



ГРАНИ ПСИХОТЕРАПИИ

КЕЙСЫ • МЕТОДИКИ • ИССЛЕДОВАНИЯ

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:

Кузнецова Оксана Викторовна

к. пс. н., психотерапевт

Русина Наталья Алексеевна

к. пс. н., медицинский психолог

Зедгенизова Ирина Александровна

врач-психотерапевт, психиатр

ЛИТЕРАТУРНЫЕ КОРРЕКТОРЫ

Радоев Милица

магистр психологии

Чалый Алексей Сергеевич

врач, психолог-консультант

ПЕРЕВОДЧИК:

Радоев Милица

магистр психологии

ИЗДАТЕЛЬ



Академия интегральной
психодинамической психотерапии
(Москва, Россия)

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

От главного редактора 2

ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

Проживая пространство образа. *Первушина Т. Н.* 4

Дистанционная психотерапия в психодерматологии на примере мнимого выпадения волос и алопеции. *Мелёхин А. И.* 9

КЛИЕНТСКИЕ СЛУЧАИ

Интегративный подход к переработке травматических воспоминаний у ветерана войны. *Пешакович Д.* 22

Интегративная работа со сновидениями в регуляции аффекта и символической трансформации Я. *Урошевич С.* 25

Образы, которые меняют жизнь: от теста к торту. *Грецкая Л. С.* 31

Методы развития способности к символизации у пациента в психодинамической психотерапии с применением имагинаций. *Сидоров Р. И.* 35

Опыт применения авторской имагинативной методики «Свитер» в консультировании спортсменки с ограниченными возможностями. *Сохликова В. А.* 40

Краткосрочная психотерапия травмы, фокусированная на работе с агрессией. *Чирков К. В.* 43

ЭССЕ

Две матери, две судьбы: нарциссическая травма и рождение Круэллы (психоаналитическое эссе по фильму «Круэлла»). *Гринько Т. В.* 47

ПЕРЕВОДЫ ЗАРУБЕЖНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

Групповая терапия в отделении неотложной психиатрической помощи с участием равного консультанта. *Розария Ди Лоренцо, Джессика Д'Аморе, Сара Аморотти, Джессика Бонисоли, Федерика Гуальтьери, Илария Рагаццини, Серджио Ровести и Паола Ферри.* 52

Дорогие коллеги!



С радостью представляем вам новый выпуск журнала «Грани психотерапии», в котором продолжаем исследовать тонкие взаимосвязи между внутренним миром человека, его телесным опытом, культурным контекстом и психотерапевтической практикой. Материалы номера объединяет внимание к глубинным процессам формирования идентичности, переживаниям утраты, трансформации и поиску устойчивых внутренних опор даже в условиях психологической травмы и постоянного стресса.

В этом выпуске вы найдете развернутое исследование создания и развития пространства образа в методе символдрамы, его терапевтического потенциала, а также влияния пространства образа на внутренний конфликт.

Кататимно-имагинативной психотерапии также посвящен кейс, подчеркивающий значимость метода как способного глубоко перестраивать личностные структуры, обеспечивая устойчивые позитивные изменения в терапии тревожных клиентов.

Значительное место в номере занимает научно-практическая статья о дистанционной психотерапии в психодерматологии, в которой подробно рассматриваются

психологические аспекты алопеции и мнимого выпадения волос, а также представлен интегративный когнитивно-поведенческий протокол работы и алгоритм психологического обследования данной группы пациентов.

В статье о возможностях имагинативных интервенций в области спорта высоких достижений описана работа со специфическими личностными проблемами, возникающими у спортсменов-паралимпийцев из России.

Глубокое исследование трансформационных возможностей символизации иллюстрируется на примере клиентского случая интегративной работы со сновидениями. В статье, посвященной развитию способности к символизации, представлены диагностика и методы развития онирической функции как основы для стабилизации структуры эго.

Представлен комплексный терапевтический подход к работе с ветераном войны с хроническими симптомами посттравматического стрессового расстройства в формате кейс-стади, а также обзор возможностей краткосрочной психотерапии травмы, фокусированной на работе с агрессией у участников боевых действий.

Раздел «Эссе» предлагает к вниманию глубокий разбор нарциссической травмы, защитных механизмов и влияния ранних объектных отношений на формирование личности.

Читатели также смогут ознакомиться с исследованием итальянских коллег, посвященном эффективности групповой терапии в условиях неотложного психиатрического лечения в больнице.

Мы надеемся, что этот выпуск будет полезен как практикующим специалистам, так и тем, кто интересуется современными направлениями психотерапии, расширит профессиональный взгляд, поддержит в клинической работе и вдохновит на дальнейшее осмысление сложных, многослойных процессов человеческой психики.

С уважением,
Главный редактор

Топ Ю.Н.

ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

Проживая пространство образа

Первушина Татьяна Николаевна

Сертифицированный юнгианский аналитик (IAAP/РОАП),
доцент Международного общества кататимного переживания образов (IGKIP), супервизор (IAAP),
преподаватель Академии интегральной психодинамической психотерапии, г. Москва, Россия

E-mail: tanykp@gmail.com

Аннотация. В терапевтической работе образ включает в себя множество аспектов. Одним из них является пространство, в котором разворачивается имагинативная сцена. Именно в имагинативной сцене проводится внутренняя работа клиента. Являясь эффективным средством терапевтической работы, образ обладает внутренним наполнением: это пространство, которое создаётся каждый раз заново, персонажи, которые могут действовать или бездействовать в образе, наблюдающее эго, которое получает возможность изменения. В данной статье представлены размышления о пространстве образа, которое не только даёт нам возможность познакомиться с внутренним миром нашего клиента, но и знакомит его самого, готовя почву для осознания внутреннего конфликта.

Цель статьи — исследование создания и развития пространства в образах, его диагностического и терапевтического потенциала, а также влияния пространства образа на внутренний конфликт.

Введение

Наша жизнь, как и жизнь наших клиентов, происходит в пространстве, как внешнем (реальная жизнь), так и внутреннем (психическая жизнь). В процессе терапии мы получаем возможность исследования и воздействия на внутреннее пространство клиента. Что же представляет собой пространство внутреннего мира?

В самом слове «пространство» много ассоциаций: простор, простота, странность, свобода... которые передают ощущение открытости.

Толковый словарь даёт несколько значений пространства: одна из форм (наряду со временем) существования бесконечно развивающейся материи, характеризующаяся протяжённостью и объёмом; протяжённость, место, не ограниченное видимыми пределами. Пример: «небесное пространство», «воздушное пространство», «степные пространства»; промежуток между чем-либо, место, где

что-либо вмещается, «свободное пространство между окном и дверью» [4].

Пространство, в которое нас приглашают в терапевтической работе — это ландшафт нашей души. Есть много возможностей работы с внутренним пространством и одной из них является кататимно-имагинативная психотерапия (в дальнейшем КИП) — метод, разработанный немецким психотерапевтом Х. Лёйнером в середине прошлого столетия, известный как символдрама. Суть метода в том, что психика в каждый момент времени способна создавать образы, а задача терапевта — понять этот образ и сопровождать клиента. КИП может стать ключом к внутренней трансформации [3].

Ткань образа, так же, как и ткань сновидения, содержит объекты, размещённые в пространстве нашей души. Это пространство объёмно, всё, происходящее в нём, характеризует ширина, длина, глубина, высота и т.д. Мы разделяем внутренний мир на горизонтальные открытые пространства (луг, дорога) и вертикальные (гора, дерево) [5], а также образы глубины (тоннели, пещеры) и бесконечности (небо, океан). Мы можем исследовать соединение элементов пространства (мост, верёвка, лестница) или разделение (река,

пропасть, гора). Пространство также передаёт направление: дорога может поворачивать, извиваться, делать круг или спираль, подниматься вверх и круто спускаться вниз. Горы или холмы могут иметь подъёмы, спуски, повороты, серпантины.

Согласно протоколу работы по методу КИП, терапевт предлагает клиенту прикрыть глаза и представить себе сейчас какой-нибудь... луг, ручей, цветок и т.д. Мы открываем дверь в образ, который человек далее создаёт сам. Яркость и ощущение реальности иногда удивляет или пугает, иногда восхищает, кажется человеку волшебством. Случается, что образ не устанавливается в силу разных причин, тогда можно предложить «представить то, что вы когда-то видели...» [3]. Фактически образ в этом случае заменяется воспоминанием, что может быть также хорошим опытом имажинации.

Создать пространство образа

Всё, что нами представлено, оказывает влияние на наше сознание и эмоции. Например, представляя «Луг», человек может описать его таким образом: «Я представляю себе луг, и он огромный, я не вижу, где он заканчивается, и я чувствую себя потерянным» или «Я представляю себе скорее поляну, которая окружена лесом, мне душно и хочется уйти с этого места». Или описание звучит так: «Я представляю луг, он залит солнцем, впереди вдалеке лес, справа от меня стадо коров, а позади виднеется селение, наверное это деревня, где я проводил лето в доме моей бабушки. Мне тут очень хорошо, я хотел бы остаться тут подольше». Во всех примерах человек представляет «Луг», но переживания этого образа различны, как различна и представленная имажинативная сцена.

Мотивы основной ступени «Луг», «Ручей», «Гора», «Дом», «Опушка леса» имеют особое значение, они фокусируют наше внимание не столько на внутреннем конфликте, сколько на ландшафте, в котором разворачивается действие. Мотивы-образы, которые мы предлагаем представить нашему клиенту, несут

архетипическое ядро¹, активируя определённые зоны психики, однако во время представления мотива человек создает собственное пространство, это акт творения, в нём всегда присутствует личный опыт и личное переживание [6]. Представляя образ, каждый человек использует коллективное представление, но также может творить собственный мир. Например, образ дома (как и любой другой образ) будет представляться как сказочный домик из книжки, виденный в детстве деревенский дом, или более современный коттедж, но выбор того или иного дома всегда будет нести отпечаток нашей личности и нашего опыта. Наше воображение будет дополнять дом деталями, придавать ему форму и цвет, соответствующие актуальному состоянию.

Человек может так описывать пространство: «Я пытаюсь представить гору, но вижу странную смесь провалов, ям и возвышений. Нет ни одной горы, мне страшно и хочется уйти отсюда». Образ горы является архетипическим, однако описание в символической форме может представить личный опыт человека, с которым нам предстоит встретиться в терапевтической работе. Мы способны создавать образы, содержание которых будет зависеть от нашего внутреннего наполнения, наших отношений с первичными объектами, наших проекций и наших ожиданий.

«Уйти отсюда» — такое желание звучит особенно в мотивах преодоления (например, горы), что дает нам понимание, как человек справляется с жизненными вызовами: уйти из конфликта или из отношений, ничего не меняя. Часто пространство образа выглядит как пересечённая местность, сложный ландшафт, такие части образа Х. Лёйнер называл препятствия-недопущения [4]. Например, путь клиента представляет собой круг. Выход к тому же месту, возвращение, круговое движение — это послание бессознательного; любые наши изменения не являются линейным процессом. Смысл работы с имажинациями не в том, чтобы созерцать в одиночестве великолепные природные ландшафты: луг, гору, реку и т.д. Смысл во взаимодействии с персонажами нашего внутреннего мира, в помощи им,

¹ Архетипический образ — универсальный образ, который повторяется в культуре и искусстве разных народов и эпох.

в различных испытаниях, в которых Эго получает возможность проявить себя героически. Так, мотив «Луг» считается бесконфликтным, однако в пространстве образа могут появиться животные, сказочные существа или люди. Их появление способно вызвать радость или страх, тревогу или агрессию. Взаимодействие с ними может ощущаться как доброжелательное или нейтральное, а может вообще не состояться. И тогда клиент получает и использует (или не использует) шанс получить ресурс для развития.

Внутреннее пространство может быть свободным от объектов, заполненным и даже переполненным ими. Но образ предполагает не только переживание, но желание и возможность его изменить. Мы можем спрашивать клиента: что бы вам хотелось? Этим вопросом мы мотивируем клиента к возможным действиям, направленным на изменение (выравниванию, расчистке, высаживанию растений) и пр. Когда человек изменяет что-то в своем внутреннем пространстве, он заботится о себе. Процесс проходит невидимый глазу порог, создавая накопительный эффект, чтобы совершить изменение.

Не все клиенты готовы к изменениям с первых встреч. Поэтому в начале терапии не следует ждать многого. Но достаточно мотивировать человека к заботе о внутренних объектах и не допустить их разрушения.

Как мы можем способствовать изменению внутреннего пространства клиента?

Быть с человеком во всех внутренних (и внешних) перипетиях, во всех эмоциональных переживаниях. Это не легко, потому что укрепить веру клиента в возможность, в прогресс, веру в себя — непростая задача. Её решение занимает длительное время и реализуется посредством терапии.

Клиническая вignetка

Женщина 28 лет, назову её В., обратилась с запросом о сложностях в отношениях. Она была замужем и чувствовала себя в семье пленницей. В её описании семейной жизни звучала

глубокая обида, ей казалось, что её мнение постоянно подвергается критике, а желания игнорируются. Наиболее глубокий конфликт касался работы, муж не поддерживал её стремление делать карьеру. Замужество, вероятно, могло бы ослабить её стремление к конкуренции в мужском мире, но такого не произошло. В. была старшей и единственной девочкой в семье, у нее было трое братьев. От неё ожидалось, что она станет помогать матери, но она с ранних лет стремилась стать лучшим «сыном» для отца, чтобы он мог ей гордиться. Женская судьба казалась ей непривлекательной, и она получила профессию строителя, как её отец. Выйдя замуж, В. как будто повисла между мужским (её профессия) и женским (её статус жены и хозяйки). Таков был её конфликт на начало терапии. Рамки данной статьи не позволяют рассмотреть другие аспекты её личности, поэтому я остановлюсь на ярко проявляющемся условно негативном материнском комплексе [2].

Терапия длилась более двух лет, на первом этапе использовался метод КИП, далее работа продолжилась в рамках юнгианского анализа. Мне бы хотелось подробнее остановиться на её образах и их динамике.

После первых сессий и сбора анамнеза была выбрана стратегия работы с основными бесконфликтными мотивами и ей был предложен мотив «Луг». В её описании он выглядел опрятным, но безжизненным, похожим на макет, не было ни одного живого объекта, весь луг был залит жарким солнцем, к которому она поворачивала лицо.

В сказочных сюжетах часто присутствует описание луга, на лугах пасутся тучные стада, что указывает на щедрость материнского. Это безопасное место. На лугу отдыхают, безмятежно спят. Наличие лугов (и вообще земли) в собственности указывает на богатство и благосостояние. Представляя луг, мы бессознательно взаимодействуем с матерью-природой. В образе В. перекликались материнский (луг) и отцовский (солнце) символы. Кроме её движения головой к отцу-солнцу, образ был безжизненным.

Представление ручья также наводило на размышление. Образы были похожи по характеру: казалось, это картины природы,

написанные на холсте одним художником. Не текла вода, не звучали голоса птиц, хотя природа была богатой и солнце снова ярким. Я задавалась вопросом, как могло получиться, что единственная девочка не получила достаточно признания и любви матери, отца и братьев? С ней было трудно обсуждать представленные образы, в переносе я становилась союзницей её мужа, что представляло угрозу обрыва терапии. У В. не было желания как исследовать свои образы, так и просто получать удовольствие. Казалось, она была погружена в депрессию, которую тщательно скрывала. Она хотела быть лучшим сыном, и не знала, как быть дочерью. Её женская часть была скрыта от неё, и женская судьба казалась ей ущербной. Становилось понятным, что В. охвачена как негативным материнским комплексом, так и негативным отцовским, что мешает ей понимать свои истинные потребности. Мы начали говорить о том, как можно проявить себя внутри образа. Что можно создавать внутри этого материнского, женского пространства? В начале было много сопротивления, но постепенно ей стали приходить в голову некоторые идеи, которые она могла бы осуществить. Например, в образе она стала находить необычные камни. Потом необычные растения. В образах стали появляться птицы, бабочки, сверчки. Она несколько раз представляла образ луга, который был то огромным, то маленьким, то зелёным, то с пожухлой травой, что могло указывать на амбивалентность отношений с матерью, но также на исследование своего отношения к различным состояниям. Она представляла себя то маленькой девочкой, одинокой и покинутой, то подростком, которая кидала палки вместе с мальчишками или бегала с ними наперегонки. Постепенно, она начала представлять более живые и гармоничные образы, стали появляться и животные. Так, представляя гору, она смогла встретиться с пастухом, который пас овец. Точнее было бы сказать, что она играла с маленьким барашком, а пастух просто был рядом.

Значимым для неё оказался образ дома, который она исследовала в течение нескольких сессий. Образ можно было понять как знакомство с аспектами женского, её привлекли маленькие салфеточки, которые были связаны крючком и образовывали красивый узор. В дальнейшем она обнаружила в кухне тесто, которое было кем-то поставлено, приготовила из него пирожки и в завершение испекла маленький колобок. Это могло указывать на то, что появлялись не только питающие (пирожки), но и игровые (Колобок) объекты. Её внутреннее пространство наполнялось, появлялся интерес к тому, что происходило в образах. Ей становилось приятно проявлять заботу о цветах, птицах и животных. Пришло время говорить о её страхах быть женщиной, стать матерью, и страхах потерять себя в женской судьбе. Её образы постепенно становились конфликтными, она встречалась с разными женскими фигурами: девочкой-сиротой, феей, Бабой-ягой. Во время этих встреч она оказывала им помощь, беседовала с ними, обменивалась дарами.

Её Анимус¹ организовывал пространство образа и удерживал границы. Но внутри образа её женственность была способной континировать, помогать и созидать [6].

В реальной жизни она уже не чувствовала себя пленницей и, хотя до завершения терапии было достаточно далеко, она не старалась быть ни хорошей дочерью, ни лучшим сыном; через образы она интегрировала женское, училась ставить собственные задачи, и чувствовать собственные потребности.

Одним из завершающих образов этого этапа, но не терапии, явилась встреча в образе с молодым мужчиной, который принял в дар сшитую ей рубашку, с которым они обнялись перед тем, как попрощаться с образом. Можно было думать об интеграции и о равном союзе мужского и женского.

В своей терапии клиентка смогла пройти путь от конкуренции с мужским и борьбы с женским к соединению противоположностей, и в этом соединении она приобрела больше, чем потеряла.

¹ Анимус (*animus*, лат. «дух») — бессознательная, мужская сторона личности женщины. Анимус персонифицирован в принципе Логоса. Идентификация с Анимусом делает женщину жёсткой, самоуверенной и любящей спорить. В положительном смысле Анимус есть внутренний мужчина, который действует как мост между женским эго и её собственными творческими источниками в бессознательном.

Обсуждение

Этот случай показывает развитие способности к представлению образа, его образного пространства наполнения и изменения. Такие изменения могут случаться у каждого клиента в процессе терапии. В. не сомневалась в своей идентичности, однако она не была готова принять собственную ценность. Не принятая матерью как девочка, она обратилась к отцу. Получив отцовское внимание, она лишь неверно интерпретировала его, приняв его любовь за подталкивание к героическому пути. Также, как заботу мужа она принимала за конкуренцию. Её конфликт был связан с сложным пониманием своих жизненных задач, и работа с образами помогла ей в игровой форме и несколько отстранённо посмотреть на собственную жизнь, увидеть её возможности. Она стала более мягкой, перестала конкурировать с мужчинами. Если в начале терапии она видела в семейной жизни угрозу её свободе, то сейчас она видела и любовь, и поддержку и некоторую долю зависти к способности создавать (шить,

печь, вязать). Позже мы пришли к пониманию её профессии как созидательной, а не конкурентной.

В завершение хотела бы предложить несколько рекомендаций для более глубокого понимания образа:

1. Обращать внимание на изменение пространства образа (его наполнение, расширение, желание (или нежелание) клиента что-то сделать внутри образа).
2. Отмечать способность и желание (или нежелание) клиента что-то исследовать, играть в образе.
3. Замечать изменения в контакте с объектами в образе (как живыми, так и природными).
4. Наблюдать, в какой момент образа эго клиента проявляет активность, например, он ищет контакта, стремится помочь.
5. Отслеживать собственные контрпереносные ощущения во время развития образа и после образа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винникотт Д.В. Игра и реальность. М.: Институт общегуманитарных исследований; 2002.
2. Каст В. Отцы и дочери, матери и сыновья. М.: Центр гуманитарных исследований; 2020.
3. Лейнер Х. Кататимное переживание образов. М.: Эйдос; 1996.
4. Толковый словарь Ожегова. С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. М.: [б.и.]; 1949–1992.
5. Топоров В.Н. Мировое дерево. Универсальные знаковые комплексы. Том 1. М.: Рукописные памятники древней Руси; 2010.
6. Словарь по аналитической психологии. В.В. Зеленский. М.: Б&К; 2002.
7. Уоткинс М. Сновидения наяву. М.: Касталия; 2024.

Ключевые слова: образ, имагинативное пространство, кататимное переживание образа.

Дистанционная психотерапия в психодерматологии на примере мнимого выпадения волос и алопеции

Мелёхин Алексей Игоревич

Кандидат психологических наук, доцент, профессор Российской Академии Естествознания, Почетный доктор наук (Doctor of Science, honoris causa), клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог-консультант, когнитивно-поведенческий терапевт, психоаналитик психосоматической ориентации (Парижская школа, IPSO), психоонколог, телесно-ориентированный терапевт и психодерматолог, системно-семейный и парный психотерапевт, г. Москва, Россия

E-mail: clinmelehin@yandex.ru

Аннотация. Приведённые данные в этой статье имеют важное значение для развития психодерматологии в России. Эти результаты подчёркивают положительное влияние психотерапевтических подходов на соматическое и психическое состояние людей с алопецией и мнимым выпадением волос. В связи с рядом имеющихся у пациентов с алопецией психологических барьеров и социальной тревогой, описана эффективность интегративного дистанционного когнитивно-поведенческого психотерапевтического протокола (КПТ), включающего инструментарий из «второй», «третьей» волны и нарративной терапии. Протокол включает в себя 12 сессий 1 раз в неделю продолжительностью 60 минут в дистанционном формате с применением видео-консультаций. Приведен когнитивно-поведенческий цикл дистресса при алопеции и алгоритм психологического обследования пациентов с алопецией и мнимым выпадением волос. Продемонстрировано, что КПТ воздействует на повышенный уровень воспринимаемого стресса и косвенно через поведенческие рекомендации с техниками осознанности на иммунологические пути, которые являются механизмами, лежащими в основе алопеции. Детализированы цели, этапы, эффективность данного психотерапевтического протокола.

Психодерматология (также известная в англоязычной среде как психонейрокожная медицина, англ. *psychoneurocutaneous medicine*) — это научная область, которая охватывает все аспекты, касающиеся связи между психикой и кожей, в том числе волосами, и, следовательно, соединяет дисциплины психологии, психиатрии и дерматологии. Кожа считается самым крупным органом человеческого тела и, следовательно, наиболее важным связующим звеном между людьми и окружающей их средой. Было признано, что из-за такой взаимосвязи между человеком и быстро меняющейся окружающей средой состояние кожи и волос оказывает значительное влияние на

самооценку и, в целом, на психологическое благополучие. В области психодерматологии симптомы пациентов подразделяются на следующие категории [11]:

- *психофизиологические расстройства* — это кожные заболевания (такие как алопеция, витилиго, атопический дерматит и псориаз), которые вызываются или поддерживаются стрессом;
- *первичные психические расстройства* — это расстройства, при которых кожные заболевания носят преимущественно психологический характер и вызваны самим собой, такие как трихотилломания, артифициальный дерматит;

- *вторичные психические расстройства* — это кожные заболевания, которые существенно влияют на психологическое благополучие человека и оказывают существенное влияние на его самооценку и качество жизни, такие как очаговая алопеция, витилиго, атопический дерматит и псориаз.

Волосы, как и кожа, являются центральным аспектом внешности и самооценки многих людей и могут отражать пол, возраст, этническую принадлежность, социальные убеждения человека. Выпадение волос негативно сказывается на чувстве идентичности и самооценке человека — особенно для групп людей, чьи волосы имеют большое значение в соответствии с социокультурными нормами. Например, сексуальность, привлекательность и индивидуальность в большей степени символически связаны с волосами женщины, чем с волосами мужчины, и женщины сообщают, что проблемы адаптации к их состоянию усугубляются из-за того, что облысение у женщин является социально неприемлемым.

Чаще всего мы сталкиваемся в психодерматологии с очаговой алопецией — аутоиммунным заболеванием, часто вызываемым накопленным микро- и макрострессом. В исследовании с использованием стандартизированного перечня жизненных стрессовых событий (шкала SRRS) у пациентов с очаговой алопецией было выявлено значительное количество жизненных стрессовых событий. У 29% пациентов наши зарубежные коллеги обнаружили, что острая эмоциональная травма (накопленные жизненные стрессовые ситуации, потери, неудачи, ощущения нереализованности) существовала ещё до начала облысения [12]. Таким образом, при очаговой алопеции следует выявлять подгруппы людей, чрезмерно реагирующих на стресс (склонных к застреванию, катастрофизации), и лиц с тревожным спектром расстройств. Стрессовые жизненные события (переезд, давление родителей, смена работы, расставание с партнёром, утрата близкого человека, эмоциональное выгорание на работе с ощущением нереализованности, неудовлетворённости), по-видимому, часто предшествуют очаговой алопеции [3].

Пациенты отмечают:

- *Замечаю, что с подросткового возраста, когда нервничаю, у меня выпадают волосы... комплекую из-за этого.*
- *После последних родов выпадают волосы (андрогенная алопеция), трихолог назначил препараты. Появились мысли «я не хочу жить, не хочу вставать, ничто не радует». Повышенная бдительность. Сильнее выпадают волосы, фиксация на мысли «а если буду лысой». Не хочу смотреться в зеркало. Страх, что утром встану и всё будет хуже — увижу в зеркале, что я лысая.*
- *С самого утра проверяю состояние волос и если вижу, что выпали, то очень болезненно реагирую. Когда расчёсываю волосы и вижу на расчёске целые пучки волос, то появляется страх и чувство неполноценности.*
- *Как начала жить с мужем, из-за частых ссор выпадают волосы и седеют... такого не было давно.*
- *Из-за стресса на работе, переработок — просто убивала себя на работе — начала замечать, что лезут волосы и появляются проплешины на голове... испугалась.*

У пациентов с алопецией актуальный или накопленный стресс считается основным фактором, провоцирующим развитие их заболевания. Большинство пациентов (58%) признают, что заболевание имеет серьёзные последствия для их жизни и общего функционирования: 53% пациентов сообщают, что заболевание оказало серьёзное влияние на их самооценку, и целых 50% пациентов с алопецией охарактеризовали своё состояние как серьёзное, инвалидизирующее их. Половина пациентов считали, что их заболевание носит хронический характер, и ожидали, что однажды оно рецидивирует, несмотря на текущую ремиссию. Более 60% пациентов признали, что их поведение, особенности мышления и эмоции могут улучшить или усугубить их состояние. Тем не менее, целых 30,4% пациентов заявили, что они практически не могут повлиять на процесс их выздоровления. Аналогично, 38% пациентов полагают, что их выздоровление зависит в основном от «случайных совпадений» и «что решит судьба» [3].

Хронический характер заболевания также влияет на испытываемое пациентами *чувство безнадежности и уныния*.

Алопеция характеризуется небольшими участками выпадения волос без образования рубцов, а в более тяжёлых формах приводит к полному выпадению волос на коже головы (тотальная алопеция) или полному выпадению волос по всему телу (универсальная алопеция). В последнее время достигнуты успехи в лечении алопеции, тем не менее, полный спектр методов лечения ещё не получил широкого распространения. Причины этого состояния остаются по сей день неизвестными, хотя исследования выявили гены, связанные с иммунным ответом. *Аутоиммунные заболевания* считаются одним из факторов, способствующих развитию заболевания, в дополнение к наследственности. Аутоиммунологические аспекты в настоящее время находятся на переднем плане гипотез о заболевании [6]. Выделение *нейропептидов*, возможно, также связанное с жизненными событиями и стрессом, по-видимому, играет ещё одну роль, также правдоподобно объясняющую влияние *психосоциальных расстройств на состояние кожи, волос*. Сами люди часто скептически воспринимают связь нервной системы, выпадения волос и состояния кожи и больше делают акцент на «органической» причине. Это заболевание оказывает значительное влияние на психосоциальное и межличностное благополучие людей. Люди, страдающие алопецией, обычно описывают его как крайне неприятное расстройство, поскольку оно возникает спонтанно и заметно уродует. Пациенты сообщают о снижении своего физического, социального и психологического благополучия и имеют самые высокие показатели суицидальных мыслей и риска смертности среди пациентов с кожными заболеваниями. Более 40% женщин с алопецией сообщают о проблемах в построении отношений, браке и примерно 63% — о проблемах с карьерой. Как пациенты, так и врачи, лечащие алопецию, рассматривают и описывают это расстройство как «сложное», «вызывающее разочарование из-за отсутствия гарантии в лечении», «отнимаю-

щее много времени», «у каждого врача своя тактика лечения», «лечение не даёт быстрого эффекта», «много побочных эффектов от терапии» [8]. Распространённость психических расстройств часто встречается среди людей с алопецией. Обнаружено, что у 74% пациентов с алопецией в течение жизни было одно или несколько психических расстройств, а у 39% наблюдается рекуррентная депрессия, и часто рецидивирующий спектр тревожных расстройств. Изучались психические заболевания родственников (чаще всего матерей) пациентов с алопецией и было установлено, что у 58% из них были тревожные расстройства, у 35% — другие аффективные заболевания и у 35% — пограничное расстройство личности, что оказало влияние на особенности стиля привязанности, эмоциональной регуляции, стратегий совладания со стрессом у данной группы пациентов [8]. В связи с этим, в психодерматологии рекомендовано проведение психологического обследования пациентов с алопецией с применением следующих диагностических шкал (рис. 1).

Появление алопеции увеличивает риски развития *социальной тревоги и расстройства адаптации* [7]. Пациенты с алопецией сообщают о значительно большем количестве физически и эмоционально травмирующих событий в их детстве и жизни по сравнению с другими дерматологическими пациентами. Это свидетельствует о значительной связи между психическими расстройствами, накопленными психологическими травмами и алопецией.

Чрезмерная борьба с алопецией часто приводит к тревожным и депрессивным реакциям (грусть, подавленность, слезливость, негативизм). У пациентов с очаговой алопецией *депрессии, страхи, социальные фобии и параноидные состояния* были значительно более частыми состояниями, чем в общей популяции. В связи с этим они часто игнорируют лечение, пропускают приёмы у специалистов, наблюдается феномен «доктор-шопинга»¹. Кроме того, качество жизни пациентов значительно ухудшается из-за постоянной фиксации на состоянии волос (утром, перед сном, после мытья головы, расчёсывания) [2, 7].

¹ От англ. *doctor shopping* — частая смена специалистов, переход от одного врача к другому.

Пациенты отмечают: их раздражает, что «волосы продолжают выпадать», «оказался в такой ситуации», «не могу жить полноценной жизнью и ограничен из-за выпадения волос», «врачи меня не понимают». Борются

«с желанием посмотреть в зеркало с целью проверки волос», «с навязчивыми мыслями насчёт волос» [4]. Ниже мы приводим когнитивно-поведенческий цикл дистресса из-за алопеции (рис. 2).



Рисунок 1. Алгоритм психологического обследования пациентов с алопецией и мнимым выпадением волос

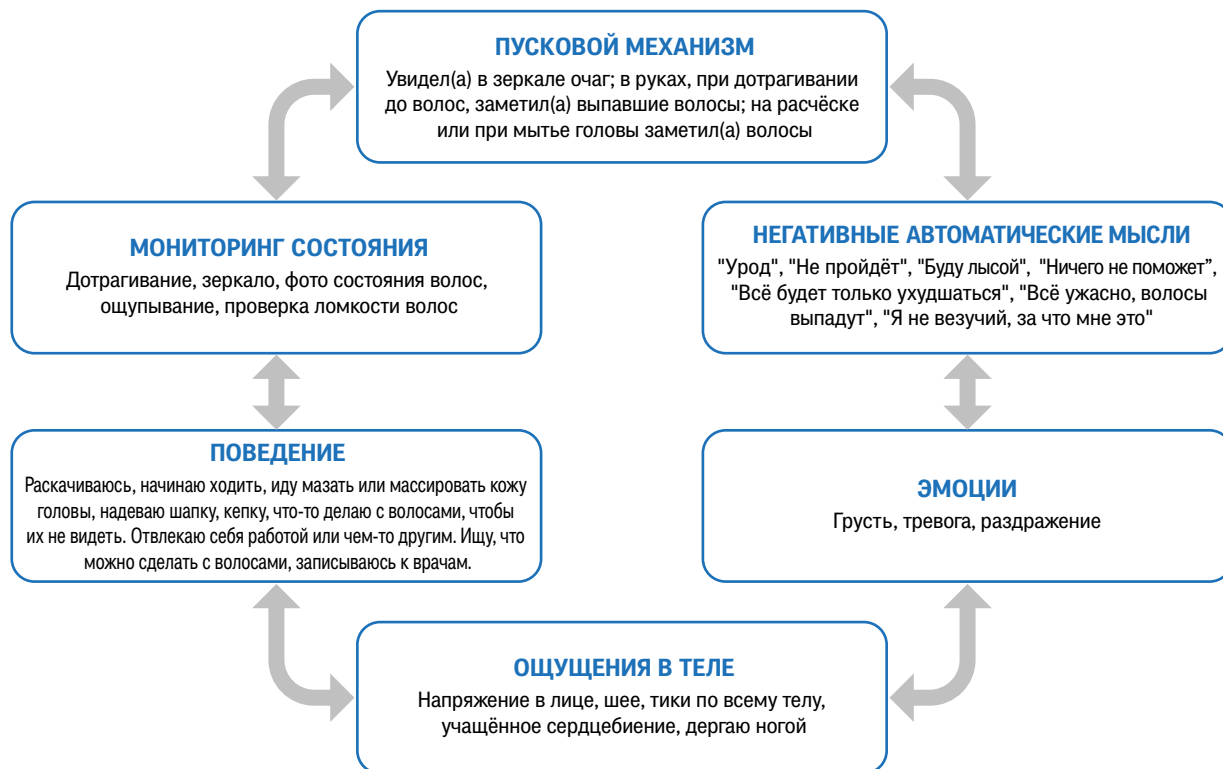


Рисунок 2. Когнитивно-поведенческий цикл дистресса из-за алопеции.

Со стороны эмоциональной регуляции у пациентов наблюдаются косвенная агрессия, раздражение, вербальная агрессия, обида и чувство вины. Присутствует часто дополнительная соматизация в форме проблем со сном, чувства усталости, проблем желудочно-кишечного тракта и головных болей. Преобладают следующие дисфункциональные когнитивно-поведенческие схемы: «подавление эмоций», «жёсткие стандарты», «поиск одобрения», «уязвимость», «негативизм», «покинутость». *Непредсказуемость выпадения волос* приводит к ограничениям в жизни, циклам «надежды и отчаяния».

Интересно, что наличие негативных эмоций и психологического стресса не зависит от тяжести заболевания. Пациенты с лёгкой формой очаговой алопеции страдают в той же степени, что и пациенты с тяжёлой формой выпадения волос. В некоторых случаях дифференциально-диагностическое определение алопеции от *мнимого выпадения волос* (англ. *Imaginary Hair Loss, Psychogenic Pseudo-effluvium*) может быть очень сложным [9]. Пациенты с мнимым выпадением волос боятся возможности облысения или убеждены, что они облысеют, без каких-либо объективных признаков выпадения волос. В основном они страдают от того, что мы называем «дерматологической навязчивостью». Хотя дерматологи привыкли видеть пациентов с незначительными проблемами кожи и волос на значительных участках тела, которые вызывают непропорциональное беспокойство и косметический дискомфорт, при данном дерматологическом недуге дерматологическая патология отсутствует. Важно понимать, что мнимое выпадение волос компенсирует лишь незначительную часть пациентов, жалующихся на выпадение волос, и что пациенты с психогенным псевдоэффлювиумом имеют различные психические расстройства, лежащие в их основе. Наиболее распространёнными сопутствующими психическими проблемами являются *депрессивное расстройство* и *дисморфологическое расстройство* тела. Клинический спектр широк, и большинство пациентов находятся на невротическом конце спектра и просто имеют завышенные представления о своих волосах, в то время как меньшинство пациентов действительно заблуждаются

и страдают бредовым расстройством. Эти пациенты относятся к психотической группе психиатрического спектра. Те части тела, которые важны для формирования образа тела, находятся в центре внимания и озабоченности. Необходимо тщательно исключить истинное выпадение волос в результате андрогенной алопеции, выпадение волос в результате телогенеза или инволюционную алопецию.

Дифференциальная диагностика психогенного псевдоэффлювиума особенно сложна, поскольку существует значительная взаимосвязь между выпадением волос и психологическими проблемами. Пациенты с выпадением волос имеют более низкую уверенность в себе, более высокие показатели депрессии, большую интровертность, а также более высокий уровень нейротизма и ощущения своей непривлекательности. В дополнение к жалобам на ощущения потери волос, пациенты страдают телесным дисморфическим расстройством (дисморфобией) в форме навязчивых, повторяющихся ритуалов в поведении, например, проводят большое количество времени перед зеркалом, проверяя состояние волос. Другим аспектом такого поведения является постоянная потребность в заботе о волосах не только со стороны ближайших родственников, но и со стороны медицинских работников и, в частности, дерматологов. Такие пациенты могут оказаться самыми требовательными к лечению.

Пока нет уверенных научных доказательств того, что психотерапевтические процедуры оказывают какое-либо влияние на рост волос при очаговой алопеции [1]. Однако вследствие самостигматизации пациенты редко посещают очные сессии психотерапии из-за страхов, что другие заметят их выпадение волос, «будут показывать пальцами», «застыдят», «они не привлекательны». На сегодняшний день не проводилось рандомизированных контролируемых исследований для изучения эффективности психологических вмешательств при алопеции. Психологические вмешательства для людей с алопецией потенциально могут привести к значительному улучшению психологических проявлений, связанных с волосами, и качества жизни пациентов, учитывая, что такие улучшения были выявлены у пациентов с другими кожными заболеваниями [8]. Насколько нам

известно, было проведено одно экспериментальное исследование по психологическому вмешательству для людей с алопецией. Д. Галло и его коллеги провели исследование для изучения эффективности *группового*, не индивидуального снижения стресса на основе осознанности (Mindfulness-based Stress Reduction, MBSR) для пациентов с алопецией. У пациентов с алопецией, прошедших групповой курс психотерапевтического лечения, значительно улучшилось качество жизни и снизился уровень стресса, о котором они сообщали (цит. по [5]). Авторы также пришли к выводу, что не было отмечено существенных улучшений в состоянии волос в плане их выпадения по сравнению с контрольной группой [5]. С тех пор был проведён систематический обзор для изучения дополнительных и взаимодополняющих психотерапевтических вмешательств для людей с алопецией [8]. Обзор включал 15 статей и исследовал соматические и психологические вмешательства. Сосредоточив внимание на психологических вмешательствах, авторы подтвердили, что гипноз и осознанность оказались эффективными в улучшении психологических симптомов стресса из-за алопеции. Влияние психологического лечения на ведение пациентов с алопецией остаётся неясным, необходимы дальнейшие исследова-

ния для изучения результатов лечения [1, 10]. Мы поняли, что психологические состояния пациента и дерматологические заболевания тесно связаны. Исследования указывают на участие психонейро-иммуно-эндокринных путей, что подчёркивает важность лечения основных патофизиологических нарушений, связанных со стрессом, у дерматологических пациентов (рис. 3) [11].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) давно применяется в психодерматологии при: угревой сыпи, гипергидрозе, хроническом простом лишае, боязни уколов, нейродермите, онихотилломании, узелковом зуде, трихотилломании и крапивнице.

КПТ может быть наиболее полезна при лечении состояний, которые могут быть спровоцированы или усугублены психологическими стрессорами. Помимо улучшения состояния кожи и качества жизни у дерматологических пациентов, КПТ может помочь уменьшить стресс, тревогу и симптомы депрессии. Однако существует нехватка дерматологов, прошедших подготовку в области КПТ, и отсутствие доступа к психологическим ресурсам для подходящих дерматологических пациентов. Например, дерматологи в США направляют только 8 пациентов в год на психотерапевтическое лечение.



Рисунок 3. КПТ воздействует на повышенный уровень воспринимаемого стресса и косвенно через поведенческие рекомендации на иммунные пути, которые являются механизмами, лежащими в основе кожных проявлений, наблюдаемых при алопеции

Очаговая алопеция причиняет огромные страдания как пациенту, так и его семье. Основной формой лечения пациентов с психодерматологическими заболеваниями является *когнитивно-поведенческая терапия* и *фармакотерапия*. Пациенты часто сталкиваются с дезадаптивными реакциями на том или ином этапе заболевания. Убеждения в отношении алопеции оказывают значительное влияние на физическое и психосоциальное функционирование. Психологическое значение, которое пациент придаёт своему заболеванию, может привести к применению неконструктивных стратегий преодоления и защитного поведения, которые препятствуют процессу лечения, а также могут повлиять на поведение и настроение. Когда пациенты пытаются понять психологический смысл своего заболевания, они разрабатывают своего рода *внутреннюю когнитивную модель болезни*. Когнитивные компоненты представления о заболевании определяются как индивидуальный ярлык, приписываемый заболеванию, понимание его причин, оценка его последствий для деятельности и функционирования пациента, восприятие его течения и своего здоровья, а также чувство контроля. Чтобы изменить психологическую структуру функционирования пациента, мы должны изменить его дисфункциональные убеждения в отношении болезни и собственной жизнедеятельности. Когнитивная модель адаптации к алопеции указывает на то, что негативную эмоциональную реакцию вызывают не симптомы заболевания и последствия лечения, а психологическое значение, которое пациенты им приписывают. Обычно, основным значением, которое приписывается алопеции, является потеря и увечье. Эмоциональные реакции варьируются в зависимости от интерпретации болезни и ситуации, например *тревога* — если болезнь интерпретируется как угроза, или *гнев* — если болезнь понимается как необоснованное ущемление пациента.

Существует четыре этапа адаптации к алопеции, которая представляет собой хроническое заболевание. Первая стадия — это фаза шока, за которой следует чувство беспомощности и безнадёжности, затем отрицание и, наконец, адаптация, то есть принятие болезни.

Каждая стадия предполагает различное восприятие угрозы, вызывая различные сочетания чувств, мыслей и моделей поведения [10].

Выделяют пять видов отношения к стрессу, возникающему в результате алопеции:

- фатализм, когда болезнь интерпретируется как ирония судьбы и у пациента возникает ощущение отсутствия контроля над ситуацией;
- отрицание, которое характеризуется минимизацией угрозы;
- чувство беспомощности и безнадёжности означает, что пациенты думают, что они не имеют никакого влияния на исход заболевания, испытывают постоянное чувство угрозы и потери (такое отношение часто приводит к депрессии);
- активная вовлечённость, при которой пациент активно ищет информацию о заболевании и возможностях лечения, обладает чувством контроля и активно участвует в принятии решения о лечении;
- тревожная вовлечённость, проявляющаяся в постоянном беспокойстве о своём здоровье и жизни.

Люди с неадаптивным стилем адаптации к алопеции имеют жёсткие когнитивные схемы, которые активизируют негативное восприятие диагноза, лечения, влияния на болезнь и прогноза.

Целью дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии при алопеции, с одной стороны, является быстрое, без отрыва от повседневной жизни изменение неадаптивных негативных убеждений о себе, мире и болезни, а с другой — обретение способности справляться с негативными эмоциональными состояниями и трудными ситуациями (в том числе и болезнью), вызывая позитивную активную вовлечённость и изменение мыслей и поведения, которые негативно влияют на лечебный процесс [4].

Почему именно дистанционная форма? Это связано с высокой социальной тревогой у данной группы пациентов, склонностью к закрытости, катастрофизации, пессимизму.

Распознавание негативных автоматических мыслей, то есть мыслей, непосредственно запускаемых в определённых ситуациях («я никогда не стану лучше», «другие смотрят

на меня и презирают»), и негативных схем, негативных мыслей о себе, мире и других («другие настроены критически», «я безнадежен») и дисфункциональных предположений, которые появляются в ответ на алопецию, является ключевым элементом психотерапевтической деятельности, поскольку такой образ мышления может активировать поведенческую стратегию, заключающуюся в избегании социальных контактов и выхода на улицу. В таком случае эффективными могут оказаться не только когнитивные техники (например, вербальная переоценка, методика, которая проверяет автоматические мысли), но и поведенческие эксперименты в повседневной жизни. Если пациент считает, что другие люди смеются над ним или презирают его если они видят мало волос, то стоит воспользоваться **техникой визуализации**, попросив пациента представить ситуацию, в которой другие люди, например, в кафе, смотрят на него и комментируют его внешний вид. Поначалу этот эксперимент приведёт к смущению, но по мере того, как пациент будет продолжать представлять себе эту ситуацию, он заметит, что в его воображении люди перестают «пялиться» и возвращаются к своим занятиям. Эта визуализация уменьшает уровень тревожности и помогает осознать, что чувство смущения и застенчивости вполне терпимо, переносимо. Эта техника может стать руководством к проведению экспериментов в реальных жизненных ситуациях и проверке своих ключевых дисфункциональных убеждений (например, «все на меня смотрят», «я уродливая... со мной не хотят знакомиться и проводить время»). Другая техника — **техника верификации восприятия**, в которой может помочь проведение опросов среди друзей и доверительных лиц. Пациенты с дерматологическими заболеваниями часто применяют различные *когнитивные искажения в своём мышлении*, например катастрофизирующие, чёрно-белые рассуждения. Обработка информации искажается таким образом, что пациенты сосредотачиваются только на определённых аспектах реальности и совершают логические ошибки, делая выводы в соответствии со своей негативной схемой. Эти когнитивные искажения определяют процессы восприятия

и интерпретации информации в соответствии с ними. Важным элементом психотерапии является психолого-просветительская работа относительно заболевания (психообразование). Знания о заболевании, приобретённые пациентом в ходе психообразования, позволяют ему в большей степени понять свою болезнь. Принятие своего заболевания проявляется на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях, поскольку пациент с алопецией учится, с одной стороны, принимать меняющиеся симптомы заболевания и понимать связанные с ним ограничения, а с другой — принимать значительные изменения в качестве жизни и своих социальных ролях. *Модель когнитивной репрезентации болезни* объясняет, что знание о болезни связано с активизацией здорового поведения, необходимого для начала адекватного лечения. Частой проблемой у дерматологических пациентов является их страх дерматологических процедур, связанных с терапией алопеции. Таким образом, целью психотерапевтических мероприятий является уменьшение страха, например, перед инъекциями, используемыми в процессе десенсибилизации, или перед побочными эффектами стероидов, а также предотвращение негативных последствий. В рамках КПТ важным шагом является определение того, какие ситуации активизируют усугубление симптомов. Совместно с пациентом специалист ищет ключевые убеждения и что их поддерживает, чтобы в дальнейшем внедрить процедуры, устраняющие негативные когнитивные схемы и модели поведения. Чрезмерный мониторинг выпадения волос может иметь особое значение для пациента. Поэтому клинический психолог вместе с пациентом должны определить, какое значение пациент придаёт выпадению волос. Затем пациента обучают более конструктивно вести себя в отношении поиска выпавших волос и самого процесса выпадения волос. Аналогичным образом, во время психотерапии клинический психолог должен использовать экспозиционные методики, чтобы провести когнитивную реконструкцию и свести к минимуму интенсивность тревоги у пациентов с алопецией, которые боятся инъекционных процедур. Клинический психолог вместе

с пациентом проверяют негативные убеждения одно за другим, используя поведенческие техники, чтобы поставить их под сомнение и развить альтернативные, более конструктивные мысли. Исследование показало, что люди с очаговой алопецией имеют высокий уровень алекситимии по сравнению с населением в целом. В результате важной целью КПТ может стать обучение пациента распознавать и выражать свои эмоции здоровым и функциональным способом. В психотерапии также могут применяться техники релаксации и осознанности. Пациент, использующий техники осознанности, распознаёт свои мысли как просто мысли, а не как реальные, угрожающие факты. Методики релаксации также стоит внедрить, например, технику безопасного места или дыхательные техники, поскольку они постепенно снижают напряжение у пациентов с алопецией. Важно применять их регулярно, например, по утрам, а не в ситуациях эмоционального напряжения, вызванных, например, приступами паники, потому что в противном случае они могут превратиться в защитное поведение, усугубляя проблему. Терпимость к неопределённости может оказаться важным элементом психотерапии, поскольку у тревожных людей развивается низкий порог терпимости к неопределённости, неизбежной при алопеции.

Протокол включает в себя 12 сессий 1 раз в неделю продолжительностью 60 минут в дистанционном формате с применением видео-консультаций. В качестве базовой теоретической модели была выбрана КПТ «второй» волны, в которую были интегрированы дополнительные теории и техники осознанности и нарративной терапии. Осознанность была выбрана для того, чтобы помочь пациентам с алопецией развить осознание и принятие своих негативных мыслей, убеждений, эмоций, поведения и телесных проявлений, что, как было установлено, полезно для людей с хроническими кожными заболеваниями. Подходы «третьей» волны КПТ, которые включают КПТ и осознанность, оказались эффективными для людей с целым рядом психодерматологических заболеваний, таких как псориаз, экзема, и значительно улучшили качество их жизни, тревожность, депрессию и общее состояние [12].

Также была интегрирована нарративная терапия, поскольку было показано, что она помогает людям справляться с хроническими заболеваниями и принимать их, выявляя их жизненные травматические истории и внося в них свой вклад, подчёркивая их сильные стороны и жизнестойкость. Протокол КПТ при алопеции направлен на следующие области: *самооценку, представление о своем теле, тревогу, плохое настроение, самоидентификацию, горе, потерю и сострадание* [4].

Основные этапы дистанционной интегративной КПТ алопеции [4]:

- **Этап 1** — оценка психического состояния (рис. 1), постановка целей и установление взаимопонимания. Данный этап включает в себя изучение трудностей и предоставление пациенту возможности обсудить свои трудности и определить направление работы. Также, этап включает выявление трудностей, связанных с состоянием пациентов, с помощью методик нарративной терапии, таких как написание терапевтических писем о состоянии, и определение компонентов, составляющих их идентичность, с использованием круга идентичности, чтобы признать и подтвердить свои текущие проблемы с идентичностью, связанные с состоянием и вне него. Цели психотерапии составляются с использованием модели SMART, которая требует, чтобы цели были конкретными, измеримыми, достижимыми, реалистичными и своевременными.
- **Этап 2** — комплексная формулировка проблемы пациента (концептуализация) и планирование тактики терапии. На этом этапе пациент и клинический психолог обсуждают общую формулировку, что беспокоит пациента в связи с алопецией, выявляются бесполезные механизмы преодоления трудностей и дезадаптивный стиль мышления, которые могут поддерживать и провоцировать симптомы депрессии, тревоги и выпадение волос.
- **Этап 3** — составление и планирование дерева навыков по снижению воспринимаемого стресса при алопеции. Дерево

также включает методы и инструменты нарративной терапии, выявляя и переосмысливая нарративы человека и признавая его сильные стороны и жизнестойкость. На этом этапе клинический психолог и пациент продолжают выполнение плана лечения, направленного на внедрение методов борьбы с негативными автоматическими мыслями с помощью записей мыслей, гибких линз в восприятии ситуаций и поведенческих экспериментов. Кроме того, на этом этапе внедряются техники осознанности. Осознанность внедряется для того, чтобы способствовать осознанию и принятию состояния, преодолению стресса и эмоциональной регуляции, а также для укрепления связи между разумом и телом.

- **Этап 4** — усиление навыков осознанности и профилактика рецидивов. На этом заключительном этапе клинический психолог и пациент работают над подготовкой к завершению психотерапевтической работы, признавая прогресс и трудности. На этом этапе особое внимание уделяется использованию изученных психологических инструментов, устранению барьеров в психотерапевтической работе и обсуждению сохранения внесённых изменений и практики осознанности. Этот этап также включает профилактику рецидивов, обсуждение и освещение полученных навыков, техник и достигнутого прогресса в лечении. Он также включает в себя исследование и подчёркивает важность сохранения внесённых изменений на будущее, после завершения психотерапии.

Наши коллеги сообщили об улучшении качества жизни у пациентов с очаговой алопецией по шкале индекса качества жизни Skindex-16 ($p < 0,05$) после прохождения курсов групповой и дистанционной когнитивно-поведенческой терапии для снятия стресса при алопеции. Наблюдалось снижение социальной тревожности, общей тревожности, улучшение качества жизни и минимизация симптомов депрессии. Эти улучшения были отмечены по окончании курса и после трёхмесячного наблюдения [4].

Заключение

В статье описывается использование интегративных психологических вмешательств и включение основанных на фактических данных вмешательств КПТ, а также вмешательств «третьей» волны КПТ, основывающихся на осознанности и нарративной терапии, в лечении пациентов с алопецией и мнимым выпадением волос.

Применение дистанционной интегративной когнитивно-поведенческой психотерапии позволяет снизить социальную тревожность у пациентов с алопецией. Пациенты совместно с клиническим психологом развивают ряд навыков осознанности, которые способствуют снижению социальной тревожности и тревоги о здоровье. Например, рассматривая мысли как «просто скупсов» или как когнитивный мусор, пациенты начали избавляться от негативных мыслей, связанных с внешним видом. Уделяя пристальное, непредвзятое внимание внутренним и внешним стимулам, пациенты уменьшают склонность своего внимания к негативной (пессимистической) информации, связанной с самими собой. Действительно, пациенты, которые чаще всего практиковали техники осознанности в перерывах между дистанционными сессиями, отмечали наибольшее снижение социальной тревожности. Большое внимание уделяется психообразованию относительно психологических факторов алопеции. Ещё один механизм, который, по нашему мнению, может способствовать снижению социальной тревожности, — это регулярное, еженедельное поддерживающее общение с клиническим психологом или применение дистанционной групповой терапии. Когнитивно-поведенческие подходы к лечению социальной тревожности подчёркивают преимущества воздействия социальных ситуаций для снижения социальной тревожности (например, Кларк и Уэллс, 1995). Описанные здесь механизмы — повышение осознанности, знаний о социальной тревожности, экспозиция социальным ситуациям — скорее всего являются взаимодополняющими.

Предложенный интегративный протокол КПТ признаёт, что трудности пациентов с алопецией лежат в более широком социальном контексте. То есть многие пациенты действительно получают негативную реакцию от окружающих,

такую как пристальные взгляды и оскорбления, и это можно признать и обсудить на сессии, чтобы уменьшить чувство самообвинения.

Показано, что стресс оказывает значительное влияние на возникновение и обострение алопеции. Кроме того, было обнаружено, что люди с алопецией испытывают значительные психологические трудности, причём боль-

шинство пациентов соответствуют клиническим критериям для постановки диагноза тревоги и депрессии. Установлено, что у людей с алопецией самый высокий уровень смертности от самоубийств среди людей с кожными заболеваниями. Таким образом, очевидно, что психотерапия может оказать существенную поддержку людям с алопецией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Delamere F.M., Sladden M.J., Dobbins H.M., Leonardi-Bee J. Interventions for alopecia areata. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):1–51. doi: 10.1002/14651858.CD004413.pub2.
2. Foo J.C., Redler S., Forstner A.J., Basmanav F.B., Pethukova L., Guo J., Streit F., Witt S.H., Sirignano L., Zillich L., Awasthi S., Ripke S., Christiano A.M., Tesch F., Schmitt J., Nöthen M.M., Betz R.C., Rietschel M., Frank J. Exploring the overlap between alopecia areata and major depressive disorder: epidemiological and genetic perspectives. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023 Jan 25. doi: 10.1111/jdv.18921. Epub ahead of print. PMID: 36695075.
3. García-Hernández M.J., Ruiz-Doblado S., Rodriguez-Pichardo A., Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol.* 1999;26: 625–632. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.1999.tb02063.x>
4. Hart S., Edginton T. (2021), P50: A randomized controlled trial of integrative cognitive behavioural therapy for patients with alopecia areata: a pilot study. *Br J Dermatol*, 185: 49–49. <https://doi.org/10.1111/bjd.20015>.
5. Heapy C., Norman P., Cockayne S., Thompson A.R.. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for social anxiety symptoms in people living with alopecia areata: a single-group case-series design. *Behav Cogn Psychother.* 2023 Sep;51(5):381–395. doi: 10.1017/S1352465823000292. Epub 2023 Aug 8. PMID: 37550306.
6. Hunt N., McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ.* 2005;331(7522): 951–953.
7. Joshi T.P., Zhu H., Tomaras M., Terrell M., Strouphauer E., Stafford H., Okundia F., Iacobucci A., Holla S., Hinson D., Hanania H., Gonzalez C., Gedeon F., Garcia D., Friske S., Fernandez B., Stolar A., Ren V. Association of alopecia areata with alcohol use disorder, attention-deficit hyperactivity disorder and insomnia: a case-control analysis using the All of Us research programme. *Clin Exp Dermatol.* 2023 Jul 7;48(7):797–799. doi: 10.1093/ced/llad084.
8. Lavda A.C., Webb T.L., Thompson A.R.. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *Br J Dermatol.* 2012;167(5):970–979.
9. Layegh P., Arshadi H.R., Shahriari S., Pezeshkpour F., Nahidi Y. A comparative study on the prevalence of depression and suicidal ideation in dermatology patients suffering from psoriasis, acne, alopecia areata and vitiligo. *Iran J Dermatol.* 2010;13(4):106–111.
10. Maloh J., Engel T., Ntarelli N., Nong Y., Zufall A., Sivamani R.K. Systematic review of psychological interventions for quality of life, mental health, and hair growth in alopecia areata and scarring alopecia. *J Clin Med.* 2023;12:964. <https://doi.org/10.3390/jcm12030964>.
11. Revankar R.R., Revankar N.R., Balogh E.A., Patel H.A., Kaplan S.G., Feldman S.R. Cognitive behavior therapy as dermatological treatment: a narrative review. *Int J Womens Dermatol.* 2022 Dec 23;8(4):e068. doi: 10.1097/JW9.000000000000068. PMID: 36601597.
12. Sellami R., Masmoudi J., Mnif L., Aloulou J., Turki H., Jaoua A. P-874 — the psychological impact of alopecia areata: a case-control study of 50 patients. *Eur Psychiatry.* 2012;27(S1):1. doi:10.1016/S0924-9338(12)75041-1.

Ключевые слова: алопеция, выпадение волос, мнимое выпадение волос, психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, дистанционная психотерапия.

КАУЗАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



Регистрация:
aipp.education/psychosomatics

профессиональная переподготовка
с 7 октября 2026 г. по 30 июня 2027 г.

КЛИЕНТСКИЕ СЛУЧАИ

Интегративный подход к переработке травматических воспоминаний у ветерана войны

Пешакович Драгана

Психолог-консультант, PR-директор НИИ «Исида», г. Белград, Сербия

E-mail: isavetovaliste@gmail.com

Аннотация. Травма оказывает глубокое влияние на тело, эмоции и когнитивные функции, часто нарушая интеграцию воспоминаний в связный нарратив. В данном кейс-стади представлен комплексный терапевтический подход к работе с ветераном войны с хроническими симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Особое внимание уделяется каузальной фазе терапии, включая применение управляемого воображения, билатеральной стимуляции, MOST (Memory-Oriented Sensory Therapy — ориентированной на память сенсорной терапии), техники «Катарсис воспоминаний» и интеграции опыта. В статье подробно описывается ход терапии, клинические реакции и конкретные эффекты, с акцентом на синергию методов и рекомендации по безопасному применению.

Описание случая

Клиент, мужчина пожилого возраста, ветеран войны, долгое время испытывает последствия травмы: флэшбеки, телесное напряжение, бессонницу и чувство стыда за свои реакции в нынешней безопасной обстановке. Сенсорные триггеры включают взрывы, фейерверки и запахи, напоминающие о боевых действиях. Клиент сообщает: «Иногда у меня возникает ощущение, что я снова там, как будто всё происходит сейчас...». Тело реагирует раньше сознания: руки напрягаются, плечи поднимаются, дыхание учащается. Фрагментированная память затрудняет интеграцию переживаний, что потребовало тщательно продуманного, поэтапного терапевтического подхода. Терапия проводилась на основе интегративного подхода, сочетающего: соматические упражнения, управляемое воображение и самосострадание, психообразование, а также каузальную переработку ключевого травматического воспоминания.

Ход терапии

Этап 1: Стабилизация

Целью первого этапа было снижение физической и эмоциональной затопленности и создание чувства безопасности. Терапия включала психообразование, где использовалась метафора «ящика времени» (в которой травмирующие воспоминания помещаются в соответствующие временные рамки), соматические упражнения, направленные на дыхание и телесную осознанность, метод «брейнспоттинг» и управляемое воображение с самосостраданием.

На этом этапе клиент замечал напряжение в теле и учащённое дыхание, но постепенно пришло спокойствие и первые комментарии о чувстве контроля: «Может быть, теперь мне ничего не угрожает».

Этап 2: Каузальная переработка

Второй этап был решающим и был сосредоточен на каузальной переработке травматических воспоминаний. Было выявлено первопричинное событие: взрыв во время войны,

который прочно запечатлелся на физическом и эмоциональном плане. Были детально проанализированы телесные реакции, включая сжатие кулаков, учащённое дыхание и напряжённость в плечах, чтобы лучше регулировать интенсивность вмешательства и избежать перегрузки. Использовались следующие техники:

- управляемая каузальная имагинация, при которой клиент визуализировал травматическое событие в настоящем безопасном контексте. Эта техника позволила снизить телесную активность и заметить разницу между прошлым и настоящим;
- билатеральная стимуляция («брейнспоттинг»), сфокусированная на определённых точках в поле зрения, которая активировала подкорковые сети и позволила перекодировать фрагментированные воспоминания;
- MOST (*Memory-Oriented Sensory Therapy*)¹, ориентированная на память сенсорная терапия), сфокусированная на имплицитных, телесно закодированных воспоминаниях, которые постепенно высвобождаются посредством управляемых сенсорных и когнитивных задач. Эта техника привела к снижению телесного напряжения и лучшему сенсорному распознаванию триггеров.

Когда было установлено, что состояние клиента достаточно стабильно, была применена техника «Катарсис воспоминаний»², в ходе которой клиент постепенно переживал травмирующее событие, вербализуя эмоции, что позволило добиться эмоционального высвобождения и повысить самосознание. В итоге была достигнута интеграция переживаний, когда фрагменты травматических воспоминаний были объединены в связный нарратив посредством

рефлексии и соединены с нынешним безопасным пространством.

Клинические реакции на этом этапе включали сжатие кулаков и учащённое дыхание, но во время управляемой переработки произошло постепенное успокоение. Клиент отметил разницу между прошлой опасностью и настоящим моментом: «*Сейчас не то же самое, что тогда... Я могу стоять здесь и не убежать*».

Этап 3: Интеграция и обобщение

Третий этап был сосредоточен на обобщении эффектов терапии и повышении функциональности. Клиент проходил контролируемое воздействие на триггеры в безопасной обстановке (ему предъявлялись фрагменты фильмов, звуковые эффекты, определённая структура предложений), с применением интеграции опыта и рефлексии. Флэшбэки постепенно ослабевали, улучшался контроль над телесными и эмоциональными реакциями, повышалось чувство безопасности и самосознание. Позже клиент смог воспринимать фейерверки и другие шумные ситуации с минимальной физической активностью, сохраняя при этом ощущение безопасности.

Результаты терапии

- Постепенное снижение частоты и интенсивности флэшбэков.
- Более чёткий контроль над физическими и эмоциональными реакциями.
- Уменьшение чувства стыда и изоляции.
- Объединение воспоминаний в связный нарратив.
- Повышение функциональности и чувства безопасности в повседневных ситуациях.

¹ MOST (*Memory-Oriented Sensory Therapy*) представляет собой интегративную терапевтическую технику, направленную на обработку имплицитных, сенсорно-телесно закодированных травматических воспоминаний, которые не полностью доступны для нарративной, декларативной памяти. Она основывается на современных нейробиологических моделях травмы, согласно которым травматический опыт фрагментирован и хранится в подкорковых структурах, в основном в миндалевидном теле, островковой коре и соматосенсорных областях, при более слабой интеграции с гиппокампом и префронтальной корой. Основной механизм действия MOST включает реконсолидацию памяти, то есть процесс, в ходе которого имплицитный след памяти, будучи реактивированным в состоянии относительной безопасности и регуляции, может быть реорганизован и интегрирован с эксплицитной памятью. В данном случае MOST был выбран вместо EMDR, поскольку у клиента не было стабильного вербально доступного воспоминания о травматическом событии, а были фрагментированные телесные реакции, которые активировались до сознательной обработки.

² Катарсис воспоминаний — одна из ведущих техник нейромоделирования, применяемая в интегральной каузальной психотерапии.

Вывод

Данный кейс показывает, что травма изменяет организацию памяти и телесных функций, в частности, соотношение эксплицитной и имплицитной памяти. Каузальный этап терапии, в сочетании с соматическими и образными техниками, способствовал:

- глубокой переработке ключевого травматического воспоминания;
- постепенной интеграции фрагментированных воспоминаний;
- снижению симптомов и повышению контроля в повседневной жизни.

Ключевые принципы и меры предосторожности, необходимые при применении каузальных техник

Каузальные техники должны применяться поэтапно и сегментированно, с постоянным отслеживанием физических и эмоциональных реакций клиента.

Стабилизация и создание безопасной обстановки обязательны перед применением техники «Катарсис воспоминаний», сеансами MOST и интенсивной управляемой имагинацией. Интеграция опыта должна быть заключительным этапом терапии, чтобы фрагменты травматического воспоминания были объединены в связный нарратив.

Интенсивные техники, такие как «Катарсис воспоминаний», MOST или билатеральная стимуляция, могут вызвать затопленность аффектами, если применять их слишком рано или слишком долго. Необходимо постоянно отслеживать возможности клиента с ними справиться и корректировать продолжительность и интенсивность соответствующим образом.

Синергия различных методов — соматических, образных и каузальных — повышает эффективность и безопасность терапии, но требует опыта и тщательно контролируемых вмешательств.

Ключевые слова: ПТСР, «Катарсис воспоминаний», интегральная каузальная психотерапия, билатеральная стимуляция, образные методы.

Интегративная работа со сновидениями в регуляции аффекта и символической трансформации Я

Урошевич Светлана

Магистр философии, интерактивный психоаналитик, студент интегративной арт-психотерапии, г. Белград, Сербия

E-mail: urosevicsvetlana11@gmail.com

Клиентка среднего возраста обратилась за психотерапевтической помощью в связи с длительной тревожностью, хроническим эмоциональным истощением и потерей жизненных ориентиров. В начале терапевтического процесса она демонстрировала устойчивое внутреннее напряжение, аффективную затопленность и выраженное отчуждение от собственных потребностей. Клиническая картина характеризовалась интенсивным чувством вины и ригидной моральной обязательностью по отношению к другим, с устойчивым паттерном пренебрежения личными границами, самоистощения и последующего отстранения.

Длительное проживание в родительском доме, при ограниченной сепарации и сохранении активных семейных ролей, поддерживало реляционные паттерны регуляции и снижало способность к автономной аффективной организации. Ранний анамнез жизни включал эмоционально требовательную мать, отца с предшествующей историей алкоголизма, а также семейную непредсказуемость в раннем детстве и имплицитное ожидание, что ребёнок будет выполнять стабилизирующую функцию. Во взрослом возрасте тревожность проявлялась в избегании изменений, панических реакциях и соматических симптомах, при преимущественно когнитивном функционировании, слабом контакте с телесными и эмоциональными состояниями и почти полном отсутствии образов сновидений и визуальных воспоминаний детства. В этом контексте терапевтическая непрерывность

и ритм встреч выполняли выраженную регулятивную функцию на раннем этапе работы, когда возможности саморегуляции были ограничены. Агрессивные импульсы оставались преимущественно ингибированными, с эпизодическими прорывами, сопровождавшимися самообвинением, усилением тревоги и последующим отстранением, что служило поддержанию внутреннего морального порядка [6, 7].

Ранняя фаза терапии была направлена на стабилизацию и регуляцию аффекта, а также на формирование базового чувства безопасности в терапевтических отношениях. Лишь после этого сдвига появились первые сновидения, которые на начальном этапе рассматривались феноменологически, без интерпретативного завершения, с фокусом на пространственные соотношения, телесные ощущения и аффективный тон [4]. В этот период возникло сновидение с выраженным инициационным зарядом, включающее религиозные мотивы (церковь, увиденная издали; охваченный пламенем минарет) и элементы культурной дислокации, что позволило символически артикулировать конфликт идентичности, принадлежности и дистанцирования. Параллельно восстановилось образное воспоминание о раннем запрете акта крещения, интроецированном как угроза, что открыло пространство для символической переработки ранее неассимилированного материала. Следующее значимое сновидение, в котором появляется авторитетная фигура

с посланием «я — хороший» в присутствии ребёнка, клиентка смогла самостоятельно символизировать, что указывало на начало присвоения символической функции эго и формирование внутренней авторитетной инстанции поддерживающего, а не репрессивного характера [8].

Лишь после символической проработки этих сновидений — посредством интеграции образа сна, образа воспоминания, аффекта и телесного переживания — клиентка принимает решение о крещении в реальной жизни. В терапевтическом контексте данный акт был осмыслен как психофизическое действие, последующее за внутренним сдвигом и символической подготовкой, а не предшествующее ему. Крещение оказалось завершением транзитивного периода, в ходе которого, благодаря работе со сновидными образами, у клиентки сформировались смысл и внутренняя необходимость в этом акте, в котором впоследствии проявилась интеграция ранее неассимилированного материала. Как отмечает сама клиентка, акт крещения был пережит ею как завершение цикла: «как будто переходишь на следующий уровень в игре жизни». Данная метафора имеет клиническое значение, поскольку указывает на переход от режима выживания к целеориентированной позиции, а также на изменения в переживании телесного Я. Фаза сновидений с религиозной символикой у клиентки выполняла функцию инициационной опоры; после реального акта крещения и его психической интеграции подобные сновидения спонтанно прекратились, что указывает на завершение их функции внутренней трансформации по отношению к новой жизненной фазе.

Следующая фаза сновидческих серий возникает в осенне-зимний период и обозначает начало первого чётко организованного ряда снов, который клиентка самостоятельно дифференцировала в процессе их записи. На этом этапе сновидческий материал тематически консолидируется вокруг переживаний угрозы идентичности, проницаемых границ, экспонированности и опоры на внешнюю регуляцию. В отличие от более раннего периода, данный материал впервые преимущественно проявляется в символическом регистре, что

свидетельствует о формировании более стабильного символического пространства сна. Мотивы утери документов, идентификационных обозначений, коллективных структур, протестов и иерархических фигур указывают на субъективное переживание того, что личная идентичность может быть легко устранена, заменена или отвергнута, а её ценность зависит от внешней оценки. Подобный сновидческий материал непосредственно отражает ранние реляционные паттерны, в рамках которых чувство собственной ценности было жёстко обусловлено правилами, моральными нормами и ожиданиями окружения, тогда как внутреннее переживание непрерывности Я оставалось недостаточно сформированным. В сновидениях с мотивами стеклянного дома и институциональных зданий дополнительно подчёркиваются хрупкость психических границ и постоянная экспонированность внутреннего пространства наблюдению и контролю. Вместе с тем, появление маленькой животной фигуры актуализирует уязвимую, инстинктивную часть Я, которая в данном контексте остаётся без адекватной защиты и регуляции.

Особенно значимым маркером данной фазы является появление первого ясно дифференцированного водного мотива, который в сновидческом материале проявляется в виде ручья, движения вдоль воды и приближения к воде без возможности перехода. Вода на этом этапе предстаёт как аффективная глубина, становящаяся доступной сознанию, но остающаяся без моста, перехода или возможности интеграции. Аффективное содержимое присутствует, распознаётся и символизируется, однако пока остаётся психически непроходимым: клиентка находится в движении, бегстве или в контролируемом пространстве вблизи воды, не имея возможности пересечь её или погрузиться в неё. Такой расклад указывает на то, что способность выдерживать силу эмоций лишь начинает формироваться. Клинически ключевой характеристикой этой фазы является тот факт, что все сны могут досматриваться до конца, без резких пробуждений, панических реакций или диссоциативных разрывов, что свидетельствует о сохранённой и более стабильной способности эго

удерживать аффективно заряженный опыт в пределах сновидческого пространства без дезорганизации, тем самым закладывая основу для последующих фаз трансформации и интеграции. Таким образом, устанавливается базовая функция контейнирования, при которой аффект больше не должен вытесняться из психического аппарата, чтобы быть выносимым [12]. На этом этапе ещё не происходит разрешение сновидческого материала, а осуществляется консолидация символического пространства: эго пока ещё не интегрирует аффект полностью, но уже не дезорганизуется под его давлением. Этим сдвигом закладывается основа для следующих фаз процесса, в которых вода перестаёт быть границей и начинает функционировать как пространство перехода и трансформации. Параллельно с данным сновидческим развитием, в реальной жизни клиентка достигает важного прогресса в способности переносить конфликт без необходимости его немедленного разрешения, что является ясным показателем возросшей аффективной толерантности и укрепления психической стабильности.

В весенне-летний период сновидческий материал приобретает отчётливую развивающуюся когерентность и трансформативную непрерывность. Клиентка впоследствии замечает, что сны можно группировать по символам и фазам, отмечая, что определённые мотивы возникают в чётко разграниченных временных отрезках. Эта способность к ретроспективной символизации представляет собой клинически значимый показатель перехода от первичной, аффективно-сенсорной переработки ко вторичной символической организации опыта, сопровождающийся усилением рефлексивных эго-функций и большей временной когерентностью нарратива Я [11]. На этом этапе доминирующим сновидческим мотивом становится вода, однако теперь она имеет качественно иную функцию. Вода появляется в различных формах и средах: в виде потоков и ручьёв, за которыми можно следовать; водных поверхностей, видимых и обозримых; бассейнов как ограниченных водных пространств, а также в ситуациях движения

против течения или преодоления воды. В отличие от предыдущей фазы, вода больше не предстаёт исключительно как угрожающий или дезорганизующий элемент, а становится аффективной средой, в которой возможны удержание, ориентация и переход. Особое значение имеют мотивы, включающие структуры перехода — мосты, чётко обозначенные точки пересечения или контролируемые входы в водное пространство, — поскольку они указывают на развитие способности к посредничеству между внутренними аффективными состояниями и внешней реальностью. Тем самым вода становится символом регуляции аффекта и психической транзитуции, а не границей, которую необходимо избегать. В средней части этого сновидческого ряда временно появляются сакральные и семейные мотивы, связанные с пространствами авторитета, происхождения и принадлежности, которые присутствовали в начале терапии. Эти символы выполняют функцию транзитной опоры в процессе стабилизации и реорганизации, после чего спонтанно исчезают из сновидческого материала. Их исчезновение указывает на то, что они выполнили свою компенсаторную и регулятивную функцию и больше не нужны в качестве внешних или символических опор, что соответствует юнгианскому пониманию транзитных и компенсаторных символических образований. Этим сдвигом сновидческий процесс переходит от фазы опоры на посреднические структуры к фазе большей внутренней автономии, в которой регуляция аффекта и интеграция опыта осуществляются посредством более стабильной и когерентной способности к символизации.

На более позднем этапе сновидческого материала, относящегося к завершающей части весенне-летней серии снов, отчётливо меняется доминирующая сценография сновидений. Закрытые, фрагментированные и контролируемые пространства уступают место открытым пейзажам и движению по природным ландшафтам. Появляются мотивы лесов, лугов, полевых дорог, ночного хождения по открытому пространству и передвижения по земле — без институциональных или иерархических структур. Эти мотивы указывают

на смещение психического процесса в сторону опыта, разворачивающегося вне ранее преобладавших замкнутых и надзираемых пространств, что является важным признаком стабилизации и расширения внутреннего пространства. Природа здесь предстаёт не как угрожающий или хаотичный элемент, а как среда, в которой возможны движение, ориентация и присутствие, что указывает на возвращение к досоциальному и допонятийному слою опыта. На этом уровне происходит восстановление восприимчивости перцептивно-аффективного поля и способности пребывать в непосредственном переживании без необходимости его быстрого символического, рационального или морального осмысления. В реальной жизни клиентка всё больше времени проводит на природе, в походах и поездках в горы; она даже отмечает, что чем выше горы, тем более комфортной кажется ей возможность жизни там, тогда как до начала терапии это было пространство, в котором у неё возникали панические атаки.

Особенно в более поздних снах выделяется повторяющийся мотив синего пламени, возникающий в сновидениях с семейным контекстом и повседневными предметами, который клиентка описывает как пламя, которое горит, но не обжигает. Пламя присутствует, видимо и активно, однако не вызывает страха, не причиняет вреда и не несёт разрушения. Это качество отчётливо указывает на контролируруемую трансформацию и сублимацию импульсов без деструктивных последствий. Пламя, которое горит чисто, не оставляет пепла и не разрушает, предстаёт как символ психического изменения, не требующего самоповреждения, чувства вины или взрывной разрядки аффекта, а позволяющего переживать изменение через регулируемое перераспределение энергии — как в сновидческой, так и в бодрствующей жизни [3]. В отличие от более ранних фаз, где аффект был либо вытеснен, либо носил взрывной характер, здесь формируется способность трансформировать энергию без утраты целостности. Мотив дома, присутствующий в ряде сновидений на разных этапах, в этой завершающей серии приобретает более стабильную и менее уязвимую

функцию. Дом больше не появляется как пространство травмы или замкнутости, а выступает как относительно устойчивый психический контейнер, внутри которого разворачиваются изменения. Он предстаёт как матричный контекст, позволяющий трансформацию без распада структуры Я и без утраты чувства внутренней непрерывности [13]. Именно эта стабильность пространства делает возможной консолидацию и закрепление изменений, начатых на более ранних этапах.

В одном из более поздних сновидений, появившихся после весенне-летней серии, в осенний период, возникают мотивы пальцев и рук, которые клиентка описывает как нечто изначальное, ещё не оформленное функцией или назначением, неизведанное и сырое, но без негативной коннотации. Этот мотив указывает на способность не патологизировать неизвестное, на возросшую толерантность к неопределённости и на распознавание креативного потенциала до его инструментализации. Такое отношение к неоформленному опыту является ясным показателем психической зрелости, а не регрессии. После этого сна отмечается ослабление ригидного давления суперэго и интеграция агрессивно-креативной энергии в нейтральной форме — до того, как она могла бы превратиться в самообвинение или взрывную аффективную разрядку. Формируется внутреннее чувство разрешения на существование как форма внутренней легитимности; эго больше не нуждается в защите от неизвестного путём рационализации или морализации. Этот сдвиг имеет ощутимые, структурные и устойчивые последствия в реальном функционировании клиентки. Изменения проявляются в снижении тревожного контроля, связанного с вопросом «что делать с собой», в возросшей готовности к автономной жизни без необходимости заранее обладать полной уверенностью или всеми ответами, а также в большей гибкости жизненного планирования без ощущения, что всякая нерешительность неизбежно означает неуспех или моральное падение. Одновременно увеличивается способность к активной жизни без ухода в мыслительную изоляцию, что подтверждает: символическая

трансформация реализована не только на уровне сновидений, но и в устойчивой организации психического и повседневного функционирования.

В ходе этой фазы — уже новой зимней серии сновидений — возникают существенные совпадения между сновидениями и реальной жизнью. В одном из снов появляется мотив зонта как средства защиты и посредничества между внутренним пространством и внешними условиями, при этом представлены три поколенческие позиции: ребёнок, рисующий зонт радужными красками; мать, несущая большой сложенный зонт; и клиентка, которая узнаёт этот предмет одновременно как свой собственный и как полученный от матери. Непосредственно после сна дочь клиентки в реальной жизни приносит ей рисунок зонта, а параллельно подтверждается и фактический обмен этим предметом между клиенткой и её матерью. Это совпадение представляется мне показателем возросшей когерентности внутреннего и внешнего опыта на этапе интенсивной символической переработки, при сохранённом тестировании реальности [9, 10]. Мотив зонта приобретает дополнительный смысл, поскольку вводит функцию защиты и регуляции по отношению к трансгенерационному «водному» аффективному паттерну. Если вода и плаксивость обозначают унаследованную эмоциональную проницаемость и интенсивность, то зонт символизирует сформировавшуюся способность удерживать, дозировать и опосредовать этот аффект, не позволяя ему захлестнуть субъекта. Его множественное присутствие — как предмета сна, как детского рисунка и как реального объекта в межпоколенческом взаимодействии — указывает на интернализацию защитной функции, которая больше не является исключительно внешней (материнской), а становится личной и творческой. Таким образом, вода остаётся источником чувственности и жизненности, тогда как зонт обозначает психическую структуру, позволяющую проживать и выражать эмоции без утраты границ. В этом контексте мотив зонта может быть понят как символ переданной, но постепенно

интернализуемой функции защиты, которая больше не переживается исключительно как внешний опорный объект, а становится частью более автономной организации эго и аффективным усилителем процессов интеграции.

В реальной жизни эти изменения проявились в снижении уровня тревожности, повышении способности к эмоциональной регуляции, более чётком ощущении личной агентности и выраженном желании клиентки начать самостоятельную жизнь вне родительского дома, сменить работу и заняться творческой деятельностью. В завершающей фазе процесса клиентка описывает отчётливое изменение телесной репрезентации Я: «Я чувствую себя более устойчиво, словно прочнее опираюсь на землю, как будто ступни вросли в неё». Трансформация доминирующего сновидческого элемента воды в переживание опоры и укоренённости представляет собой клинически ясный показатель интеграции символического, аффективного и телесного опыта и стабилизации внутренней структуры Я [1, 2].

Заключение

Работа со сновидениями в данном случае сыграла центральную роль в регуляции аффекта и символической трансформации Я. Сны выполняли функцию развивающего моста между ранними, слабо дифференцированными аффективными состояниями и более поздней способностью клиентки к рефлексии опыта, его временной организации и интеграции в более когерентный нарратив Я. Клиническая значимость процесса заключается не в отдельных значениях сновидческих символов, а в изменении психической функции — переходе от затапливающей аффективной реактивности к большей внутренней связности, регуляции и телесной опоре. Трансформация доминирующего сновидческого элемента от воды к переживанию земли и укоренённости сопровождалась параллельными изменениями в реальном функционировании клиентки, что указывает на стабилизацию внутренней структуры Я.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bašlar, G. (1998). Voda i snovi, prevela Mira Vuković, Sremski Karlovci-Novı Sad: IK Zorana Stojanovića.
2. Bašlar, G. (2004). Zemlja i sanjarenje volje: Oglad o imaginaciji materije, prevela Mira Vuković, Sremski Karlovci-Novı Sad: IK Zorana Stojanovića.
3. Bašlar, G. (2019). Psihoanaliza vatre, prevela Vesna Cakeljić, Čačak: Umetničko društvo Gradac.
4. Boss, M. (1977). I Dreamt Last Night...: A New Approach to the Problem of Dreams, New York: Gardner Press.
5. Boss, M. (1985). Novo Tumačenje snova, prevela Maja Zaninović, Zagreb: Naprijed.
6. Frojd, S. (1970). Tumačenje snova, preveo s nemačkog Albin Vilhar, Novi Sad: Matica Srpska.
7. Grinstein, A. (1983). Freud's Rules of Dream Interpretation, New York: International Universities Press.
8. Johnson, R. A. (1986). Inner Work: Using Dreams and Active Imagination for Personal Growth, San Francisco: Harper & Row.
9. Jung, C. G. (1974). Dreams (Collected Works, Vols. 4, 8, 12, 16; R. F. C. Hull, Trans.), Princeton, NJ: Princeton University Press.
10. Mahr, G. C., Drake, C. L., & Mahr, G. (2024). The Wisdom of Dreams: Science, Synchronicity, and the Language of the Soul, London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
11. Michael, M. T. (2015). Freud's Theory of Dreams: A Philosophico-Scientific Analysis, Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
12. Ogden, T. H. (2005). This Art of Psychoanalysis: Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries, London: Routledge.
13. Swan-Foster, N. (2017). Jungian Art Therapy: Images, Dreams, and Analytical Psychology, London: Routledge.

Ключевые слова: анализ сновидений, символизация, регуляция аффекта, трансформация Я.

Образы, которые меняют жизнь: от теста к торту

Грецкая Луиза Сергеевна

Психолог-консультант, преподаватель психологии, сексолог, психотерапевт по методу символдрамы, г. Москва, Россия

Email: luikarvalan@gmail.com

Клиентка Ирина (имя изменено), около 30 лет, обратилась с жалобами на постоянную фоновую тревогу, ощущение внутреннего напряжения и ускоренного, нагнетающего темпа мыслей. Состояние обострилось после рождения ребёнка и декрета. Муж постоянно отсутствует по работе, мать клиентки живет в другом городе. Кроме того, у неё нет друзей в этом городе, были попытки познакомиться, найти новых подруг, но они не увенчались успехом, что привело её к мыслям «со мной что-то не так».

Мать по описанию клиентки эмоционально холодная, обесценивающая. Сама клиентка боится стать такой же для своей дочери, но из-за тревоги и усталости часто срывается на дочь, потом корит себя за это (чувство вины также усиливает тревогу). Дочь по словам клиентки всё время требует внимания, детский сад пока не посещает.

Ключевая динамика была определена как кризис идентичности: потеря старого «Я» (до декрета) и неопределенность нового, конфликт между потребностями (своими и ребёнка), физиологический аспект (недосып, усталость, низкая эмоциональная регуляция), социальная изоляция.

Стратегией терапии было выбрано снижение уровня базового стресса и поиск ресурсов для отдыха, работа с тревогой и чувством вины, преодоление социальной изоляции, поиск новых смыслов. Индивидуальная терапия проводилась один раз в неделю, онлайн в методе кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама). Всего на момент написания статьи было проведено девять встреч. В настоящее время терапия продолжается.

Ход терапии

В работе были использованы базовые мотивы: «Цветок», «Луг», «Ручей», «Гора» (Х. Лёйнер). Они позволяли углублять и закреплять внутренние процессы изменений. Важной частью терапии стала работа со спонтанными рисунками, которые клиентка рисовала между сессиями (каравай, торт, кастрюля, оранжерея). Эти визуальные материалы служили внешним отражением внутренних изменений и часто проявляли то, что ещё не могло быть выражено словами.

На первой встрече Ирина почти всё время плакала, свое состояние описывала как отчаянное. При этом себя описывала как человека весёлого, умеющего дружить, способного к самоанализу. Сама не связывала свою тревогу с физической и эмоциональной перегрузкой.

В разговоре Ирина сказала, что с детства «была как мягкое, податливое тесто». Метафора казалась ей негативной, ассоциировалась с чрезмерной мягкостью и уязвимостью. Было предложено рассмотреть этот образ иначе: как пластичную основу, из которой можно приготовить всё, что угодно. Это небольшое смещение интерпретации позволило впервые за долгое время воспринять себя не как «слабую», а как потенциальную, способную к форме и становлению. Также знакомилась с концепцией «достаточно хорошая мать» (Д.В. Винникотт).

На следующую встречу клиентка принесла рисунок *каравая*, со словами, что её тесто приготовилось. Также добавила, что во время рисования хотела изобразить торт, но остановила себя, как будто это слишком торжественно. Работали со стыдом, с разрешением быть,

жить, чувствовать, проявляться и привлекать внимание.

На следующую встречу клиентка принесла рисунок *свадебного торта*, многоярусного, торжественного, нарядного, со свечами и украшениями, что отражало рост внутреннего ресурса. Менялся её образ себя. Этот переход стал символом: возрастания самоуважения, принятия своей ценности, разрешения на «праздничность» и значимость собственной личности, принятия своих желаний без автоматического подавления.

В мотиве «Цветок» образ цветка представился с множеством соцветий, без выделения одного доминирующего. Цветок рос в треснутом горшке, что отражало недостаточную «контейнированность» образа Я, слабые границы и эмоциональную перегруженность, характерную для тревожных клиентов. Во время работы с образом удалось полить цветок и пересадить в новый целый горшок. При этом одно из соцветий стало выделяться (во время рисования образа), что было описано как «это я, а остальные соцветия — семья»). Подобная дифференциация собственной идентичности от семейной системы является ключевым механизмом снижения тревожности и формирования автономности, отделением своего «Я» от ролей и ожиданий близких.

Во время обсуждения выливалось много злости, работали над разрешением чувств. Злость переросла в ярость после сессии. Клиентка делилась, что хотела швырнуть кружку в стену, сжимала кулаки, но потом удалось назвать чувство вслух и стало «отпускать». После этого эпизода принесла рисунок кастрюли (не закрашенный черный контур) с приподнятой крышкой, покрытой брызгами красной краски. Как будто вышло всё, что накипело. Это стало переломным моментом в терапии. Ирина отмечала, что почувствовала облегчение. Стала намного спокойнее. Кроме того, дочь стала спокойнее и начала проявлять самостоятельность (могла поиграть одна, не требуя постоянного присутствия Ирины).

«Луг» и «Гора» клиентки были очень ресурсными и безопасными, солнечными, зелёными, цветущими, на лугу вдаль виднелся небольшой округлый холмик, на котором был расстелен коврик для пикника для неё, и она с корзиной

полной продуктов шла туда. В мотиве «Гора» перед большой горой была меньшая, округлая, на которой висел гамак, чтобы отдохнуть. И на рисунке был изображён именно этот момент. Происходило восстановление ресурса, тепла и поддерживающего материнского символа, смягчение переживаний, связанных с отношениями с матерью. Рост собственной заботы о себе: корзина с продуктами как метафора внутреннего «накормленного» состояния.

Мотив «Ручей» представился сразу у источника, вода лилась обильно, вкусная, сладковатая, приятная, но была «обжигающе холодной». Погода была тоже холодной (потребность в тепле).

От ручья образ привёл клиентку к морю, стало тепло, солнечно, теплая одежда сменилась на купальник и захотелось искупаться в море. Что стало важным моментом — внутренний импульс к расширению, переход от напряжения к расслаблению, восстановление базового доверия к миру. Образ моря в символдраме связан с глубинными материнскими переживаниями и эмоциональной свободой. Для Ирины это стало подтверждением формирования внутреннего спокойствия, что клинически соответствовало снижению тревоги.

Итоги терапии

Снижение тревожности

- Уменьшились вспышки раздражительности.
- Снизилась хроническая настороженность.
- Появилось больше телесной расслабленности.
- Уменьшение массы тела (спорт, контролируемое насыщение).

Отношения с окружающими

- Общение с дочерью и сама дочь стали спокойнее, меньше было эмоциональных перегрузок (к тому же, дочь начала посещать детский сад).
- В отношениях с мужем появилось больше доверия, вернулся флирт.
- С матерью удалось выйти на ровное, спокойное и даже поддерживающее общение.

- Удалось познакомиться и пообщаться с другими девушками.
- Появилось новое увлечение, которое принесло и общение и деньги.

Личностные изменения

- Клиентка лучше понимала свои потребности.
- Научилась понимать и говорить о своих чувствах.
- Стала более терпимой к ошибкам, внутренний критик сменился на голос поддержки.
- Повысилась устойчивость к внешним стрессорам.
- Сформировались устойчивые внутренние ресурсы.

Заключение

Представленный случай подчёркивает значимость символдрамы как метода, способного воздействовать не только на симптомы тревоги, но и глубоко перестраивать эмоционально-личностные структуры, обеспечивая устойчивые позитивные изменения.

Образы, возникающие в мотивах, позволили клиентке безопасно исследовать глу-

бинные чувства, а её работа с рисунками усилила терапевтический эффект и обеспечила интеграцию результатов. Снижение тревоги сопровождалось улучшением отношений с близкими. Это подтверждает важную закономерность: стабилизация внутреннего мира родителей приводит к снижению симптоматики у детей и улучшению внутрисемейной динамики.

С тревожными клиентами важно начинать с базовых ресурсных мотивов и поддерживать мягкий темп — клиенту требуется время, чтобы адаптироваться к новым состояниям — это снижает риск перегрузки и создаёт внутреннюю опору, необходимую для более глубоких мотивов. А также брать в работу спонтанные образы, предлагаемые клиентом — эти дополнительные рисунки выявляют скрытые процессы, ускоряют интеграцию материала и позволяют клиенту поддерживать связь с терапией между встречами.

Символдрама в работе с данным случаем проявила себя как структурирующая терапия, способная восстанавливать внутренние опоры, снижать тревогу и возвращать человеку способность к спонтанности, теплу и устойчивости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лейнер Х. Кататимно-имагинативная психотерапия. М.: Когито-Центр; 2004.
2. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. М.: Независимая фирма «Класс»; 1998.

Ключевые слова: кризис идентичности, символдрама, работа с образами, структура личности, ресурсы, метафоры.

СИМВОЛДРАМА

(КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ)



регистрация: airp.education/kip

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА
с 1 сентября 2026 г. по 29 июня 2027 г.

Методы развития способности к символизации у пациента в психодинамической психотерапии с применением имагинаций

Сидоров Руслан Игоревич

Практикующий психолог, куратор открытых семинаров научной лаборатории Ассоциации имагинативной психодинамической психотерапии и Международного института имагинативной психодинамической психотерапии, г. Луганск, Россия

E-mail: hustla.87@mail.ru

Введение

Цель данной статьи — на основе современного зарубежного опыта работы по развитию способности к символизации (онирической функции), а также личного опыта психотерапевтической работы с пациентами, описать диагностику и методы развития способности к символизации как одной из основ гармонизации личности и стабилизации Эго-структуры.

Актуальность

Важность и ценность развития способности к символизации в процессе психодинамической психотерапии у пациента связаны не только с гармонизацией объектов внутренней структуры Эго и его укреплением, но и с динамикой дальнейшего развития личности и Эго-структуры, в том числе и после завершения психотерапевтического процесса.

В кататимно-имагинативной психотерапии Х. Лёйнера способность к символизации устанавливается по факту уровня её развития, имеющегося у пациента, его способности выражать бессознательные импульсы и желания через символическое. Также, уровень способности к символизации воспринимается как психодиагностический аспект [1].

В данной статье описаны не только возможности диагностики данной способности, но и способы её развития.

Онирическая функция

Способность к символизации у человека также можно назвать онирической функцией. Под ней мы понимаем создание образов, охватывающих различные регистры сознания, формирование из этих образов сюжетов и смыслов обширной, многогранной авторской картины мира, а также наполнение психической реальности особыми, индивидуальными смыслами.

Активность онирической функции следует чётко разграничивать от онейроидного синдрома, относящегося к психопатологическим состояниям и являющимся признаком психических расстройств. Отличие активности онирической функции от симптомов онейроидного синдрома описала С. Б. Хамед-Вернотт в своей статье «"Запрашиваемое сновидение" на сеансе и психоаналитик-сборщик мусора» [7]. Основные отличия онирической функции от онейроида заключаются в степени регресса при формировании образов сознания и возможности включения аспектов сознания и контроля в эту деятельность. С. Б. Хамед-Вернотт пишет о том, что онирическая активность проявляется в виде образов ночных сновидений, фантазий, снов наяву, тогда как онейроид выходит за пределы этих состояний в виде галлюцинаций, лишённых контроля. Отмечено, что онирическая функция психики коррелирует с развитием субъектности личности [7].

Способность к символизации и развитие Эго

На связь способности к символизации и развития Эго указывала и Х. Сигал в «Заметках о формировании символа»: она говорила о символизации как о трёхсторонних отношениях между человеком, символом и объектом, которые могут быть выражены в репрезентациях его опыта [6]. Формирование внутренней символики начинается очень рано, наравне с возникновением объектных отношений и меняется в процессе их динамики. Формирование символа — это попытка справиться с тревогами, которые может вызывать объект, страхами плохих объектов и недоступности хороших, которые приводят к нарушению формирования символа. При нарушении дифференциации символа и символизируемого объекта наблюдается конкретное мышление, характерное для психозов, то есть тогда мы говорим о буквальном (вместо символического) восприятии пациента [6].

О взаимосвязи способности к символизации и развития Эго-структуры пишет и М. Кляйн, говоря о символическом приравнивании — когда отсутствует прямое дифференцирование объекта и символа, вследствие чего внешний объект переживается как тождественный символу. Её исследования развития символизации были основаны на работе с четырёхлетним мальчиком, страдающим аутизмом, в которой описывалось, что его сильная тревога парализовала фантазирование и процесс формирования символа — из чего она заключила, что при парализации символизации останавливается и психическое развитие [3].

Кейс №1

Из моего опыта практической работы в психодинамической психотерапии взрослого пациента 36 лет с диагнозом ДЦП (детский церебральный паралич), я могу заключить, что более заметный прогресс психотерапии последовал после развития у него функции символизации, которая на ранних этапах была затруднена и блокирована тревогой.

Следует отметить три регистра деятельности онирической функции — ночное сновидение, сновидение наяву и игру, процесс

которой может быть отражён в творческой деятельности. В начале работы видеть образы в состоянии имажинации у пациента не получалось. Ночные сновидения были короткими, обрывчатыми, редкими и плохо запоминались. Он ссылался на то, что может понимать и воспринимать только то, что было в его реальном эмпирическом опыте. Для меня диагностическим стал вопрос — сохранна ли возможность к формированию символа и онирическая функция в целом? Оставалась вероятность развития онирической функции через игру, самый приближённый к сознательной деятельности имажинационный регистр; признаки его сохранности у пациента наблюдались.

Об игре как творческом импульсе, приводящем к гармонизации личности, структуризации внутренних объектов писал и Д. Винникотт в книге «Игра и реальность» [2]. Этот регистр онирической функции у пациента блокировался циклотимичностью, высоким уровнем тревоги и напряжённостью в аффективной сфере, где страх и стыд выступали ведущими аффектами. Помимо онирической функции, в игре отражается также и качество психотерапевтического контакта между психотерапевтом и пациентом. Указанные особенности затрудняли работу и с внутренними атакующими и деструктивными объектами. Из имажинативных особенностей онирической функции может быть выделено использование пациентом метафор и работа с ними.

Ключевой в преодолении данных особенностей стала задача стабилизации сеттинга, углубления и закрепления психотерапевтического контакта и взаимоотношений. В ходе развития психотерапевтических отношений, когда я, как психотерапевт, стал устойчивым объектом для пациента, и с развитием у пациента рефлексии и сознательного самоконтроля аффективных импульсов, в игровой форме он стал использовать больше метафор и аллегорий. На последних сессиях (их было больше двухсот) он стал употреблять слово «образный». Развитие онирической функции у него проявлялось в отсутствии фрагментации образов (они стали целостными), появились более частые и разнообразные ночные сновидения, которые стали запоминаться и иметь значимое аффективное влияние на пациента.

Онирическая функция в контексте отношений со значимыми объектами и связь с развитием аффективной составляющей психики

Основываясь на описанном практическом случае и теории развития онирической функции, можно отметить её прямую взаимосвязь с качеством отношений со значимыми объектами и аффективной сферой. Про взаимосвязь аффективной сферы, взаимоотношений психотерапевт-пациент и имагинативного пространства пишут и авторы учебного пособия по кататимно-имагинативной психотерапии, К. Нор и У. Барке [1]. Ссылаясь на термин «кинестетический», введённый Лейкертом, они описывают, как он проявляется в имагинативном пространстве пациента, то есть у него возникает трансмодальная субъективная единица, которая объединяет разноплановые чувственные репрезентации объекта. Кинестетическая составляющая имагинативного процесса подчёркивает чувственно-воспринимающую атрибуцию значений особого опыта человека, мимолётно переходящую от ощущения в состоянии имагинации, к ощущениям на физическом уровне. В процессе формирования символа и при действующей онирической функции у пациента, есть возможность проживания и переживания большего эмоционального спектра [1].

К. Нор и У. Барке вводят также и интерсубъективное понимание психодинамики процесса имагинаций пациента, которое можно обозначить как сцену символической репрезентации опыта. Это понятие заключается в том, что в имагинации присутствует отражение не только бессознательного самого пациента и его объектные отношения с внутренними и внешними объектами, но и сам психотерапевт и отношения с ним в процессе психотерапии.

Кейс №2

Мужчина, 27 лет. В детском и подростковом возрасте проходил лечение от паралича Дюшена-Эрба, вследствие которого у него с рождения наблюдалась дисфункция левой руки. На момент обращения дисфункция

левой руки наблюдается минимальная, ранняя инвалидность снята, работает водителем.

При первой имагинации произошла потеря основного образа («волшебное дерево», со слов пациента), на место которого пришла «пустота». Когда в имагинации происходил контакт с образом — он осознавал, что происходит справа от него, при этом происходящее в имагинации слева видел смутно. После «пустоты» в образе возникла «волшебная жёлтая фея», определённая им как «существо», «создание» — ему захотелось её убрать. Контакт с телом в момент имагинации наблюдался слабый («не слышу своё тело»), повысился уровень тревожности.

В ходе психотерапевтического процесса, продолжавшегося один год и включавшего более пятидесяти сессий, в имагинациях пациента образы стали более целостными. Ему удавалось удерживать их, однако это сопровождалось выраженным напряжением. Пациент сравнивал данное напряжение с усталостью после физического труда, что указывает на выраженный кинестетический компонент переживания.

По мере развития онирической функции, имагинативные образы становились более ресурсными: напряжение снижалось, появлялось больше красок и деталей. Гармонизация имагинаций и усиление способности к формированию символов начали отчётливо проявляться после выведения аффектов из изоляции, в особенности аффектов агрессивного характера, проявление которых ранее было для пациента под запретом. Существенную роль в этом процессе также сыграли стабильный сеттинг и устойчивые резонансные психотерапевтические отношения (со слов пациента: «я к вам по привычке немного»).

Важность работы с переносом и контрпереносом в развитии онирической функции

В процессе развития онирической функции у пациента в психодинамической психотерапии, опираясь на выстраивание устойчивого психотерапевтического контакта с пациентом и объектных отношений, выведения из изоляции аффектов и преодоления алекситимии,

немаловажную роль играет работа с феноменами переноса, контрпереноса и сопротивления, которые появляются в процессе работы.

Если рассматривать развитие объектных отношений между пациентом и психотерапевтом как один из фундаментальных факторов психотерапевтического процесса, что характерно, например, для интересубъективного подхода, то процессы переноса, контрпереноса и сопротивления следует понимать как целостную взаимосвязанную динамику. Их разграничение в данном контексте носит в большей степени дидактический, нежели практический характер.

Позиция психодинамического психотерапевта в развитии онирической функции определяется его способностью удерживать и перерабатывать множественность объектов, переменных и продуктов бессознательного — как собственных, так и пациента, выступая оператором регуляции этого психического поля. Существенным является навык многослойной символизации, который психотерапевт передаёт пациенту в процессе терапии: он разделяет с пациентом имагинативное пространство и постепенно становится для него устойчивым объектом.

Выводы

Подводя итог вышеизложенному, можно выделить три регистра онирической функции: ночное сновидение, сновидение наяву и творческий процесс игры. Все процессуальные регистры онирической функции в рамках психодинамической психотерапии формируют разделяемое пространство взаимодействия между пациентом и психотерапевтом. Это пространство позволяет психотерапевту вносить необходимые коррекции и восполнять

дефициты Эго пациента, а для пациента на ранних этапах терапии становится источником удовольствия и снижения уровня тревоги.

В результате психотерапевтической работы у пациента формируется и развивается «сновидящее Я», что находит отражение в качественных изменениях всех трёх регистров онирической функции и может быть прослежено в динамике психотерапевтического процесса.

В процессе восполняющих объектных отношений, опосредованных передачей способности к символизации от психотерапевта к пациенту, отслеживается не только количественный рост символических вербальных выражений, расширение воображения и метафорического репертуара в игровой форме, а также увеличение числа, разнообразия и глубины символов в мотивах и сновидениях наяву, но и качественные изменения ночных сновидений.

На практическом уровне эта задача реализуется, в том числе, за счёт того, что психотерапевт не только воспринимает и анализирует образы пациента, но и сам использует образный язык. При этом он опирается на те образы, которые пациент в данный момент способен переработать своим психическим аппаратом, что требует точной и качественной психодиагностики структуры личности пациента.

Кинестетическая составляющая способности к символизации коррелирует с аффективной сферой пациента и соотношением его эмоциональных реакций в реальности с переживаниями в имагинативном пространстве. Данная взаимосвязь расширяет возможности психотерапевтической работы и используется психотерапевтом при развитии онирической функции с целью стабилизации и гармонизации Эго-структуры пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барке У., Нор К. Кататимно-имагинативная психотерапия: учебное пособие по работе с имагинациями. М.: Когито-Центр; 2019. 397 с.
2. Винникотт Д.В. Игра и реальность. М.: Институт общегуманитарных исследований; 2002. 266 с.
3. Кляйн М., Айзекс С., и др. Развитие в психоанализе. М.: Академический проект; 2001. 213 с.
4. Ben Hamed S. La «rêverie sollicitée» en séance et le psychanalyste éboueur. *Le Coq-Héron*. 2024;3(258):13–20.
5. Fabre N. Psychothérapie de l'enfant: imaginaire et rêve éveillé. Paris: L'Esprit du Temps; 2019. p. 11–18.

6. Segal H. Notes on symbol formation. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1981;38:160–177.
7. Simond M. Rêve-éveillé en psychanalyse: la place de l'image dans le processus thérapeutique. *Action en pensée. Revue de l'Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin*. 2023;(67):71–98.

Ключевые слова: имагинативная психодинамическая психотерапия, психотерапевтические отношения, онирическая функция, символизация, сновидение наяву, ночное сновидение, игра, кинестетический аспект имагинации.

Опыт применения авторской имагинативной методики «Свитер» в консультировании спортсменки с ограниченными возможностями

Сохликова Валерия Александровна

Кандидат психологических наук, медицинский психолог отдела медико-психологического обеспечения спортивных сборных команд Российской Федерации ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства», г. Москва, Россия

E-mail: vaso.085@gmail.com

Психологи, работающие в спорте высших достижений, всё чаще сталкиваются с новым видом личностных проблем у спортсменов. Эти проблемы возникают вследствие недопуска спортсменов к международным соревнованиям либо отстранения спортсменов от участия в международных соревнованиях. Отчуждение спортсмена от состязаний — всегда тяжелое испытание, но особенно травматично оно для спортсменов-паралимпийцев. У многих возникает состояние психологического шока, фрустрации, сильного стресса, что проявляется в следующих симптомах:

- резкие изменения в настроении, подавленность, апатия, беспомощность;
- тревога и страхи (например, страх неопределённости, связанный с будущим, боязнь навсегда потерять спортивную форму, страх финансовых последствий и др.), в отдельных случаях — паника;
- недостаточность интеллектуальных, волевых качеств, необходимых для адекватного реагирования на возникшие обстоятельства;
- сложности с поддержанием физической нагрузки и сохранением спортивной формы;
- сложности с запоминанием и концентрацией внимания;

- снижение самооценки, связанное с телесными изменениями, повышение чувствительности к физическим симптомам и однозначный негативный характер их оценки спортсменом;
- повышенная эмоциональность, лабильность, ощущение переполнения эмоциями, которые своевременно не были эффективно контейнированы и переработаны;
- поведенческие и личностные изменения, вызванные недопуском к соревнованиям либо отстранением от них, не только у самих спортсменов, но и у родных и близких.

Также происходят изменения в социальном окружении: снижается социальная активность, уменьшается число контактов, возникает ощущение брошенности и одиночества.

Соответственно, спортивным психологам приходится осуществлять коррекцию этих состояний у спортсменов. В данной статье на примере клиентского случая с паралимпийской спортсменкой (обозначим её случайными инициалами А.Б.) мы покажем специфику работы с подобным запросом. В совокупности с другими методами нами использовалась авторская имагинативная методика «Свитер»¹, которая показала свою эффективность при коррекции негативных состояний.

¹ Методика описана в статье «Имагинативная методика работы с тревогой «Свитер» (В.А. Сохликова): техника проведения и возможности применения» в выпуске «Граней психотерапии» № 7.

Описание клиентского случая

А.Б., женщина, спортсменка, одна из сильнейших пловчих среди спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА) готовилась к выступлению на Паралимпийских летних играх.

А.Б.: *«Я стала мастером спорта международного класса, чемпионкой России и Европы. Это было для меня большим успехом и признанием моих спортивных достижений. Я всегда горжусь тем, что могу представлять свою страну на международных соревнованиях и доказывать свою высокую квалификацию (...). Но самое главное для меня — это не только достижение высоких результатов, но и удовольствие от самого процесса плавания. Каждый раз, когда я выхожу на тренировку или на старт, я чувствую себя счастливой и здоровой. Плавание даёт мне энергию и мотивацию, и для меня это шанс пробиться в элиту мирового спорта и выступить на паралимпийских играх».*

Важно отметить, что плавание — популярный спорт в мире, в том числе среди параспорсменов. Сильнейшими женскими сборными являются команды Англии, США, Бразилии и Франции. Чтобы попасть на Паралимпийские игры, нужно занимать очень высокую строку в мировом рейтинге (он составляется по результатам международных отборочных соревнований). Кроме того, у паралимпийцев разные физические возможности и, соответственно, разные соревновательные классы. На международном уровне спортивная конкуренция огромна.

Главный тренер сборной команды о спортсменке: *«А.Б. — одна из сильнейших парапловчих мира, она по-хорошему очень амбициозная и трудолюбивая, и однозначно целеустремленная. Если поставила перед собой цель, то будет к ней идти».*

А.Б.: *«Последние три месяца шли упорные тренировки на сборах. Для меня отстранение от игр разрушило всю мою модель мира. Реакция была ужасная. Я просто долго не могла поверить, что нам отказали».*

Наша работа со спортсменкой была организована следующим образом. Мы встречались каждый день в течение 10 дней. Помимо часовых консультаций было организовано

присутствие психолога-консультанта (автора статьи) на соревнованиях во время выступлений А.Б.

Была определена стратегия консультативной работы. Сначала — помочь спортсменке преодолеть травматическое событие, справиться с состоянием шока и сильного стресса, а затем — исследовать и определить возможности реализации своего спортивного потенциала, организовать и начать реализовывать свою жизнь полноценно.

Этапы работы

Первый этап работы со спортсменкой заключался в установлении доверительных отношений. Это приобрело особую значимость, поскольку девушка с рождения была инвалидом, при этом она никогда не работала с психологом. Было важно, чтобы А.Б. почувствовала поддержку и понимание со стороны специалиста, чтобы она смогла открыться и рассказать о своих переживаниях.

На втором этапе проводилась работа по осознанию и осмыслению происходящего. Психолог помогала спортсменке понять, какие именно события или факторы привели к возникновению шока или стресса, и как они влияют на её эмоциональное и психологическое состояние.

На третьем этапе началась работа по снятию выявленных симптомов актуального состояния. Для того, чтобы помочь А.Б. справиться с тревожностью, напряжением и другими негативными состояниями, были использованы различные техники и методы — дыхательные упражнения, релаксация, имагинация. Одной из применяемых методик была авторская имагинативная методика «Свитер».

На заключительном этапе оказывалась помощь в переосмыслении ситуации. А.Б. училась управлять своими мыслями и эмоциями. Решались важные задачи трансформации поведения и мышления спортсменки, разработки новых стратегий поведения, чтобы избежать повторения подобных состояний в будущем. Проводилась работа по принятию спортсменкой прошлых событий и встраивание их в жизненный опыт.

Психологический катамнез

На сегодняшний день А.Б. — заслуженный мастер спорта, она с благодарностью вспоминает те олимпийские дни, когда почувствовала на себе эффект психологической поддержки. Она вспоминает те необычные методики, эффект от которых она впервые ощутила на себе, и то, как её тело отреагировало на их воздействие. *«Я почувствовала, как каждая клеточка моего тела откликается на слова и действия психолога, как будто они проникают в самое глубокое подсознание! Это было непривычно и одновременно захватывающе! Я поняла, что психологическое состояние человека имеет огромное влияние на его физическое благополучие. И благодаря работе с психологом я начала лучше понимать себя и свои эмоции, а также смогла контролировать их. Это дало мне большую уверенность и способность на соревнованиях преодолевать все трудности, потому что на Паралимпийские игры было заявлено 8 сложнейших для меня дистанций: я должна была проплыть 50, 100 и 400 м вольным стилем, 50 и 100 м баттерфляем и три*

эстафеты, ещё нужно учесть квалификационные и финальные заплывы! Я благодарна психологу за помощь и поддержку, которые помогли мне стать более сбалансированной и сильной личностью, выдержать этот плавательный марафон и завоевать золотые награды!».

Заключение

Имагинативный подход широко применяется в области спорта высших достижений. Многие профессиональные спортсмены регулярно используют имагинации — «ментальные тренировки», представляя и отрабатывая различные события, ситуации, действия. Имагинативные интервенции успешно применяются спортивными психологами при коррекции негативных, навязчивых и травматических состояний, которые периодически возникают в спортивной карьере атлета. Имагинативные техники через создание позитивных образов способствуют решению проблем спортсменов, постановке целей в спортивной карьере, совершенствованию спортивных навыков.

Ключевые слова: спортсмен с ограниченными возможностями, травматические события, тревога, имагинативная методика «Свитер».

Краткосрочная психотерапия травмы, фокусированная на работе с агрессией

Чирков Константин Витальевич

Клинический психолог, психотерапевт, магистр теологии, аспирант кафедры «Социально-философские и политические науки», Севастопольский государственный университет, г. Севастополь, Россия

E-mail: psy@chirkovkv.ru

Цель данной статьи — поделиться опытом краткосрочной психотерапии последствий травматического стресса у участников боевых действий. Автор опирается на подход к работе с агрессией в интегральной каузальной психотерапии и на материал авторского курса повышения квалификации психологов «Экстренная и психологическая помощь при травматическом стрессе».

Основная часть психологической работы с агрессией связана с её распознаванием и обучением клиентов использовать эту энергию конструктивно. Часто встречающийся случай, когда у клиента не сформированы здоровые паттерны выражения агрессии или отсутствуют вообще — её выражение буквально блокируется либо она выражается в деструктивной форме. В подобных случаях внимание концентрируется на снятие запретов и обучение конструктивному выражению эмоций агрессивного спектра.

В обстановке боя возникают чрезвычайно интенсивные негативные эмоции, которые психика «не успевает» ни распознать, ни переработать. Ранение и гибель товарищей, угроза жизни самому военнослужащему и другие триггеры вызывают чувства экстремальной интенсивности, но в этот момент психика занята другой задачей — выжить и выполнить боевую задачу. Происходит блокирование выражения широкого спектра эмоций и чувств и человек обучается выражать их через гнев, ярость, действие, что, в свою очередь, приводит к посттравматическим состояниям, представленным различной симптоматикой.

Когда в обращении за психологической помощью существуют жёсткие временные рамки и при этом необходима положительная динамика, успешно применяется практика, направленная на расширение границ возможностей клиента. В таком подходе фокус делается на деталях лучшего будущего, отдельные из которых уже заметны в настоящем.

Устойчивый позитивный терапевтический эффект получен при оказании помощи населению пострадавшему от военных действий, при сотравматизации членов семей военнослужащих, а также в комплексной реабилитации участников боевых действий. Взаимодействие происходит на нескольких общих принципах:

- уважение к клиенту и его пониманию проблемы;
- избегание сложного анализа прошлого — фокус на том, что человек хочет изменить в будущем;
- признание того, что у клиента уже есть ресурсы для решения проблемы, даже если он пока этого не осознаёт;
- создание атмосферы доверия, надежды и сотрудничества.

В основе применяются техники, направленные на мобилизацию внутренних ресурсов клиента и создание контекста для изменений.

1. Формирование будущего, ориентированного на решение.

Уточняющие вопросы помогают клиенту представить, какой будет его жизнь, если проблема внезапно исчезнет. «Предположите, что проблема решится ночью. Как вы узнаете об этом утром, когда проснётесь? Что будет

иначе?». Техника позволяет клиенту сосредоточиться на желаемом результате и начать осознавать конкретные аспекты изменений, необходимых для достижения цели. Она стимулирует воображение и помогает создать чёткое видение будущего.

2. Определение и усиление исключений.

Особое внимание уделяется «исключениям» — моментам, когда проблема была менее выраженной или полностью отсутствовала. «Бывали ли ситуации, когда проблема не проявлялась, или вы справлялись с ней лучше? Что вы делали тогда?». Цель этой техники — выявить успешные действия и стратегии клиента, которые уже работают, и усилить их использование. Исключения показывают клиенту, что изменения возможны, поскольку они уже происходили в прошлом.

3. Использование шкал.

Шкалы используются, чтобы помочь клиенту количественно оценить свой прогресс или уровень проблемы. «Если 10 — это оптимальное состояние, а 0 — это худшее, как вы оцениваете своё текущее состояние?». Этот инструмент помогает клиенту рассматривать изменения как последовательный и реальный процесс. Вопросы на шкале также могут стимулировать размышления: «Почему вы выбрали эту отметку? Что помогло вам достичь этого уровня? Что вы могли бы сделать, чтобы продвинуться хотя бы на один шаг вперёд?».

4. Фокус на сильных сторонах и ресурсах.

Терапевт активно помогает клиенту обнаружить свои сильные стороны, навыки и ресурсы. Вместо того, чтобы сосредотачиваться на слабостях, внимание уделяется тому, что человек уже умеет и что помогает ему справляться с трудностями. «Вам удалось прийти сюда, несмотря на все сложности. Как вы это сделали?». Это способствует повышению самооценки клиента и укреплению веры в возможность изменений.

5. Постановка маленьких, достижимых целей.

Терапевт направляет клиента на формулирование небольших, конкретных шагов к улучшению. «Что вы можете сделать сегодня, завтра или на этой неделе, чтобы немного приблизиться к желаемому состоянию?». Такая

формулировка помогает сосредоточиться на постепенных изменениях, которые кажутся более реалистичными.

6. Compliments.

Комплименты используются как инструмент мотивации. Цель — отметить усилия, достижения и позитивное поведение клиента. «То, как вы справляетесь с этой ситуацией, действительно впечатляет», «Это отличный первый шаг к решению вашей проблемы». Compliments укрепляют сотрудничество и подчёркивают значимость личных усилий клиента.

7. Ориентированное слушание.

Психолог активно слушает клиента, настроившись на его язык и символы. Это помогает правильно понять опыт клиента и строить диалог, использующий его собственный язык для постановки целей и поиска решений. Терапевт отражает сказанное клиентом, иногда перефразируя для уточнения и обогащения понимания.

8. Акцент на том, «что работает».

В таком подходе нет нужды анализировать или исправлять то, что «не работает». Вместо этого терапевт фокусируется на выявлении действий, которые уже приносят даже минимальное улучшение, и их расширении. Например, клиент может рассказать о небольшом успехе, а терапевт уточнит: «Как вы добились этого именно в этот раз?».

9. Вопросы об используемых стратегиях (копинг-вопросы).

Когда клиент говорит о тяжёлой ситуации, терапевт может задать вопрос: «Как вам удаётся справляться с этим, несмотря на всё, что происходит?». Это помогает клиенту осознать уже существующие механизмы преодоления и ресурсы, давая опору для поиска решений.

10. Заключительные задачи и домашние задания.

После сессии клиенту могут предложить задания, которые помогают закрепить достигнутые изменения. Например, терапевт может попросить клиента заметить, когда проблема становится менее выраженной, или попробовать сделать что-то из предложенных решений. Домашние задания направлены на активное применение решений в повседневной жизни.

Важно уделять как можно больше внимания событиям, которые казались значимыми клиенту и были исключениями из проблемных паттернов, тем событиям, которые показывали сильные стороны, навыки, знания и т.д. — на них необходимо делать акцент, развивать и помогать применять. Это расширяет диапазон возможностей — расширяет границы мира.

Можно предположить, что сформировавшиеся под воздействием позитивного опыта нейронные цепочки получают приоритет в реагировании при решении проблем. Агрессия разворачивается в сторону конструктивного творческого процесса расширения картины мира, выхода из тоннеля проблемного видения.

Процесс терапии начинается в самом начале сессии с первого вопроса клиенту. Вопросы: «В чём Вы видите проблему? Чем я могу Вам помочь? Что Вас привело?» — обычные для ориентированной на проблему терапии, в подходе, ориентированном на решение, будут неуместны. Нужно начало, которое сразу направит клиента в лучшее будущее: «Каковы Ваши лучшие надежды на нашу совместную работу?».

Иногда ответ клиента заключается в изложении того, на что он надеется. И в этот момент терапевт может принять это и начать расширять описание, например, вопросом: «Что это изменит для Вас?». Но иногда клиент не может сразу ответить, и это, скорее всего, признак

того, что был задан субъективно необычный вопрос, который требует размышлений. Сместение фокуса с проблемы на ожидаемое решение даёт возможность клиенту прочувствовать тот положительный эффект, который он хочет получить.

Можно сказать, по аналогии с запертой плотинной рекой, направленной по каналу на вращение турбины генератора электростанции, что нереализованная агрессия, вызывающая проблему, будет направлена на разрешение невроза, решение самой проблемы и построение сценария счастливого будущего. «Как Вы будете себя чувствовать, когда поймёте, что проблема решена? Как начнётся Ваше утро? Что Вы сделаете в первую очередь? Как другие люди узнают об этом? Как они отреагируют, что скажут, что почувствуют? Что будете чувствовать Вы по этому поводу?» Чем больше детализация — тем лучше эффект.

Опыт работы с участниками боевых действий показывает, что они помнят свои личные победы и идентифицируют друг друга по тем участкам войны, где происходили ключевые для них события. В этих, всегда экстремальных травматических событиях, они получили навык использования внутреннего ресурса для осуществления желанной цели. И это именно тот опыт, который важно использовать в краткосрочной практике, помогая актуализировать эффективные навыки обращения с агрессией.

Ключевые слова: краткосрочная психотерапия, интегральная каузальная психотерапия, травматический стресс, агрессия.

ЭССЕ

Две матери, две судьбы: нарциссическая травма и рождение Круэллы

(психоаналитическое эссе по фильму «Круэлла»)

Гринько Татьяна Васильевна

Магистр психологии, психодинамический психолог, ФАСТ-терапевт, выпускница Академии интегральной психодинамической психотерапии, г. Москва, Россия

E-mail: text.grinko@gmail.com

Введение

Фильм Крэйга Гиллеспи «Круэлла» стал объектом моего интереса для психоаналитического разбора по причине яркого психологического портрета главной героини. Эстелла¹ — талантливая, неординарная молодая женщина, чья жизнь переворачивается вверх дном после встречи с травмой из прошлого. Постепенно превращаясь в Круэллу², она обретает новый облик и идентичность, что предоставляет уникальную возможность для анализа процессов формирования личности, изменения самооценки и принятия собственной сущности под воздействием внешних факторов и внутренних конфликтов, а также под влиянием истории рождения, детства и родительских фигур.

Рассмотрим структуру личности героини, механизмы психических защит и их влияние на динамику развития, а также трансформацию и её причины.

Структура личности героини по Фрейду: идентификация Ид, Эго и Суперэго в поведении Эстеллы (Круэллы)

Эстелла в начале фильма представлена как молодая женщина, чьи действия кажутся в значительной мере подчинёнными внешним обстоятельствам. Это может отражать её Ид, который в психоаналитической терминологии

Фрейда представляет бессознательные желания и инстинкты, стремящиеся к немедленному удовлетворению. Например, желание признания и успеха в мире моды может быть одним из примеров идентификации с Ид.

Эго Эстеллы проявляется в её способности адаптироваться к реальности и принимать решения на основе рационального мышления. Она стремится достичь своих целей, в том числе идентичности и признания. Это можно наблюдать в её усердной работе над созданием уникальной одежды и её стремлении к профессиональному признанию.

Суперэго представлено в фильме через внутренние конфликты Эстеллы, связанные с её моральными убеждениями и стандартами. В некоторых ситуациях, она сопротивляется своим более дерзким и амбициозным желаниям, выраженным через Ид, ввиду страха или чувства вины, что может быть интерпретировано как влияние Суперэго.

Личность Эстеллы в разрезе психических регистров Лакана: реальное, воображаемое и символическое

Реальное представляет собой биологические и психические потребности и импульсы, которые формируют личность, но остаются

¹ Имя Эстелла происходит от лат. *stella* — звезда.

² Имя Круэлла происходит от англ. *cruel* — жестокий, безжалостный, ужасный. По лат. *crudelis* — бессердечный, безжалостный, жестокий; *crudus* — кровавый, незрелый; грубый.

скрытыми от сознания: основные желания, страхи, нереализованные потребности, такие как жажда признания и власти. После трансформации Эстеллы в Круэллу уровень реального отражает её попытку выразить и удовлетворить свои нереализованные потребности. Обнажаются и частично осознаются врождённые подавляемые качества: жестокость, страсть к разрушению и эпатажу.

Воображаемое — это представления Эстеллы о себе, о том, кем она хочет быть, и каким образом она хочет быть воспринимаемой окружающими: её идеалы, мечты и фантазии о достижении успеха в мире моды и признания. Воображаемое Круэллы — это её новая идея о себе как о сильной, независимой и уверенной женщине, способной противостоять общественным ограничениям и добиваться успеха в своей области, используя для этого любые средства, уничтожив маску Эстеллы.

Символическое по Лакану — это сфера социокультурных норм и представлений, которые индивид интроецирует и усваивает в процессе раннего развития, в основном бессознательно, на уровне символов, чтобы иметь возможность существовать в социуме. Символическое в личности Эстеллы представлено нормами той жизни, которой пришлось жить после смерти матери, и той социальной группы, которая заменила ей семью. Для неё нормальны бродяжничество, мошенничество и воровство. Ей вместе с тем удалось сохранить ряд ценностей и представлений, которые были сформированы воспитанием и ранней социальной средой: истинная женственность, мечта и цель стать модельером, культурные стереотипы и идеалы красоты, а также желание, чтобы мама — сохранённая фигура в её памяти, внутренний объект — могла бы ей гордиться. Круэлла же обесценила прежние взгляды, мораль и идеалы общества и стремится к освобождению от оков чести и совести. Символическое она реализует в агрессивном творчестве и эпатажных выходках.

Защитные механизмы

Героиня фильма использует различные защитные механизмы для справления с травмами и стрессом в течение своей жизни.

Вытеснение. Этот механизм предполагает отделение определённых мыслей, чувств или опыта от общего сознания, и их перенесение в бессознательную часть психики. Это помогло Эстелле сохранить психическое равновесие и избежать непосредственной конфронтации с болезненными или травмирующими аспектами опыта — ранней травмы отвержения (см. ниже). Механизм вытеснения играет важную роль в защите психики от болезненных и травматичных впечатлений, но может также приводить к формированию неполных или искажённых представлений о себе и мире.

Изоляция. Эстелла старается подавлять или игнорировать свои болезненные воспоминания и эмоции, чтобы избежать их негативного влияния на самоощущение. Девушка несла в себе очень тяжёлый груз — боль потери самого главного человека в жизни, матери. Сверх этого она была убеждена, что случайно убила мать. Подавляя свои болезненные воспоминания и чувство вины, отодвигая их в подсознание, чтобы не сталкиваться с ними напрямую, она продолжала функционировать, не будучи парализованной горем и виной. Таким образом, психическое сохранило способность к жизни и развитию. Однако возникла повторная травма — правда о смерти матери и правда о рождении. Нанесён двойной удар, и этот защитный механизм вскрыл всё содержимое изолированного аффекта.

Идентификация. Эстелла могла идентифицировать себя с материнской фигурой, стремясь воплотить в себе её качества и ценности. Это помогало ей чувствовать связь с матерью и продолжать её ремесло, уменьшая чувство вины. Идентификация присутствует и с другой сильной фигурой — известной в мире моды Баронессой. В этом образе Круэлла нашла недостающие и даже более подходящие элементы для дальнейшего развития своей Персоны.

Рационализация. Эстелла оправдывает свои поступки и решения, представляя их как логически обоснованные и необходимые в конкретной ситуации, как способ выживания, игнорируя моральные или этические аспекты (воровство, хулиганство). Круэлла

пытается убедить себя и окружающих, что устрашающее поведение или манипуляции — это всего лишь средства, которые она использует для достижения успеха в мире моды.

Проекция. Этот механизм позволяет Круэлле переносить свои негативные чувства или атрибуты на других персонажей или ситуации. Например, она может видеть в других людях те же черты, которые она не хочет признавать у себя, и в результате обвинять их в том, что она сама чувствует или делает. Она чувствует презрение к биологической матери, к её жестокости, безжалостности и подлости, при этом сама героиня является носителем этих качеств.

Сублимация. Этот механизм защиты предполагает перенаправление энергии или эмоций из негативного или бессознательного источника в конструктивные или социально приемлемые действия. Например, Эстелла использует свою творческую энергию в сфере моды, чтобы компенсировать или скрыть свои внутренние конфликты, страхи, боль. Круэлла же осознаёт силу этой энергии, умножает её до разрушительных масштабов, превращает в оружие и теряет над ней контроль.

Эти механизмы помогают героине сохранять свою психическую стабильность, однако препятствуют личностному развитию и здоровым отношениям с окружающими, так как она не может осознать их, а значит и преодолеть.

Травма и ретравматизация

Родная мать (как позже стало известно — Баронесса) отказалась от младенца в первые же дни после рождения, на стадии *экстремальной зависимости*¹ по Д. Винникотту. Ребёнка не убили, как того желала мать, а тайно передали на воспитание доброй девушке, служанке Баронессы, Кэтрин. Девочка росла талантливой, творческой, однако в её поведении проявлялось чрезмерное бунтарство и жестокость. Приёмная мать отдавала Эстелле тепло и доброту, прививала ей социальные нормы и правила. Вместе с тем, общество не принимало её

как есть, с непростым нравом и уникальной креативной энергией. Заслужить принятие и любовь означало для героини подавить в себе неприемлемые окружающими черты и импульсы, и вместе с этим — свою уникальность. Таким образом, бомба замедленного действия была заложена в личность ещё в младенчестве. Появление с первых дней жизни новой материнской фигуры, будущей фигуры привязанности, замедлило таймер часового механизма этого снаряда, но не остановило. Примитивные защиты смогли в дальнейшем справиться с потерей матери в школьном возрасте. А взрыв прогремел всё равно, спустя 10 лет.

С точки зрения психоанализа, травму, пережитую Эстеллой в раннем детстве из-за отвержения родной матерью, можно рассматривать как *травму первичного нарциссизма и нарушение объектных отношений*.

Первичный нарциссизм относится к раннему этапу развития, когда ребёнок сосредоточен на себе и своих потребностях. Для Винникотта первичный нарциссизм представлял собой эмоциональное состояние, в котором ребенок ощущает себя как единое целое со своим окружением, в основном с матерью. Он считал, что первичный нарциссизм формируется на ранних стадиях развития и представляет собой фундаментальное состояние, влияющее на все последующие отношения и самоощущение. Материнская любовь и забота играют ключевую роль в формировании базового чувства безопасности и самоуважения. Отвержение со стороны матери подрывает этот процесс, создавая глубокое чувство неполноценности и недостойности любви. Отказ от заботы воспринимается ребёнком как угроза существования Self², как страх быть уничтоженным. Защитные механизмы призваны справиться с этим чувством неполноценности, но после «взрыва бомбы» ретравматизирующих событий обнажились тёмные аспекты, такие как грандиозное чувство собственного достоинства или стремление к признанию и успеху, как способы компенсации внутренней пустоты.

¹ Стадии развития по Д. Винникотту: от 0 до 6 месяцев — стадия абсолютной (экстремальной) зависимости младенца; первая фаза персонализации.

² Структура «Я-САМ», ядро личности.

Согласно теориям *объектных отношений* Мелани Кляйн и Дональда Винникота, ранние отношения с матерью формируют шаблоны для всех последующих межличностных отношений. Отвержение матерью может привести к формированию негативных объектных отношений: недоверие к другим людям, страх отвержения и трудности в формировании устойчивых эмоциональных связей.

Эстелла могла испытывать внутренний конфликт между желанием близости и страхом повторного отвержения. Этот конфликт мог проявляться в её амбивалентных отношениях с окружающими и стремлении к контролю и власти как способу избежать боли отвержения.

В раннем детстве, когда мать отвергает ребёнка, это приводит к сильной тревоге и чувству небезопасности. Ребёнок разделяет свой внутренний мир на «хорошее» и «плохое»

и *интроецирует* эти категории. Эстелла могла идеализировать свою новую мать, одновременно бессознательно развивая негативные чувства к образу биологической матери. Этот *процесс разделения* создаёт основу для будущих внутренних конфликтов и изменений в личности. В состоянии первичного нарциссизма ребёнок либо испытывает страх перед «плохой матерью», либо тоскует по «хорошей матери». Винникотт считал такое состояние препятствием к раскрытию индивида.

Таким образом, травму, связанную с отвержением матерью младенца, можно описать как фундаментальное нарушение в развитии чувства доверия к миру, безопасности, самоуважения и способности к здоровым межличностным отношениям. Эти ранние травмы и конфликты могут пролить свет на дальнейшее развитие личности Эстеллы и пробуждение её альтер-эго — Круэллы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винникотт Д. Разговор с родителями. М.: Класс; 1995.
2. Кляйн М. Развитие одного ребенка. Ижевск: ИД ERGO; 2008.
3. Лакан Ж. Семинары. Пер. с фр. М.: Ad Marginem; 1990-е гг.
4. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни. М.: Республика; 1991.
5. Зедгенизова И.А. Лекции Академии интегральной психодинамической психотерапии.

Ключевые слова: нарциссическая травма, структура личности, психические регистры Лакана, механизмы защиты, трансформация.

ПЕРЕВОДЫ ЗАРУБЕЖНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

Групповая терапия в отделении неотложной психиатрической помощи с участием равного консультанта¹

Розария Ди Лоренцо², Джессика Д'Аморе³, Сара Аморетти⁴, Джессика Бонисоли⁴, Федерика Гуальтьери⁴, Илария Рагаццини⁴, Серджио Ровести⁵ и Паола Ферри⁵

Источник с полной версией статьи: Di Lorenzo R, D'Amore J, Amoretti S, Bonisoli J, Gualtieri F, Ragazzini I, Rovesti S, Ferri P. Group therapy with peer support provider participation in an acute psychiatric ward: 1-year analysis. Healthcare (Basel). 2023;11:2772. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202772>

Аннотация. (1) Предпосылки исследования: групповая психотерапия улучшает терапевтический процесс, способствует идентификации с другими и повышает осведомлённость о заболевании; (2) Методы: на 40 еженедельных групповых сессиях, проводимых в отделении неотложной психиатрической помощи в течение года, мы ретроспективно оценили участие стационарных пациентов, а также демографические и клинические переменные лиц, госпитализированных в отделение, тип группы согласно допущениям Биона, основные темы в нарративе, а также процессы ментализации, с использованием Шкалы приверженности групповой терапии и качества, основанной на ментализации (MBT-G-AQS); (3) Результаты: преобладала «рабочая» группа, а самой распространённой темой в нарративе были «Программы лечения»; статистически значимые корреляции были обнаружены между типами групп по Биону и основной темой нарратива (точный критерий Фишера, $p = 0,007$); в нашей множественной линейной регрессии общий показатель по шкале MBT-G-AQS (зависимая переменная) имел положительную корреляцию с количеством участников группы (коэф. = 14,87; $p = 0,011$) и отрицательную с количеством участников, выступающих в группах (коэф. = -16,87, $p = 0,025$); (4) Вывод: наше исследование предполагает, что группа демонстрирует устойчивые защитные механизмы, отношения, ментализацию и темы нарратива, что может способствовать терапевтической функции в отделении неотложной помощи.

Введение

В 1905 году Джозеф Пратт, врач-интернист в Бостонской городской больнице, признавая важность психологического компонента в соматических расстройствах, впервые ввёл групповую терапию для пациентов с туберкулёзом лёгких. Пратт сразу заметил пользу групповой терапии, которая повысила комплаенс участников и успех предпринятого лечения благодаря тому, что пациенты были

вовлечены в общий опыт проживания заболевания [1]. Самая старая модель групповой психотерапии прослеживается в практике Якоба Леви Морено, который в 1921 году разработал технологию групповой работы под названием «Психодрама» [2], до сих пор применяемую специалистами, которая корнями уходит в театр, психологию и социологию. Хотя данная техника применяется в групповом контексте,

¹ «Равное консультирование» или «поддержка равных» — помощь, оказываемая людьми, имеющими схожий жизненный опыт.

² Отделение по вопросам психического здоровья и наркомании, Местное управление по вопросам здравоохранения г. Модена, Модена, Италия; *автор-корреспондент.

³ Программа подготовки медсестёр, Университет Модены и Реджо-нель-Эмилии, Модена, Италия.

⁴ Школа специализации по психиатрии, Университет Модены и Реджо-нель-Эмилии, Модена, Италия.

⁵ Отделение биомедицинских, метаболических и нейронаук, Университет Модены и Реджо-нель-Эмилии, Модена, Италия.

фактически она фокусируется на особенностях каждого индивида в инсценировках и проигрывании реляционных ролей, связанных с важными для участника событиями или трудностями. Большинство из техник психодрамы, таких как обмен ролями, солилоквиий, дублирование или зеркало, используются для разыгрывания психологических конфликтов [3, 4].

Общим предшественником всех школ групповой терапии может считаться фрейдистская теория группы. Фрейд был первым, кто рассматривал группу как психологическую единицу, характеризующуюся механизмами идентификации между членами, способствующими привязанности к лидеру или общим идеалам или интересам. Глубокие и бессознательные процессы отношений в группе, однако, обязательно подразумевают потерю независимости и личностной идентичности каждого индивида в пределах группы [5].

В первой половине XX века большой вклад в развитие теории групповой терапии внесла английская психоаналитическая школа, выдвигая гипотезы о присутствии групповой динамики, которая позволяет группе функционировать как единый объект, который, в свою очередь, представляет собой нечто большее, чем сумма членов группы. Бронfenбрэннер стал первым автором, который начал использовать термин «групповая терапия» и продвигать концепцию «базовых допущений», которые представляют собой бессознательные фантазии, посредством которых каждый индивид спонтанно и бессознательно общается с другим участником в группе. Эти базовые допущения могут сформировать модальность группового общения, на основе чего были выделены следующие типы групп: «группа поиска пары», в которой есть магическая вера в то, что разрешение всех проблем является возможным через союз двух членов группы; «группа зависимости» (при которой все участники зависят от лидера, который может решить все проблемы); и «группа борьбы-бегства» (в которой участники группы идентифицируют врага, на которого нужно нападать или от которого необходимо бежать, чтобы сохранить дух группы). Кроме того, автор выделяет ещё

два типа групп: «рабочую группу», подразумевающую рациональное сотрудничество участников, обращённых к общей цели, и «дезорганизованную группу», в которой вербальное общение и эффективные отношения столь непоследовательно агрессивны и противоречивы, что основная модальность коммуникации не может быть идентифицирована [6, 7].

Групповая терапия в отделении неотложной психиатрической помощи

Отделение неотложной психиатрической помощи представляет собой предпочтительное место для лечения пациентов в экстренных психиатрических ситуациях, требующих госпитализации, и в наиболее тяжёлых случаях психиатрических состояний. Оно играет центральную роль в клинической и диагностической оценке, фармакологической терапии и координации с амбулаторными услугами. Госпитализированные пациенты в целом тяжело больны и как правило имеют очень тяжёлый анамнез социальных отношений [8]. Групповая терапия в отделении неотложной психиатрической помощи является крайне необходимой, но в равной степени ей пренебрегают и мало признают как неотъемлемую часть стационарного лечения, вероятно из-за ограниченной литературы по теме.

Пионером групповой терапии в отделении неотложной психиатрической помощи стал Ирвин Ялом, который впервые описал характеристики сеттинга и определил две основные трудности в управлении групповыми сессиями: быстрая смена участников из-за кратковременных госпитализаций, что делает состав группы крайне нестабильным; и гетерогенность стационарной психопатологии, которая неизбежно приводит к участию в группе пациентов в тяжёлых психиатрических состояниях, не очень заинтересованных в самоанализе и сосредоточенных только на отказе от госпитализации [8–10]. Он исследовал терапевтические факторы групповой терапии, выявив 12 «лечебных факторов», или «механизмов изменений, которые происходят благодаря внутреннему взаимодействию различных направляемых человеческих действий»: *альтруизм, сплочённость,*

универсальность, вклад и результат межличностного обучения, руководство, катарсис, идентификация, воспроизведение семейных ситуаций, самопонимание, внушение надежды и экзистенциальные факторы. В настоящее время они широко признаны в качестве основных механизмов групповой психотерапии [11, 12].

Другие факторы, влияющие на групповую терапию в отделении неотложной помощи, включают вариабельность лечения и среды, в которой живут субъекты, что позволяет предположить, что система отделения сложно устроена и оказывает большое влияние [13].

Некоторые авторы *целью групповой терапии в стационаре* определяют укрепление и развитие Эго и способности функционирования в отношениях [14, 15]. К другим целям относят: вовлечённость индивида в терапевтический процесс, развитие осведомлённости о способности помогать другим, участие в совместном общении как катарсическом механизме, уменьшение изоляции и снижение тревоги, вызванной госпитализацией [8, 9, 12, 15].

В отделениях неотложной психиатрической помощи стационарные пациенты рассматривают группу скорее как преимущество, нежели как дополнительную нагрузку, так как группа улучшает их восприятие реальности [9]; усиливает самоэффективность, то есть способность к успешному завершению задачи, такой как участие в групповом занятии до конца; и даёт возможность помогать и поддерживать других, что свидетельствует о пользе групповой терапии [12, 15, 16].

Согласно Ялому и другим авторам [9, 17], все эти цели достигаются в группе по принципу «здесь и сейчас», с учётом текущей ситуации участников независимо от причин их госпитализации, через приглашение участников общаться более чётко, более адекватно взаимодействовать с другими, выражать позитивные чувства, поддерживать, слушать и раскрываться [9, 17].

Групповая психотерапия в больнице радикально отличается от амбулаторных условий. В частности, больничная группа не имеет временных и пространственных условий для выявления основных межличностных проблем, а также для наблюдения за долгосрочным процессом

изменений. Групповой терапевт в больнице должен принять активную позицию, работать над тем, чтобы фасилитировать некоторые небольшие изменения внутри группы, используя технику «здесь и сейчас». Он выполняет важную функцию опекуна в регулировании влияния потенциально негативных внегрупповых факторов, таких как крайняя вариабельность пациентов, имеющая иногда место до их участия в группе, или обесценивание терапевтической группы в отделении, и обязан решать эти вопросы, чтобы они не распространялись внутри группы и не умаляли полученного участниками опыта [9, 13, 17, 18]. Метааналитический обзор показал, что положительные эффекты были обнаружены в группе стационарных пациентов с разной степенью эффективности при разных расстройствах [19].

Другие авторы [20] проанализировали групповое функционирование в рамках процессов ментализации [21], с помощью которых мы осмысливаем себя и других, явно и неявно, с точки зрения субъективных состояний и психических процессов [2]. Групповая терапия, основанная на ментализации (МВТ-G) выявляет в группе культурную систему норм (матриц), в рамках которой могут развернуться индивидуальные характеристики каждого участника, а важные для участника события могут стать объектом коллективной рефлексии [22]. По мнению Картеруда, цель МВТ-G терапии — улучшить способность участников ментализировать «в близких отношениях», и с этой целью группа фокусируется на «межличностных транзакциях», исследуя жизненные события участников [23, 24].

Равный консультант

Термин «равный консультант» (*peer support provider*, далее в тексте PSP) обозначает человека, который, имея опыт определенного расстройства и уже выздоровев, обучен делиться своим опытом с другими пациентами, страдающими подобными расстройствами, чтобы улучшить их осведомлённость о болезни и соблюдение лечения [25]. В поведенческом подходе к здоровью, термин «равный» применяется в отношении того, кто имеет опыт жизни с психиатрическим расстройством и/или зависимостью.

Цели исследования

Чтобы оценить сеансы групповой психотерапии, проводимые в отделении неотложной психиатрической помощи, мы проанализировали тип группы согласно базовым допущениям Биона, основные темы нарратива, процессы ментализации, соблюдение лечения и роль PSP в условиях данного сеттинга.

Ожидаемые результаты

Мы учитывали основные особенности лиц, госпитализированных в отделении неотложной помощи: острые психопатологические состояния, быстрая сменяемость участников из-за непродолжительной госпитализации, неоднородность стационарной психопатологии и диагностики, вариабельность психофармакологического лечения, а также приверженность лечению. Ввиду этих характеристик мы предположили, что в темах нарратива будут преобладать параноидальное содержание, подозрительность и странность; распространённость оппозиционных и дезорганизованных групп согласно классификации Биона; и что примерно 50% из стационарных пациентов, участвующих в групповой терапии, будут иметь сниженную способность к процессам ментализации.

Материалы и методы

Дизайн исследования, продолжительность и формат

Мы провели количественно-качественное ретроспективное исследование с фокусом на групповой психотерапии в Службе психиатрической диагностики и лечения (SPDC) в больнице общего профиля «OCSAE» в Баджоваре (г. Модена). Продолжительность — один год (с 1 июля 2021 года по 14 июня 2022 года), было проведено в общей сложности 40 сеансов групповой терапии.

Участниками групповых занятий были все субъекты, госпитализированные в SPDC и добровольно согласившиеся участвовать в групповой терапии, психиатр, один или два врача-ординатора по психиатрии, терапевт психиатрической реабилитации, одна или две медсестры, и PSP, который не работал в отделении, но присутствовал на всех групповых занятиях.

Групповые занятия проводились в отделении один раз в неделю, по возможности в один и тот же день (вторник) и длились 45 мин. Каждую сессию открывал психиатр, объявляя продолжительность сессии и цели терапии: конфронтация с психологическими проблемами и проблемами в отношениях, с которыми участники сталкивались до и/или в течение госпитализации и могли свободно их предлагать для обсуждения. В Италии, согласно Законам 180/78 и 833/78, отделение неотложной психиатрической помощи называется Службой психиатрической диагностики и лечения (SPDC), должно быть расположено в больнице общего профиля и может размещать максимум 15 стационарных пациентов в добровольном и принудительном порядке.

Количественный анализ

Мы собрали данные по переменным, связанным с участием в групповой терапии: число субъектов на каждом групповом занятии и число человек, госпитализированных в SPDC; число субъектов, которые уходили с групповой сессии до её окончания; число активных участников, вербально сообщающих свои мысли.

Учитывались следующие демографические и клинические переменные лиц, госпитализированных в отделение и участвовавших в групповой терапии: средний возраст; число женщин и мужчин; количество добровольных и недобровольных госпитализаций; психиатрические диагнозы согласно МКБ-9-КМ.

Качественный анализ

Качественный анализ вербального содержания, выраженного в ходе групповой психотерапии, проводился после каждой сессии терапевтами группы и состоял из двух частей:

1. Анализ режима функционирования терапевтической группы по классификации Биона [6]:

- «группа борьбы-бегства», или оппозиционная группа, возникает, когда участники группы объединяются против терапевтов, которых считают причиной своих состояний, рассматривают госпитализацию как лишение свободы,

проявляют недоверие к терапевтическим процессам и/или критикуют правила отделения;

- «группа зависимости», или психообразовательная группа, возникает, когда участники запрашивают информацию о здоровье (разъяснения по психиатрическим патологиям, продолжительности госпитализации, лекарственным препаратам и их побочным эффектам, критериям принудительной госпитализации, медицинскому лечению и т.д.), и их необходимо постоянно успокаивать и поддерживать, они показывают пассивное и незрелое поведение;
- «группа поиска пары», или группа психологического противостояния, характеризуется надеждой и ожиданием совместно выработать идеальное решение для текущих условий, которые они не в состоянии активно изменить;
- «дезорганизованная группа», участники которой, часто страдающие острым психиатрическим состоянием, не могут найти способ адекватной словесной коммуникации и выстраивать эффективные отношения с терапевтами и другими участниками, демонстрируют агрессивность, противоречивое и бессвязное поведение;
- «рабочая группа», в отличие от других групп базовых допущений, основана на хорошем сотрудничестве между участниками по теме или проблеме, которую необходимо решить, не вовлекаясь в сильные эмоции или деструктивные конфликты, что показывает способность участников к сотрудничеству и контролю своих эмоций.

2. Тематический анализ, связанный с тематическим ядром нарратива, проводился в 5 этапов с использованием индуктивного подхода: (1) знакомство с темой, (2) создание исходных кодов, (3) выделение основных тем, (4) качественный обзор основных тем, (5) определение и наименование финальных тем. Основные нарративные ядра были выявлены посредством тематического анализа [27]. Мы проводили анализ материала, записанного терапевтами во время сессий.

В целом тематический анализ проводился терапевтами, которые вели групповые сессии:

- Шаг 1. Знакомство с темой: мы приступили к аналитическому перечитыванию высказанных тем, знакомству с ними в целях выявления самых релевантных.
- Шаг 2. Создание исходных кодов: коды можно определить как своего рода метку или краткое изложение поднятых тем, которое создаётся путём интерпретации как смыслового, так и скрытого содержания. Исходные коды были следующими: внутренний/внешний, относящийся к внутренней или внешней среде отделения; недоверие к системе здравоохранения; клеймо психического заболевания; душевные страдания; восприятие течения времени; осведомлённость о заболевании; отношения «врач-пациент»; значимые межличностные отношения; регуляция эмоций; поиск ежедневных развлекательных мероприятий; параноидальные идеи; опыт госпитализации; соматизация и тревоги, связанные с телом.
- Шаг 3. Определение основных тем: тема определяется как значимая центральная концепция или идея, которая повторяется в различных предметах обсуждения. Выделение основных тем представляло собой активный процесс пересмотра исходных кодов, выявление областей сходства или совпадения между ними, выделение подтем и сведение вместе кодов, обладающих схожими характеристиками.
- Шаг 4. Обзор основных тем: темы были рассмотрены через призму их соотносённости со всеми остальными темами и их способности синтезировать наиболее актуальные и важные элементы, связанные с вопросом исследования.
- Шаг 5. Определение и наименование основных тем нарратива: любые возникающие ядра нарратива были отнесены к следующим 5 темам: межличностные отношения; процесс выздоровления; интроспективные переживания; параноидальные идеи; повседневная деятельность. На некоторых сессиях появилось несколько основных тем нарратива.

Поэтому мы сгруппировали несколько основных тем в три следующие: (А) программы лечения + межличностные отношения; (Б) программы лечения + интроспективный опыт; (В) межличностные отношения + интроспективный опыт. Наконец, мы собрали в общей сложности 8 основных тем.

Психометрический анализ ментализации

Уровень ментализации в группе измерялся с помощью Шкалы приверженности групповой терапии и качества, основанной на ментализации (MBT-G-AQS), которая оценивает 19 пунктов по частоте и качеству [27]:

1. Управление границами групп.
2. Регулирование этапов группы.
3. Инициирование и реализация поочередного высказывания.
4. Привлечение членов группы к ментализации внешних событий.
5. Выявление и ментализация событий в группе.
6. Забота о группе и каждом участнике.
7. Управляющий авторитет.
8. Стимулирование обсуждения групповых правил.
9. Сотрудничество между котерапевтами.
10. Вовлечённость, интерес и тепло.
11. Исследование, любопытство и позиция незнания.
12. Критическое рассмотрение необоснованных убеждений.
13. Регулирование эмоционального возбуждения.
14. Фиксирование хорошей ментализации.
15. Обращение с режимом притворства.
16. Обращение с психической эквивалентностью.
17. Фокус на эмоциях.
18. Остановка и пересмотр.
19. Фокус на отношениях между терапевтами и пациентами.

Пункты 6, 7, 10, 13 и 15 нуждаются только в качественной оценке.

Частота (оценка от 0 до 30) показывает, как часто терапевты упоминают ментализацию в процессе общения с пациентами на групповом занятии; качество (от 1 — очень плохое до 7 — отличное по семибальной шкале

Лайкерта; 0 — не применимо) указывает на уровень навыков и экспертизы терапевта в отношении умения обращаться с содержанием тем на групповой сессии. Общий показатель частоты и качества должен указывать на общее функционирование группы как базу для ментализации [27].

Статистический анализ

Все собранные данные были внесены в электронную базу данных и был осуществлён статистический анализ с использованием STATA2011.

Результаты

Количественный анализ

В указанном периоде с 1 июля 2021 года по 14 июня 2022 было госпитализировано 239 пациентов. Возраст госпитализированных пациентов варьировался от 14 до 78 лет. Мужчины и женщины были представлены поровну, с небольшим преобладанием мужчин ($n = 126$; 52,7%) над женщинами ($n = 113$; 47,3%). Более чем половина пациентов ($n = 122$; 51%) были добровольно госпитализированы, тогда как 40,2% ($n = 96$) были госпитализированы принудительно. Самый распространённый психиатрический диагноз по классификации МКБ-9-КМ был представлен расстройствами шизофренического спектра ($6,7 \pm 8,1$ SD), за которыми следуют биполярные расстройства ($2,4 \pm 1,2$ SD) и расстройства личности ($1,9 \pm 1,6$ SD). Средняя продолжительность госпитализации составила $11,2 \pm 2,1$ SD дней.

Качественный анализ согласно классификации допущений Биона

40 сессий были разделены согласно классификации допущений Биона на 5 типов терапевтических групп. Большинство из групповых сессии ($n = 24$; 60%) были представлены «рабочими» группами, в которых пациенты рационально конфронтуют друг друга в духе сотрудничества. Эти группы посещали в среднем 7,5 человек ($2,1$ SD), которые составляли более половины всех стационарных больных ($13,3$ $m \pm 1,9$ SD); почти все участники группы вербально общались в группе ($6 \pm 1,3$ SD), тогда как небольшое число участников покидало

группу до окончания сессий (среднее значение $0,4 \pm 0,7$ SD). «Группы борьбы-бегства» представляли 13% от всех сессий, при этом они отличались меньшим числом участников, говорящих в группе ($5,2 \pm 1,9$ SD), и намного большим числом участников, покидавших сессию до её завершения ($1,2 \pm 2,7$ SD). Ещё 13% групп представляли «дезорганизованную» модальность, в то время как как «группы зависимости» (8%) и «поиска пар» (8%) были наименее частыми.

Мы обнаружили статистически значимую положительную корреляцию (коэффициент Спирмена $\rho = 0,572$, $p = 0,0001$) между числом пациентов в отделении и числом пациентов, принимающих участие в групповой терапии. Аналогичным образом, число участников группы имело статистически значимую положительную корреляцию (коэффициент Спирмена $\rho = 0,571$, $p = 0,0001$) с числом участников, которые принимали активное участие в групповых сессиях.

Качественный анализ согласно основным темам нарратива

Из первоначальных 40 тем нарратива и 12 кодов мы вычислили пять основных нарративных ядер со следующей частотой встречаемости в 40 групповых занятиях: программы лечения (19/40; 47,5%), межличностные отношения (4/40; 10%), интроспективный опыт (4/40; 10%), параноидальные идеи (3/40; 7,5%) и функционирование в повседневной деятельности (2/40; 5%). В некоторых групповых сессиях было выделено более одного основного нарративного ядра: программы лечения и межличностные отношения (3/40; 7,5%), программы лечения и интроспективный опыт (3/40; 7,5%) и межличностные отношения и интроспективный опыт (1/40; 2,5%). Только на одной сессии было невозможно идентифицировать основную тему. Мы обнаружили статистически значимую корреляцию между типами групп и основной темой нарратива (точный критерий Фишера, $p = 0,007$): в «рабочих» группах наиболее распространенным ядром нарратива были «программы лечения», тогда как в группах «борьбы-бегства» самой частой темой были «параноидальные идеи».

Обсуждение

Наше исследование было сосредоточено на оценке терапевтических групп, проводимых в отделении неотложной психиатрической помощи, и осуществлялось посредством различных эпистемологических подходов: основные темы нарратива, тип группы, участие пациентов и оценка роли PSP в рамках данного сеттинга. Отделение неотложной психиатрической помощи, в котором работала терапевтическая группа, характеризуется преобладанием пациентов с серьезными психиатрическими расстройствами в острой фазе (большинство диагнозов — расстройства шизофренического спектра и биполярные расстройства), несоблюдением режима лечения примерно в 29% случаев принудительной госпитализации за период наблюдения, а также высокой текучестью пациентов из-за кратковременности госпитализации (средняя продолжительность госпитализации — 11,2 дней), что соотносится с данными, представленными в литературе [27, 28]. Как подчеркивал Ирвин Ялом [9], такая обстановка, характеризующаяся неотложностью, тяжестью, гетерогенностью психиатрической патологии и вариабельностью течения психофармакологического лечения, так же как и несоблюдением режима лечения, сама по себе не может благоприятствовать внедрению групповой психотерапии, при которой непрерывность сеттинга и добровольное участие в психотерапевтической группе являются необходимыми условиями. Мы можем выдвинуть гипотезу, что в нашем отделении непрерывность групповой терапии была гарантирована не только заранее установленным графиком и местом, но и регулярным присутствием PSP [29], который, поддерживая так называемую групповую память и действуя как клей снаружи, предлагал участникам группы модель эмпатической идентификации. Роль PSP заключалась в том, что он должен был делиться с группой своим опытом, связанным с психическим расстройством и отношениями между пациентом и терапевтом, чтобы помочь пациентам уменьшить тревогу и чувство беспомощности по отношению к их болезни [30].

Наше исследование позволило нам оценить терапевтическую группу с помощью

различных эпистемологических модальностей её интерпретации, классификации и определения: классификация Биона, основанная на базовых допущениях, темы нарратива, которые анализируются в соответствии с терапевтическими факторами по Ялому, а также процессы ментализации, применимые к групповой деятельности, по Фонаги и Эллисон [22].

Мы классифицировали типологии групп в соответствии с основными допущениями Биона. В нашем исследовании преобладающей типологией была «рабочая группа», которая предполагает рациональный смысл групповой деятельности, что можно интерпретировать как попытку профессионалов преодолеть регрессивное поведение стационарных пациентов и в то же время избежать затапливающего эмоционального содержания, что в свою очередь позволяет более беспристрастно организовать переживания пациентов. Наше исследование подтверждает выводы предыдущих исследований, которые проводились в условиях аналогичного сеттинга и в которых, несмотря на переполненность палат и отказ от медицинской помощи, модальность «рабочей» группы была преобладающей [31].

Число пациентов, прерывавших групповые занятия, косвенно подчеркнуло слабую сплочённость группы и соответствовало типологии групп; большее число пациентов прерывали групповые занятия в группах «борьбы-бегства», характеризующихся параноидальными идеями и противоречивыми взглядами, тогда как меньшее число субъектов решали покинуть «рабочие» группы.

Выявлена корреляция между типом группы по признаку базовых допущений и основному нарративному ядру: в группах «борьбы-бегства» преобладали параноидальные идеи; «рабочие» группы характеризовались обсуждением программ лечения; в группах «зависимости» преимущественно обсуждался интроспективный опыт, а в группах «поиска пар» были зафиксированы темы межличностных отношений. В дезорганизованных группах присутствовали смешанные темы в фрагментированном формате [6].

Результаты нашего исследования показывают, что базовые допущения («борьба-бегство», «зависимость», «поиск пары» и т.д.) в группо-

вых сессиях затрудняют процессы развития, по аналогии с защитными механизмами пациента в индивидуальной терапии.

Число пациентов, покинувших групповые занятия до завершения сессии, косвенно отражает степень сплочённости группы и согласуется с типологией групп. Фактически, большее число пациентов выходило из групп «борьбы-бегства», что свидетельствует об абсолютном отсутствии приверженности группе данного допущения. В исследованиях самоотчётов о терапевтических факторах по Ялому «сплочённость» считается основным фактором, облегчающим действие других терапевтических факторов [29]. Более поздние авторы подтвердили, что «сплочённость» может представлять собой один из преобладающих терапевтических факторов в группе [18, 32, 33].

Мы сравнили основные темы нарратива, обнаруженные в наших группах, и одиннадцать терапевтических факторов, идентифицированных Яломом. В частности, мы предполагаем, что такие факторы, как «внушение надежды» и «источник информации», могут пересекаться с выявленной нами темой нарратива «маршрут лечения», поскольку он включает в себя как планирование будущего, так и разъяснения относительно госпитализации и психопатологических симптомов. [9].

Общие баллы по шкале MBT-G-AQS предполагают, что терапевты в достаточной мере стимулировали участников группы исследовать своё психическое состояние, и что функционирование группы хорошо регулировалось, особенно в части содействия ментализации процессов. Сходным образом, общий показатель качества по шкале MBT-G-AQS предполагает адекватное обращение терапевтов с содержанием тем. Мы обнаружили положительную корреляцию при множественной линейной регрессии между общим баллом по частоте повторений согласно шкале MBT-G-AQS и числом участвующих пациентов, что, в соответствии с конструктом самой шкалы, предполагает, что увеличение числа участников группы увеличивает необходимость повторения правил группы, касающихся границ, норм, очередности и т.д. в терапевтическом контексте. Мы также нашли отрицательную корреляцию между

повторением элементов и числом пациентов, активно участвующих в группах, что указывает на то, что чем больше субъектов активно участвуют в групповой терапии, тем меньше необходимость в повторении правил группы.

Ограничения и преимущества исследования

Среди ограничений можно перечислить малую выборку (40 сессий), отсутствие полного текста записи всех встреч, субъективный характер качественных данных (тип группы, основные нарративные ядра), что снижает достоверность причинного вывода, а также указывает на моноцентрический характер исследования, ограничивающий его обобщение. Кроме того, отсутствие индикаторов эффективности терапии в больнице может представлять ещё одно ограничение, которое требует дополнительных исследований. Более того, отсутствовала контрольная группа без поддержки равного консультанта, что могло бы пролить свет на роль данной фигуры в поддержании стабильности группы и непрерывности группового сеттинга.

Среди преимуществ мы можем отметить исследование групповой терапии в условиях неотложного больничного лечения; оценку роли PSP в группах отделения неотложной психиатрической помощи; сравнение разных подходов к определению, интерпретации и классификации терапевтической групповой работы, тем нарратива и механизмов ментализации.

Выводы

Наше исследование было посвящено анализу групповой динамики через призму различ-

ных эпистемологических линз интерпретаций, классификаций и определений, которые позволили нам экстраполировать последовательные корреляции между ними, предполагающие, что группа может представлять собой уникальный организм с точки зрения защитных механизмов, отношений, процессов ментализации и поднимаемых тем нарратива, согласующихся друг с другом.

Учитывая особенности контекста оказания неотложной помощи в условиях больницы, мы ожидали большего количества сессий, в которых будут доминировать группы базовых допущений по Биону, настоящие защиты и бессознательное сопротивление группы лечению. Напротив, результаты этого исследования показывают, что преобладающей стала «рабочая» группа, предположительно указывая на терапевтическую ценность групповых занятий даже в условиях больницы. Мы предполагаем, что участие PSP также могло способствовать регулярной групповой деятельности в неотложных ситуациях, как фигуры, выступающей посредником между участниками группы и внешним миром, и в то же время поддерживающей так называемую память групповых сессий.

Наше исследование подтверждает, что групповая терапия, которая в отделениях неотложной психиатрической помощи часто игнорируется и редко признаётся как неотъемлемая часть ухода, может быть чрезвычайно полезным мероприятием по интеграции индивидуального психофармакологического и психотерапевтического лечения с целью развития процессов ментализации событий внутри группы и вне её, а также с целью развития межличностных и адаптационных навыков пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cunningham, J.; Strassberg, D.; Roback, H. Group Psychotherapy for Medical Patients. *Compr. Psychiatry* 1978, 19, 135–140.
2. Daubney, M.; Bateman, A. Mentalization-Based Therapy (MBT): An Overview. *Australas. Psychiatry* 2015, 23, 132–135.
3. Cruz, A.; Sales, C.M.D.; Alves, P.; Moita, G. The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A Systematic Review of Literature. *Front. Psychol.* 2018, 9, 1263.
4. Ron, Y. Psychodrama's Role in Alleviating Acute Distress: A Case Study of an Open Therapy Group in a Psychiatric Inpatient Ward. *Front. Psychol.* 2018, 9, 2075.

5. Scheidlinger, S. Freudian Group Psychology and Group Psychotherapy. *Am. J. Orthopsychiatry* 1952, 22, 710–717.
6. Bion, W.R. *Experiences in Groups, and Other Papers*; Routledge: London, UK, 1989; ISBN 978-0-415-04020-4.
7. Neri, C.; Bernabei, M.; Fadda, P.; Neri, C. Alcune Osservazioni su Gruppo di Lavoro e Assunti di Base. [Observations on Work Group and on Group with Basic Assumptions]. In *Lecture Bioniane*, 1st ed.; Borla: Roma, Italy, 1987; pp. 297–304.
8. Di Muro, R.; Sancini, M.; Aurigemma, C. Psicoterapia di Gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. L'Esperienza di Rimini. [Group Therapy in Service of Psychiatric Diagnosis and Care. The Experience in Rimini]. Available online: <http://www.bleger.org/psicoterapia-di-gruppo-nel-servizio-psichiatrico-di-diagnosi-e-cura-esperienza-di-rimini/> (accessed on 1 July 2023).
9. Yalom, I.D. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 3rd ed.; Basic Books: New York, NY, USA, 1985; ISBN 978-0-465-08447-0.
10. Leszcz, M.; Yalom, I.D.; Norden, M. The Value of Inpatient Group Psychotherapy: Patients' Perceptions. *Int. J. Group Psychother.* 1985, 35, 411–435.
11. Harris, L.; Lechevallier, Z.; Buhagiar, K. A Qualitative Study of Service User Non-engagement in Psychological Therapy Groups on Acute Mental Health Wards. *Couns. Psychother. Res.* 2021, 21, 370–381.
12. Sánchez Morales, L.; Eiroa-Orosa, F.J.; Valls Llagostera, C.; González Pérez, A.; Alberich, C. From Feelings of Imprisonment to Group Cohesion: A Qualitative Analysis of Group Analytic Psychotherapy with Dual Diagnosed Patients Admitted to an Acute Inpatient Psychiatric Unit. *Psychother. Res.* 2018, 28, 433–445.
13. Yalom, I.D.; Leszcz, M. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 6th ed.; Basic Books: New York, NY, USA, 2020; ISBN 978-1-5416-1757-5.
14. Kapur, N.; Ibrahim, S.; While, D.; Baird, A.; Rodway, C.; Hunt, I.M.; Windfuhr, K.; Moreton, A.; Shaw, J.; Appleby, L. Mental Health Service Changes, Organisational Factors, and Patient Suicide in England in 1997–2012: A before-and-after Study. *Lancet Psychiatry* 2016, 3, 526–534.
15. Rutan, J.S. Reasons for Suggesting Group Psychotherapy to Patients. *Am. J. Psychother.* 2021, 74, 67–70.
16. Emond, S.; Rasmussen, B. The Status of Psychiatric Inpatient Group Therapy: Past, Present, and Future. *Soc. Work Groups* 2012, 35, 68–91.
17. Ngooi, B.X.; Wong, S.R.; Chen, J.D.; Yin Koh, V.S. Exploring the Use of Activity-Based Group Therapy in Increasing Self-Efficacy and Subjective Well-Being in Acute Mental Health. *Hong Kong J. Occup. Ther.* 2022, 35, 52–61.
18. Clough, B.; Spriggins, L.; Stainer, M.; Casey, L. Working Together: An Investigation of the Impact of Working Alliance and Cohesion on Group Psychotherapy Attendance. *Psychol. Psychother. Theory Res. Pract.* 2022, 95, 79–97.
19. Hajek, K. Interpersonal Group Therapy on Acute Inpatient Wards. *Groupwork* 2007, 17, 7–19.
20. Kösters, M.; Burlingame, G.M.; Nachtigall, C.; Strauss, B. A Meta-Analytic Review of the Effectiveness of Inpatient Group Psychotherapy. *Group Dyn. Theory Res. Pract.* 2006, 10, 146–163.
21. Bateman, A.; Fonagy, P. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, 2nd ed.; American Psychiatric Association Publishing: Washington, DC, USA, 2019; ISBN 978-1-61537-140-2.
22. Fonagy, P.; Allison, E. The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. *Psychotherapy* 2014, 51, 372–380.
23. Karterud, S. *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G): A Theoretical, Clinical, and Research Manual*; Oxford University Press: Oxford, UK, 2015; ISBN 978-0-19-875374-2.
24. Karterud, S.; Pedersen, G.; Engen, M.; Johansen, M.S.; Johansson, P.N.; Schlüter, C.; Urnes, Ø.; Wilberg, T.; Bateman, A.W. The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): Development, Structure and Reliability. *Psychother. Res.* 2013, 23, 705–717.
25. Mutschler, C.; Bellamy, C.; Davidson, L.; Lichtenstein, S.; Kidd, S. Implementation of Peer Support in Mental Health Services: A Systematic Review of the Literature. *Psychol. Serv.* 2022, 19, 360–374.

26. Carugati, C.M. Gli Esperti Supporto Tra Pari: Dall' Esperienza Personale ad Una Futura Professione. [The Experts Peer Support: From Personal Experience to a Future Profession]. Available online: <https://www.centropsicologiamonza.it/psicoterapia/gli-esperti-supporto-tra-pari/> (accessed on 1 July 2023).
27. Folmo, E.J.; Karterud, S.W.; Bremer, K.; Walther, K.L.; Kvarstein, E.H.; Pedersen, G.A.F. The Design of the MBT-G Adherence and Quality Scale. *Scand. J. Psychol.* 2017, 58, 341–349.
28. Di Lorenzo, R.; Montardi, G.; Panza, L.; Del Giovane, C.; Saraceni, S.; Rovesti, S.; Ferri, P. Retrospective Analysis of Factors Associated with Long-Stay Hospitalizations in an Acute Psychiatric Ward. *Risk Manag. Healthc. Policy* 2020, 13, 433–442.
29. Bello, F.; Mei, A. Gruppo e Dimensioni Gruppali in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. [Group Therapy and Dynamics in One Service of Psychiatric Diagnosis and Care]. Available online: <https://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/2022/11/dimensioni-gruppali.pdf> (accessed on 1 July 2023).
30. Ferrari, P. Chi è e Come si Diventa Esperto in Supporto fra Pari. [Who is Peer Support Expert and How to Become a Peer Support Expert]. Available online: <https://180gradi.org/salute-mentale/180gradi/lesp-esperto-in-supporto-fra-pari> (accessed on 1 July 2023).
31. Di Lorenzo, R.; Paguni, R. Modalità di Espressione e di Funzionamento del Gruppo Terapeutico in un Presidio Psichiatrico di Diagnosi E Cura. [Different Expression and Functioning of a Psychotherapeutic Group in a Psychiatric Ward for Acute Patients]. *Psichiatr. Psicoter.* 2005, 24, 216–230.
32. Bernard, H.; Burlingame, G.; Flores, P.; Greene, L.; Joyce, A.; Kobos, J.C.; Leszcz, M.; MacNair-Semands, R.R.; Piper, W.E.; McEaney, A.M.S.; et al. Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 2008, 58, 455–542.
33. Landi, G.; Simoni, E.; Landi, I.; Galeazzi, G.M.; Moscara, M.; Pighi, M.; Ferri, P.; Di Lorenzo, R. Therapeutic Factors in a Psychiatric Group Therapy: A Preliminary Validation of Therapeutic Factors Inventory-8, Italian Version. *Psichiatr. Q.* 2021, 92, 523–536.

Ключевые слова: групповая психотерапия, отделение неотложной психиатрической помощи, допущения Биона, терапевтические факторы, процессы ментализации.

VI Международнй конгресс «КЕЙС-СТАДИ В ПСИХОТЕРАПИИ»

25–26 апреля 2026 г. в Белграде и онлайн

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕГРАЦИЯ: НОВАЯ ПАРАДИГМА В ПСИХОТЕРАПИИ

Регистрация:
aipp.education/congress-2026

АИПП
АКАДЕМИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ
ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ

ISIDA
INSTITUT ZA PSIHOTERAPIJU
I MENTALNO ZDRAVLJE

PLK CENTAR
KONSTRUKTIVISTICKA PSIHOTERAPIJA

škola za integrativnu grupnu analizu
KINONIA-ART

TACCentar