя планы на следующие 3 года. Активно работает с символами и образами, самостоятельно анализирует свои сны. Об окончательных результатах ещё говорить рано, так как терапия продолжается.

Выводы

Работа с клиентами, имеющими пограничную организацию личности, требует подхода, основанного на понимании специфики этого состояния. Эффективность работы напрямую зависит от установления и поддержания терапевтических отношений, основанных на доверии и безопасности. Важно учитывать историю клиента, фокус терапии должен быть направлен на текущие проблемы и задачи, чтобы избежать заикливания на прошлом и самообвинениях. Интегративный подход показал свою эффективность в работе с травматическим опытом и симптомами, связанными с буллингом и дефицитом родительской поддержки. Работа с символическим материалом оказалась особенно продуктивной, но доступной после длительного процесса осмысления и принятия прожитого опыта, переработки аффектов и глубокой работы с агрессией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боулби, Дж., Эйнсворт, М., & Бенедек, Т. (2005). Теория привязанности. Москва: Гардарики.
2. Винникотт, Д. В. (2004). Агрессия и ее отношение к эмоциональному развитию. В Психоаналитические концепции агрессивности: Тексты (Т. 1, с. XX–XX). Москва: Независимая фирма «Класс».
3. Гайгер, О. В. (2023). Эдипов комплекс и уязвимость психоаналитика. Журнал клинического и прикладного психоанализа, 4(2), XX–XX.
4. Мак-Вильямс, Н. (2015). Психоаналитическая диагностика: Понимание личностной структуры в клиническом процессе (2-е изд.). Москва: Класс.
5. Фрейд, А. (2003). Эго и механизмы защиты. Москва: Эксмо.
6. Фрейд, А. (1993). Психология «Я» и защитные механизмы. Москва: Педагогика-Пресс.
7. Хилл, Р., & Росси, Э. Л. (б. г.). Отзеркаливание через руки: Практическое руководство (Части 1–3). Москва: Издательство неизвестно.
8. Шапиро, Р. (2016). Легкое состояние ЭГО интервенции: Стратегия работы с Эго частями. Москва: Независимая фирма «Класс».
9. Экир, Б., Тицик, Р., & Халли, Л. (2022). Разблокирование эмоционального мозга: Окончательное устранение симптомов при помощи реконсолидации памяти. Москва: Портал.

Запись доклада доступна по ссылке:

https://www.youtube.com/watch?v=_cllOjF4ndY&list=PLdENDTJaMTWderlyuoaLVscgfHzE-2bg&index=17&pp=gAQBiAQB

Путешествие в мир метафор: исцеление через образное мышление в психотерапии

Полторак Анна Евгеньевна

Психолог, психоаналитик, гипнолог, г. Санкт-Петербург, Россия

E-mail: aep.spb0708@mail.ru

Аннотация. В статье рассматривается роль метафоры как важного инструмента в современном психотерапевтическом процессе. Прослеживается историческое развитие использования метафор от классических психодинамических теорий Фрейда, Юнга и Берна до современных направлений — эриксоновской терапии, гипнотерапии, сказкотерапии и других. Обосновывается эффективность метафор для трансформации психического состояния клиента в том числе через влияние на мозговые волны и доступ к подсознательным уровням. Иллюстрируется клинический пример, раскрывающий терапевтический потенциал работы с метафорами в лечении травмы

Ключевые слова: метафора, трансформация, психотерапия.

Введение

В современной психотерапии использование метафор наблюдается практически во всех направлениях терапии. Сильным импульсом к постижению психотерапевтических ресурсов метафоры послужили работы З. Фрейда, показавшего метафоричность языка психических образов. После появились концепции К. Г. Юнга и Э. Берна, раскрывших роль сказочных метафор в человеческой жизни и предложивших психотерапевтические технологии с использованием метафор.

Затем возникли такие направления, как эриксоновская терапия, гипнотерапия с использованием метафор, символдрама, имаготерапия, работа с направленным воображением, позитивная терапия Пезешкиана, сказкотерапия и многое другое.

Язык метафор и психотерапия

Почему же метафора так часто используется в психотерапии? Язык метафор, будучи одним из универсальных языков человеческого общения и одним из важнейших средств искусства, обеспечивает раскрытие творческого потенциала субъектов в процессе совместной активности. При использовании метафор активность мозга переводится с бета-волн (сознательные процессы) к альфа-волнам (легкий транс или состояние сна). Альфа-излучение в большей степени подходит для введения информации на более глубоком, подсознательном уровне и для интеграции и закрепления уже предъявленного материала.

Область применения метафор в плане психологического воздействия широка, разнообразна и многопланова. Метафора используется не только в терапевтических трансформационных целях, но и в диагностических, а также развивает творческий потенциал клиента и имеет коммуникативную функцию.

В структуре метафоры можно выделить несколько слоев — послание к сознанию, к бессознательному и уровень переплетений, связующий эти слои. Эта структура обязательно используется так же и в построении гипнотических метафор,

в МАК картах, позволяя клиенту переместиться из поля проблем в поле решений. Важно, что в содержании отсутствуют разъяснения значения повествования, и терапевт избегает соблазна нагрузить клиента собственными смыслами.

В Санкт-Петербургском Институте психологии и социальной работы провели исследование по анализу метафор в психологическом консультировании и выяснили, что метафора используется в 80% психологических консультаций. При этом клиенты используют метафоры в 3 раза чаще специалистов с функцией определения и оценки — метафора помогает выразить представление об описываемых феноменах, для которых сложно подобрать слова. Психотерапевты прибегают к использованию метафор, выполняющих функцию познания, расширения сферы понимания клиентов относительно обсуждаемого контента.

Клинический пример

Женщина 35 лет, в гражданском браке, обратилась с жалобами на некомфортное состояние в целом и на проблемы в отношениях с партнером в частности. О том, что в подростковом возрасте было насилие, рассказала практически на первых сессиях и больше не возвращалась к этой теме.

Через 15 сессий она признала необходимость вернуться к теме изнасилования, что вызвало усиление тревоги и желание не только уйти из терапии, но и уехать из города. Клиентка использовала метафору падения для описания своего состояния. С помощью вопросов терапевта, попросившего конкретизировать и детализировать образ состояния, метафора стала развиваться в воображении клиентки, которая постепенно погружалась в легкое трансовое состояние (индукция не использовалась, спонтанный транс).

В результате работы образ падения в бетонный колодец, изначально символизирующий травматическое переживание, трансформировался выходом к берегу моря, ощущением облегчения и спокойствия клиентки. В конце сеанса клиентка заметно расслабилась. Через неделю после этой сессии она сообщила, что чувствует себя хорошо, планирует дальнейшую работу и перестала думать о переезде.

Выводы

Метафора выступает универсальным языком психотерапии, объединяющим клиента и терапевта в совместном творческом поиске смысла и изменений. Благодаря своей емкости и способности воздействовать на подсознание, метафоры позволяют не только выражать сложные эмоциональные переживания, но и инициировать глубокие внутренние трансформации. Анализ показывает, что метафорический язык широко применяется в различных терапевтических подходах, а клиенты естественным образом используют метафоры для описания своего опыта. Клинический пример подтверждает эффективность работы с метафорами в условиях травматического стресса и демонстрирует потенциал метафорических образов в создании новых, более ресурсных смыслов и состояний. Таким образом, метафоры являются неотъемлемым и мощным инструментом современного психотерапевтического арсенала, способствующим раскрытию творческого потенциала и поддержке процесса исцеления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крайнюков, С. В., & Горюнова, Ю. В. (2021). Психосемантический анализ метафор в психологическом консультировании. Консультативная психология и психотерапия, 29(1), 165–183. <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290110>
2. Кроль, Л. М. (2001). Образы и метафоры в интегративной гипнотерапии. Москва: Независимая фирма «Класс».
3. Миллс, Дж., & Кроули, Р. (1999). Терапевтические метафоры для детей и «внутреннего ребенка». Москва: Независимая фирма «Класс».
4. Оуэн, Н. (2002). Магические метафоры: 77 историй для учителей, терапевтов и думающих людей. Москва: Эксмо.

Запись доклада доступна по ссылке:

<https://www.youtube.com/watch?v=snXbo71sVjs&list=PLdENDTJaMTWderlyuoalVscgfHzE-2bg&index=18&pp=gAQBiAQB>

Техники экстренной психологии в оказании первой психологической помощи

Стеванович Александр

Магистр психологии, аспирант Католического университета Мурсии, Гуадалупе-де-Масиаскоке, Испания; ассистент Высшей профессиональной школы подготовки педагогов и тренеров в г. Суботице, Сербия

E-mail: aleksandar.stevanovic@protonmail.com

Аннотация. В статье представлены основные принципы и техники экстренной психологии в контексте оказания первой психологической помощи лицам, пострадавшим от кризисных событий. На основе теоретической базы и двух клинических случаев проанализированы ключевые интервенции, обеспечивающие быструю стабилизацию эмоционального состояния, предотвращение ухудшения и укрепление личности. Особое внимание уделено модели ABC кризисной интервенции, а также важности своевременного выявления и реструктуризации иррациональных убеждений. Подчеркивается значимость междисциплинарного сотрудничества и непрерывного обучения специалистов для эффективной помощи в кризисных ситуациях.

Ключевые слова: экстренная психология, первая психологическая помощь, кризисная интервенция, модель ABC, травма.

Клинические случаи

Случай 1: Молодой студент, подвергшийся нападению на почве гомофобии. После инцидента развились симптомы тревожности, паники, бессонницы, избегающего поведения и сильного внутреннего напряжения. Отмечены чувства стыда, страха и социальной изоляции.

Случай 2: Молодой человек из охваченной войной Сирии. После смерти отца и личной виктимизации во время бегства проявляет симптомы посттравматического стрессового расстройства: ночные кошмары, панические атаки, депрессивные мысли, утрату интереса к жизни и выраженную эмоциональную диссоциацию.

Примененные методы и ключевые интервенции

- Спокойный и эмпатичный подход.
- Открытые вопросы и активное слушание.
- Валидация эмоций и нормализация реакций.
- Фокус на настоящем и следующих шагах.
- Использование модели ABC: идентификация активирующего события, убеждений и последствий.
- Когнитивная реструктуризация иррациональных убеждений.
- Техники релаксации и телесной стабилизации.
- Постепенная экспозиция и создание безопасных рамок.
- Укрепление самопринятия и чувства контроля.

Результаты

В случае 1 после нескольких сессий отмечено снижение симптомов паники, постепенное повышение чувства безопасности и возвращение к социальным активностям. В случае 2 достигнуто начальное установление контакта с терапевтом, освобождение в выражении эмоций и нормализация чувства вины, что стало первым шагом к интеграции травматического опыта.

Выводы

Экстренная психология является важным инструментом раннего вмешательства при психологических травмах, обеспечивая стабилизацию эмоционального состояния и предотвращение хронизации симптомов. Техники первой психологической помощи, включая модель ABC, демонстрируют высокую эффективность в восстановлении чувства безопасности и самопринятия у пострадавших, что особенно значимо для укрепления самооценки. Практические примеры подтверждают, что когнитивная реструктуризация и эмпатичный подход способствуют интеграции травматического опыта и снижению психосоматических проявлений. Для повышения результативности кризисных интервенций необходимы непрерывное профессиональное развитие специалистов и тесное междисциплинарное сотрудничество, включая интеграцию психотерапевтических методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джеймс, Р. К., Уисенхант, Дж. Л., & Майер, Р. (2025). Стратегии кризисной интервенции (672 с.). Cengage.
2. Петрович, Н. (2024). Психологические интервенции в кризисных ситуациях. Белград: Центр прикладной психологии.
3. ВОЗ. (2011). Первая психологическая помощь: Руководство для полевых работников.

Запись доклада доступна по ссылке:

<https://www.youtube.com/watch?v=MqP-uuK53ok&list=PLdENDTJaMTWderlyuoalVscgfHzE-2bg&index=19&pp=gAQBiAQB>