

ДИСКУССИЯ

DOI: <https://doi.org/10.56478/taruj20233147-53>

Дискуссия в ТА: Личностные адаптации – «за» и «против»

Аннотация. Часть дискуссии Шустова Дмитрия Ивановича и Марка Виддоусона о плюсах и минусах теории адаптаций в Транзактном Анализе.

Ключевые слова: адаптация, теория адаптаций, дискуссия, диагностика, личностные адаптации.

Александра Оганезовна МХИТАРЯН

Место работы: психолог, частная практика;
Москва, Россия; sasha.mkhitaryan@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8687-7174,
Researcher ID: AAG-2854-2022



Alexandra Oganezovna MKHITARYAN

Place of work: psychologist, private practice;
Moscow, Russia; sasha.mkhitaryan@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8687-7174,
Researcher ID: AAG-2854-2022

DISCUSSION

DOI: <https://doi.org/10.56478/taruj20233147-53>

TA Discussion: Pros and Cons of the Theory of Personality Adaptations

Abstract. A part of the discussion of Shustov D.I. and Mark Widdowson about pros and cons of adaptations theory in TA.

Keywords: adaptations, theory of adaptations, discussion, diagnosis, personality adaptations.

Этот материал появился в нашем журнале благодаря Анастасии Бородкиной (<https://borodkina.com>) и её проекту «Дискуссии ТА». В рамках этого проекта в 2020 году состоялся разговор двух учителей Транзактного Анализа о широко обсуждаемой в нём теме – концепции личностных адаптаций.

Дмитрий Шустов: Концепция личностных адаптаций вызывает критику, потому что личностная адаптация – это гораздо больше, чем акцентуации. Личностная адаптация – это организация личности, строй личности. И личностная адаптация накладывает свои особенности на:

- невротические расстройства;
- личностные расстройства;
- психотические расстройства.

Личностная адаптация проходит красной нитью через все виды психических расстройств.

Существует шесть основных личностных адаптаций, которые формируются людьми благодаря

генетическому программированию и значимым событиям в детстве. Эти адаптации универсальны, в том смысле, что каждый человек обладает определённым набором личностных адаптаций. У каждого человека есть одна адаптация для выживания и одна – для одобрения или приспособления. Адаптация для выживания формируется тогда, когда человеку необходимо позаботиться о себе в случае потери доверия к своему окружению. Адаптация для одобрения формируется для того, чтобы оправдать ожидания членов семьи.

Знание личностных адаптаций может способствовать более быстрому пониманию между терапевтом-консультантом и клиентом, планированию ими эффективных стратегий на изменение, а также преодолению защитных механизмов клиента.

Вэнн Джоинс и Иан Стюарт, предлагая эту концепцию, выделяют восемь позиций том, что личностные адаптации помогают нам понять о клиенте:

1. Как человек взаимодействует с другими людьми в социальных ситуациях;

СПРАВКА «ТА В РОССИИ»

**Дмитрий ШУСТОВ**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Рязанского госмедуниверситета МЗ РФ, сертифицированный психотерапевт, психиатр, психиатр-нарколог, сертифицированный Супервизирующий и Обучающий транзактный аналитик в области психотерапии TSTA(P), член Европейской Ассоциации Транзактного Анализа (EATA), член Президиума Российского Общества Психиатров, эксперт Российской Академии Наук.

2. Как он решает проблемы – проактивно или реактивно;
3. На какой коммуникативный стиль человек скорее всего ответит – директивный, запрашивающий, заботливый, эмоциональный;
4. Предпочитаемая область первоначального контакта – мышление, чувства или поведение;
5. Как перемещаться из одной области в другую для поддержания контакта и достижения оптимальных результатов в терапии;
6. Типичные жизненные паттерны, которые человек проигрывает в своей жизни, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. В данном случае речь идёт о сценариях;
7. Основные жизненные проблемы, которые возникают в процессе личностных изменений;
8. Как вы можете наиболее эффективно работать с клиентами, чтобы помочь им достигнуть желаемых изменений.

Это набор выступает как аргумент «за» то, что личностные адаптации действительно очень полезны нам как терапевтам и консультантам.

Существуют адаптации выживания, их три:

- шизоидная адаптация, или «Творческие мечтатели»;
- параноидная – «Блестящие скептики»;
- антисоциальная – «Очаровательные манипуляторы».

И адаптации приспособления:

- истерическая – «Сверхреагирующие энтузиасты»;
- обсессивно-компульсивная – «Ответственные работоголики»;
- пассивно-агрессивная – «Игривые сопротивленцы».

При этом адаптация – это не патология, наоборот, это сильные черты человека.

Неотъемлемая часть – это концепция «дверей терапии». Поль Вар считал, что у каждой адаптации есть «открытая дверь», дверь для контакта; есть «закрытая дверь», или «дверь-ловушка», где наблюдаются наибольшие проблемы. И «дверь-цель», куда нужно двигаться из «открытой двери», чтобы попасть в «дверь-ловушку», «закрытую дверь». И, конечно, это не только эмпирические догадки Поля Вара, но и результат изучения литературы, и итог какого-либо научного исследования.

Критика концепции личностных адаптаций идёт по нескольким линиям. Во-первых, критикуется то, что она не сводится исключительно к личностной парадигме, а претендует на то, чтобы объяснять, в том числе, и психотические расстройства.

Марк расскажите, в чём вы видите недостаточность этой концепции?

Марк Уиддоусон: Окей. Очень было интересно услышать такое короткое резюме от Дмитрия. Прежде чем мы начнём, я бы хотел сказать, что я действительно понимаю модель личностных адаптаций. Иан Стюарт был моим главным учителем в ТА. И я проходил 14-дневный тренинг по модели личностных адаптаций. Потом, в течение пяти лет примерно, это была, наверное, центральная концепция в моей практике. Но дальше я стал «правильно» смотреть на свою работу. Я стал переслушивать плёнки и старался услышать в точности, что именно я делаю. И я осознал, что самыми лучшими сессиями были те, где я не использовал концепцию личностных адаптаций.

И потом однажды я попал на групповую супервизию. Кто-то из присутствующих проигрывал

Александра Оганезовна МХИТАРЯН
Дискуссия в ТА: Личностные адаптации – «за» и «против»

свою плёнку, запись первой сессии с клиентом. И он описал клиента как человека с очень интенсивным процессом «Будь сильным». На основании этого они сделали диагностику и поставили этому пациенту диагноз – шизоидный. И в течение последующих недель я всё больше и больше беспокоился. И так получилось, что терапевт стал видеть этого клиента исключительно как шизоидного, обесценивая все остальные свидетельства и признаки. То есть он уже был нацелен на получение подтверждения своему диагнозу.

Позвольте я объясню. Клиент был мужчиной, он был в депрессии, и он также был британцем. У всех британцев есть драйвер «Будь сильным». Но при этом я могу поклясться: мы не все шизоиды. И чем больше он выходил из депрессии, тем меньше драйвера «Будь сильным» у него проявлялось. И это выглядело так, как будто его личность менялась в течение нескольких следующих недель, но на самом деле нет. И в этот момент я осознал, что модель личностных адаптаций может быть достаточно опасной. Она предлагает терапевту что-то вроде лёгкой награды. Окей, мы ищем один-два драйвера, и потом у нас сразу же почти готова диагностика, почти завершён общий портрет и взгляд на клиента.

И, конечно, терапевтам это нравится, потому что облегчает сессию, снимает тревогу. Но с течением лет я понял, что всё, что снижает мою тревогу на сессии, чаще всего оказывается плохой идеей. Как только я решаю, что у меня есть полный ответ, вероятно, в этот момент это ошибка, и я не прав. В этот момент создаётся иллюзия касательно диагноза, диагностики, которая может оказаться неправильной. Это также очень сужает взгляд, видение, которое даёт такая диагностика. В моём понимании она должна быть всеобъемлющей.

И я также думаю, что в самой модели уже есть несколько встроенных проблем. В первую очередь то, что она основана на диагностике и статистике DSM-3. А мы уже используем DSM-5. То есть модель базируется на модели диагностики, которой уже 30 лет и которая дискредитировала себя. И когда я это говорю, мне очень хочется каждого ТА-шника взять вот так за грудки и потрясти. Этой теории уже более 30-ти лет. И вся модель уже научно опровергнута. И такая категоричная модель личностной диагностики, где мы людей распределяем по таким категориям, сам вообще этот способ диагностики подвергался серьёзной критике, потому что ему не хватает научной обоснованности.

И комитеты по DSM старались отменить ту систему диагностики, которую пропагандировала система DSM-3 изначально, например, ту, которая

использовалась раньше. И они говорят о том, что эмпирически и научно доказано существование только пяти типов. И интересно, что истероиды, истерический, параноидный и шизоидный не включены в этот список. То есть мы используем модели, для которых не существует научных объяснений.

СПРАВКА «ТА В РОССИИ»

**Марк ВИДДОУСОН***

PhD, MSc, ECP, TSTA, PG Cert (TLHE), FHEA, старший преподаватель в области консультирования и психотерапии в Университете Сэлфорд, Великобритания, психотерапевт и супервизор Британского совета по психотерапии, член Академии высшего образования, корпоративный лидер в области общественного управления, руководитель программы по практике в консультировании пар в Школе здоровья и общества Университета Сэлфорд, Великобритания.

Доктор Виддоусон защитил степень магистра по психотерапии в области Транзактного Анализа в Университете Миддлсекс (2003) и докторскую диссертацию по психотерапии — в Университете Лейчестер (2013).

* В разных переводах на русский язык встречаются также написания, отличные от предложенного автором, – Уиддоусон.

И я задаю себе вопрос: что мы все делаем в ТА-сообществе, когда используем модель, которая наукой и научным сообществом не подтверждена? И я думаю, что мы очень рискуем и дискредитируем себя, и мы можем показаться научному сообществу, скажем, сумасшедшими такими, не очень серьёзными. Нам нужно успевать за временем.

И я бы ещё сейчас сказал, более конкретно, о том, к чему у меня есть критические замечания в этой модели. Эта модель говорит о пяти драйверах. И эти драйверы про то, как быть условно «окейным». Если мы посмотрим на определение и происхождение драйвера, все драйверы являются попыткой ребёнка, детским способом приспособиться к родительским требованиям, быть принятым родителями. То есть, логически, все драйверы выходят из намерения радовать. Так что они являются производными только одного-единственного драйвера – «Радуй других».

Если мы посмотрим на это таким образом, то тогда теория драйверов теряет всю свою диагностическую силу и власть. И различия в поведении представляются не такими важными, если в основе лежит только одна-единственная вещь. Я думаю, что наша система диагностики должна быть более точной. Я вскоре об этом скажу более подробно.

Я также думаю, что наши планы лечения должны быть более точными. Нам необходимо создавать их индивидуально для каждого клиента. Я думаю, что теория личностных адаптаций очень поощряет лень в терапевте. Потому что для вас уже этот план лечения заранее предусмотрен. Но заранее прописанный план лечения не работает. И то, что мы делаем в работе, на имеет ничего общего с теорией личностных адаптаций.

Ещё один момент – это «двери», о которых говорил Поль Вар. Это, наверное, одна из теорий ТА, которую я ненавижу больше всего. Причина, по которой я её не люблю, – это то, что она не работает. Опять же, она очень соблазнительная, очень многообещающая, и многие терапевты её любят. Но она не работает. Почему? Потому что базовая наука о мозге нам это говорит. Согласно научным данным, чувства – это всегда открытая дверь для кого угодно. Наш мозг отвечает эмоциональными реакциями прежде, чем мы можем подумать, прежде, чем мы начинаем действовать. Это едино для всех, потому что так организована работа мозга. Если мы это примем, то мы поймём, что эта последовательность Поля Вара не работает.

Она также опирается на то, что мышление, чувства и поведение аккуратно и раздельно упакованы. В реальности мы все оперируем всеми тремя постоянно, одновременно, непрерывно. Вы може-

те сказать, конечно: «Нет, чувства для этого клиента – это вот «дверь-ловушка», она закрыта, не ходите туда, у него чувств нет, поэтому не обращайтесь к ним, не говорите с ним о чувствах». И, конечно, это ерунда, потому что клиент, конечно же, что-то чувствует.

Когда мы говорим, что клиент не чувствует, мы имеем в виду, что он не чувствует определённые, конкретные чувства. Для всех людей есть диапазон эмоций, которые разрешены, и диапазон эмоций, которые запрещены. И сгруппировать все эмоции в одну группу «чувства» – это неправильно, потому что здесь не хватает точности.

Что я предлагаю в качестве альтернативы? Чтобы терапевт продолжал постоянно наблюдать за клиентом. И чтобы мы спрашивали себя: каких чувств клиент избегает прямо сейчас? Как я работаю: я задаю себе вопрос: «Каких чувств, какого мышления и какого поведения клиент избегает прямо сейчас?». Если мы обнаружим, чего избегает клиент, то мы обнаружим для него, вернее, мы найдём его растущим, меняющимся и вовлечённым в терапию. И мы можем постепенно расширить тот диапазон эмоций, которые клиент способен испытывать.

Итак, что работает и помогает – это когда вы следуете за клиентом. Что не работает – это поместить клиента в определённую, заранее обозначенную, неживую последовательность. Я думаю, что использовать концепцию «дверей» в терапии – пустая трата времени. И терапевту надо просто забыть обо всех этих подготовленных идеях и сфокусироваться на живом, реальном клиенте, который сидит перед нами.

Ещё одна идея, которую я предлагаю, – недавно разработанную в DSM-5 альтернативную модель. Она базируется на анализе индивидуальных черт личности, которые есть у каждого человека. Я начал использовать эту модель. Так как я за точную диагностику, то для меня эта модель предоставляет отличную возможность её провести для каждого отдельного человека.

Я думаю, что модель личностных адаптаций очень соблазнительна. Она обещает терапевту многие богатства и дары. Но в реальности не даёт ничего. Вы можете развиваться при этом, не используя чересчур сложную модель. И я слышал, что вы все читали статью Кита Тюдора, но я считаю, что, как терапевты, вы больше выиграете, если перестанете использовать эту теорию.

Я думаю, что на данный момент критики достаточно с моей стороны. И мне очень-очень интересно, что Дмитрий может сказать.

Дмитрий Шустов: Мне, во-первых, очень понравилось то, что сказал Марк. У меня пока не было опыта услышать столько достаточно аргументированной критики в адрес адаптаций, и я думаю, что всем это полезно. И со своей стороны, я бы мог добавить ещё в эту копилку, но моя роль – защитника. Моя роль говорить «за» личностные адаптации. И вот то, что мне особенно бросилось в глаза, и с чем я не могу согласиться в этой критике, так то, что терапевт должен следовать за клиентом. Есть такой анекдот, может быть, вы слышали его. Терапевт работал с суицидальным клиентом, и клиент сказал, что сейчас он совершит самоубийство. И после этого он встал и выбросился в окно. И терапевт последовал за ним.

Марк Уиддоусон: Я понимаю, Дмитрий, о чём вы здесь. И это очень важное замечание. То, о чём вы говорите, это острые, кризисные ситуации. И вы абсолютно правы в том, что, например, с суицидальными клиентами для пассивности терапевта просто нет места. Я понимаю, что вы как терапевт прекрасно знаете, что с некоторыми клиентами нужно предпринимать очень решительные шаги и действия. И я абсолютно в этом с вами согласен. Но я думаю, что когда терапевт находится в подобной ситуации, то в теории личностных адаптаций нет ничего конструктивного, что она могла бы предложить.

И, как ни странно, я сейчас скажу что-то, очень сильно противоречащее этому. А именно, что принцип «закрытия аварийных люков» – увеличивает, а не уменьшает риск. Может быть, позже мы сможем это в больших подробностях обсудить. Но я, Дмитрий, абсолютно согласен с вами, что существуют определённые моменты, когда мы должны быть очень-очень структурированными. Думаю, что это те случаи, когда клиент опасен сам для себя или для других людей, и тогда нам нужно быть активными, нам надо предпринимать действия. И я думаю, что тот способ, которым мы действуем в таких ситуациях, не имеет ничего общего с личностными адаптациями.

Что я слышу, что вы говорите, Дмитрий, мне это очень нравится – то, что терапевту надо научиться и знать, когда держаться за теорию, а когда отпустить её. И та определяющая вещь в этой ситуации, на которую надо ориентироваться, – это всегда безопасность клиента.

Я, например, думаю о женщине, которую я на прошлой неделе принимал, это была первая встреча. Её муж умер несколько недель назад. Она пришла ко мне в кабинет и проплакала целый час. У меня нет никакой теории, которую я мог бы использовать прямо сейчас, чтобы помочь этой женщине. Всё, что мне нужно делать, это быть рядом с ней и позволять ей чувствовать свои чувства. Я

думаю, что если я сейчас наложу на этот процесс какую-то теоретическую модель, я вмешаюсь в процесс оплакивания. И я думаю, что иногда начинающие специалисты, студенты пытаются слишком рано использовать какие-то теоретические модели. Но это просто один из примеров.

Дмитрий Шустов: Спасибо, Марк. Другой момент, который мне показался любопытным. Когда Марк сказал, что он знает много терапевтов, которые любят модель личностных адаптаций и хорошо работают в ней. И, как я понимаю, у этих людей, которые работают по плану личностных адаптаций, есть хорошие результаты – их клиенты излечиваются. И в этой связи я подумал о законе птицы Додо. То есть неважно, как ты работаешь, неважно, с каким планом ты работаешь, важно, что ты работаешь. И результат будет один и тот же. И в этой связи я хочу сказать, что если эта концепция организует знание терапевта каким-то позитивным способом, что позволяет ему помогать клиентам, то это здорово, это хорошая концепция.

Марк Уиддоусон: С этим я не поспорю, конечно. Я согласен с Дмитрием. Я думаю, что нам нужны какие-то концептуальные рамки, которые организуют знание. И да, на 100% терапевту требуется какой-то способ организации своего мышления. И я думаю, что эти рамки – они делают две вещи для нас. Первое – они снижают тревогу терапевта. Потому что, будем честны, когда мы находимся в кабинете с клиентом, и мы не знаем, что происходит, мы начинаем тревожиться. Мы делаем вид, что мы не тревожимся, но на самом деле нам неуютно и тревожно. И когда появляется модель, которая позволяет нам меньше тревожиться, нам очень хочется поместить клиента в рамки этой модели. Я думаю, что, когда мы это делаем, это нам позволяет переносить дискомфорт. И я поспорил бы с тем, что именно это терапевтично, что это действует как терапия. Важно использовать любые рамки для снижения тревоги терапевта.

Я абсолютно согласен с вами, Дмитрий, что иметь такие объяснения, понимать, что происходит с клиентом – это очень-очень важно. Но я думаю, что в ТА у нас уже достаточно других рамок и теоретических концепций, которые помогают нам понимать наших клиентов. Нет необходимости их умножать и накапливать, их и так много.

Я очень ценю, что, например, в этой дискуссии и я, и Дмитрий имеем одинаковые ценности относительно того, что и как мы должны делать, просто мы можем делать это разными способами, и мы можем это обсуждать.

Дмитрий Шустов: Спасибо, Марк! Мне очень понравилось.

Я, кстати, думаю, что какая-то объяснительная система, какие-то рамки – они особенно важны начинающим терапевтам.

Марк Уиддоусон: Да, для новичков-терапевтов.

Дмитрий Шустов: И модель личностных адаптаций – это первое, с чем они встречаются, понимая личностную патологию, на пути её познания. И здесь очень важный момент, что в определённом смысле концепция личностных адаптаций закрывает как раз недостаток описательных концепций между здоровой личностью и личностными расстройствами.

Марк Уиддоусон: Да, я понимаю. Я предпочитаю использовать современную систему. Но я согласен с вами, что существует эта проблема, и существует этот разрыв, эта нехватка. Я думаю, что нам, как терапевтам, крайне важно понимать ключевые черты наших клиентов. И я делаю это с использованием той модели, которая знакома каждому, у кого есть хотя бы образование бакалавра в области психологии. Та модель, которую я использую, построена на большой пятёрке личностных факторов. Для каждого клиента я прописываю, разрабатываю профиль, основанный на этих пяти факторах. И отмечаю, какой у него показатель по каждому из них, высокий или низкий. Я использую это для индивидуальной диагностики и составления плана лечения.

Дмитрий Шустов: Можешь сказать, что это за факторы?

Марк Уиддоусон: Да, это очень распространённая модель, которая имеет наибольшее количество научных обоснований. Это открытость опыту, осознанность, экстраверсия, способности/готовность соглашаться и невротичность.

По каждому из этих факторов я ставлю клиенту определённую оценку. Это даёт возможность составить достаточно полную модель личности и позволяет нам достаточно точно предугадывать, как человек поведёт себя в той или иной ситуации. И я обнаружил, что это в особенности эффективно в терапии пар. Когда знакомлю партнёров в паре с этой моделью, они вдруг начинают осознавать, что партнёр от них отличается, и как он отличается. У них появляется больше взаимопонимания.

Возвращаясь к этим пяти факторам – каждый из них имеет ещё шесть подфакторов. То есть мы имеем модель, которая начинается с пяти факторов, а заканчивается тридцатью. И она намного больше даёт настроенности и понимания с точки зрения личности клиента. Также эти пять факторов имеют пять патологических вариантов. И у каждой из пяти патологий есть шесть подфакторов.

То есть, опять же, мы можем очень детально рассмотреть любую патологию. Я думаю, что эта альтернативная модель очень хорошо работает.

Дмитрий Шустов: Большое спасибо, Марк! Ещё один аспект, который, мне кажется, тоже высветился в нашей дискуссии, – это «двери». То есть про то, как терапевт и клиент доступны контакту. Готовясь к этому семинару, мы вчера просматривали большую запись семинара Стивена Карпмана. И он говорит, что есть три типа терапевтов: терапевт чувствующий, терапевт интерпретирующий и терапевт действующий.

Марк Уиддоусон: А как насчёт терапевта, который умеет делать всё это вместе время от времени?

Дмитрий Шустов: По-видимому, это редкий терапевт, у которого нет личностной патологии.

И, тем не менее, мы чётко можем видеть среди наших клиентов, что, действительно, чувственная сфера – это тот способ контакта, с которым мы имеем дело. Что у каждого клиента, у разных клиентов, где-то действительно есть какая-то более важная сфера для контакта: либо чувства, либо мысли, либо действия. И мы это чётко понимаем.

А также мы знаем, что есть места у наших клиентов, куда, если мы пойдём, они иногда очень очевидны, что там мы завязнем. Я имею в виду как раз вот эту «дверь-ловушку». И в этой связи, когда я думаю про то, какой контакт сделать, либо про то, что вообще не делать контакта, просто сидеть с ним рядом, со-сидеть. Мне представляется, что, может быть, это моя позиция терапевтическая, что мне хотелось бы инициировать этот контакт, и инициировать наиболее эффективный контакт. И там, где мы видим однофакторную личность, ну, например, истероидную, пассивно-агрессивную, но не комбинированную из двух, то мне представляется, что это очень продуктивный подход.

Что ты думаешь, Марк?

Марк Уиддоусон: Я думаю, что есть огромные проблемы с концепцией истероидности, истеричности. Прежде всего, это такой тип личности, который опустили из описания недавно, потому что есть много сложностей с его, ну, скажем, определением и пониманием. Я предлагаю участникам посмотреть на старые описания того, что такое истероидность и как её раньше обозначали. Вернитесь к литературе, которая была до ТА, и почитайте. Потому что, когда я смотрю на эти описания, я думаю: это не истерия, это посттравматическое стрессовое расстройство. И оно, таким образом, очень часто развивалось как результат сексуального [сексуализированного] насилия.

Александра Оганезовна МХИТАРЯН
 Дискуссия в ТА: Личностные адаптации – «за» и «против»

Я сейчас каждого клиента, который ко мне приходит, уже на первой сессии сканирую на наличие ранней травмы. И если я нахожу признаки травмы, я работаю с этим, прежде всего остального. И я заметил, что, если я так делаю, то у клиента его симптомы в значительной мере уменьшаются.

Я думаю, что мы получаем то, на что смотрим, то, что видим. И если мы думаем, что видим истерию, то это комбинация разных вещей. Там очень часто есть травма, очень часто это личный опыт, который может содержать сексуальное [сексуализированное] насилие. И мы также можем видеть, что человек сформирован тем, что ему давали поглаживания за такое поведение, когда он устраивал шоу. И я думаю, что нам также нужно быть очень осторожными, потому что такой термин может быть использован против женщин. Симптоматично также то, что исторически, например, этот термин больше использовался для описания женщин, чем мужчин. Я думаю, что нам это позволяет игнорировать или обесценивать женщин. Опять же, я думаю, что это одна из диагностических вещей, о которых нам нужно забыть.

Если вы не верите мне, то просто вернитесь к самым первым описаниям, например, тем, которые Фрейд давал. Просто посмотрите на них – это же в чистом виде ПТСР.

Дмитрий Шустов: И тем не менее, тем не менее. Я понимаю, что в настоящее время истерия, вот та классическая, свелась к диссоциативным расстройствам и к посттравматическим расстройствам.

Марк Уиддоусон: Именно.

Дмитрий Шустов: И тем не менее, когда к нам приходит клиент истерический, то я говорю: «О! Я сопереживаю!» – и я сопереживаю с ним эмоционально, вторым шагом: «Ты доверяешь мне, это окей, если мы будем говорить с тобой». И третьим шагом я иду в Ребёнка, я иду в закрытые части, я узнаю его травму. Это путь адаптации, если бы я мыслил по адаптации, работая вот с этим клиентом.

Я поясню: потому что не каждый клиент с травмой сразу позволит терапевту идти в травму. Для этого он должен проделать определённый путь.

Марк Уиддоусон: Согласен на 100%. Я работал со многими клиентами по поводу травмы, и даже при том, что мы никогда не обсуждали, собственно, травму как таковую, клиенту становится лучше. То есть когда у меня клиент с травмой, я работаю очень структурированно и директивно. И я думаю, что то же самое было бы эффективно для клиента с истерическим, истероидным типом представления себя. То есть я делаю очень мно-

го работы по освоению эмоциональной грамотности. И я учу их регулировать эмоции. Примерно для 30% клиентов этого достаточно, им больше ничего не нужно. Для них этого хватает, чтобы получить облегчение от своих симптомов. И дальше они уже сами могут справиться со своей травмой. Это уже хорошо.

То есть, на самом деле, это немного разные способы работы, но в принципе они ведут нас всех в одно и то же место.

Мы предлагаем нашим читателям стать участником этой дискуссии и написать о своей точке зрения относительно концепции личностных адаптаций в комментариях к этой статье.