

Присоединение в психотерапии доэдипальных пациентов: модель клинического выбора форм интервенции

Зедгенизова И.А., Чалый А.С.*, Сергеева Ж.В., Суденкова Е.К.

Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия.

Получено: 4 декабря 2025 г.
Принято: 16 января 2026 г.
Опубликовано: 1 марта 2026 г.

Для цитирования:

Зедгенизова ИА, Чалый АС, Сергеева ЖВ, Суденкова ЕК. Присоединение в психотерапии доэдипальных пациентов: модель клинического выбора форм интервенции. *Psychotherapy Science Today*. 2(2):38-46. <https://doi.org/10.64435/vtfl8883>



© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

Техника присоединения широко используется в психоаналитической практике при работе с пациентами доэдипального** уровня организации личности. Вместе с тем в клинической работе терапевт регулярно сталкивается с необходимостью выбора между различными формами присоединения, прежде всего эго-синтонной и эго-дистонной, в зависимости от текущей психодинамической ситуации. В статье предлагается процессуальная модель клинического выбора форм присоединения, описывающая навигацию между эго-синтонным и эго-дистонным присоединением на основе анализа аффективной презентации пациента, контрпереносных реакций терапевта и фазы психотерапевтического процесса. Опираясь на теоретические основания современного психоанализа в традиции Х. Спотница и клинический опыт авторов, анализируются механизмы действия техники, включая эго-синтонное и эго-дистонное присоединение, а также их роль в снижении сопротивления, содействии формированию нарциссического переноса и безопасной переработке интенсивных аффектов. Особое внимание уделяется различиям между формами присоединения и логике их клинического выбора в зависимости от аффективной презентации пациента, характера сопротивления, контрпереносных реакций терапевта и фазы психотерапевтического процесса. На материале клинических виньеток и примеров из индивидуальной и групповой психотерапии демонстрируются условия эффективного применения техники.

Ключевые слова: присоединение, эго-синтонное и эго-дистонное присоединение, клиническое принятие решений, современный психоанализ, доэдипальные пациенты.

Введение

Техника присоединения представляет собой психодинамическую интервенцию, при которой терапевт настраивается на актуальный доминирующий аффект пациента, вербализуя и контейнируя эго-синтонные переживания или осторожно взаимодействуя с эго-дистонными импульсами, с целью снижения защитного сопротивления и обеспечения возможности безопасной переработки аффекта. Суть техники заключается в том, что аналитик присоединяется к сопротивлению пациента, к его субъективному восприятию реальности, аффективному состоянию, убеждению или защитной позиции, вместо того чтобы немедленно подвергать их интерпретации или конфронтации. Такое присоединение

передаёт пациенту сообщение: «Я разделяю, понимаю и принимаю твою позицию», что может способствовать установлению нарциссического переноса и ослаблению примитивных защитных механизмов. Данный приём особенно эффективен при работе с нарциссическими и пограничными структурами личности и является одним из базовых психотерапевтических инструментов для установления доверительного контакта с пациентом и снижения сопротивления к работе.

Историю применения присоединения в психотерапевтической практике подробно рассматривали Й. Фельдман [1] и Х. С. Стрин [2]. Эта техника также известна под термином «присоединение к сопротивлению» [3] и обсуждалась в контексте

* Автор для корреспонденции, e-mail: alexey.chaly@aipp.education.

** Доэдипальный уровень организации личности — это уровень психического функционирования, при котором у человека недостаточно сформированы устойчивые внутренние опоры для саморегуляции, удержания аффекта и поддержания целостного образа себя и других. Такое состояние связано с ранним нарушением или прерыванием процессов психологического развития и может проявляться в виде выраженной зависимости от отношений, трудностей в различении собственных и чужих переживаний, а также склонности к резким аффективным реакциям.

различных психотерапевтических традиций, включая гипноз М. Эриксона [4] и современный психоанализ. Спотниц характеризовал присоединение как «обобщённый набор клинических вмешательств, направленных на работу с довербальными формами сопротивления и функционирования», включающих, как правило, подавленные агрессивные импульсы [5].

Несмотря на клиническую значимость техники присоединения, в существующих работах остаётся недостаточно прояснённым вопрос дифференцированного выбора между её эго-синтонной и эго-дистонной формами. Использование данной техники по-прежнему в значительной степени опирается на интуитивное клиническое суждение и передаётся через практику и супервизию.

Целью настоящей статьи является экспликация логики клинического выбора между формами присоединения и предложение процессуальной модели клинической навигации, позволяющей перевести интуитивное применение техники в пространство рефлексивного профессионального решения. Модель основана на анализе аффективной презентации пациента, контрпереносных реакций терапевта и фазы психотерапевтического процесса и представлена в виде визуальной схемы, дополняемой клиническими ориентирами.

Настоящая статья носит теоретико-клинический характер и основана на анализе литературы в традиции современного психоанализа, прежде всего школы Спотница, а также на синтезе многолетнего клинического опыта авторов в работе с пациентами доэдипального уровня организации личности. В статье используется концептуальный подход, направленный на экспликацию клинической логики принятия терапевтических решений, и предлагается модель клинической навигации между формами присоединения, проиллюстрированная типичными клиническими виньетками. Представленная модель не является алгоритмом или протоколом, а служит инструментом рефлексивного клинического мышления.

Теоретические предпосылки эффективности техники присоединения

Техника присоединения направлена на взаимодействие с паттернами довербального функционирования в период, когда психика младенца функционировала в тесном эмоциональном единстве с материнской фигурой. В современном психоанализе таких пациентов относят к доэдипальному уровню организации личности, для которой характерна фиксация на ранних, довербальных способах переживания и взаимодействия.

Именно по этой причине важно быть искренним, избегать монотонности, прибегать к особым тёплым, поддерживающим интонациям. При корректном использовании присоединения психика терапевта временно функционирует как внешняя регулирующая система аффекта, аналогичная материнской психике в симбиотической фазе [6].

Привязанность, закладывающаяся в раннем детстве, влияет на поведение ребёнка в будущем. Внимательные, чувствительные, заботливые родители формируют у ребёнка чувство базисного доверия к миру [7]. Если мать или замещающий материнский объект в критический период развития младенца (до трёх лет) эмоционально недоступна, то невозможность контейнирующей переработки сырых аффектов младенца приводит к их внутриспсихическому накоплению, что может становиться источником симптомов. Такой фрустрированный младенец подавляет свою ярость и направляет её на себя, чтобы не разрушить материнский объект.

Неспособность интегрировать «хорошие» и «плохие» аспекты реальности Я и других связана с мощной ранней агрессией, активизированной у таких пациентов. Согласно теории М. Кляйн, примитивная защита расщепление отделяет «хорошие» и «плохие» объекты, чтобы защитить хрупкое Эго от разрушительной силы собственной агрессии [8]. Чем меньше удовлетворяются инстинктивные влечения младенца, тем больше подавленной агрессии будет по отношению к значимым объектам, и тем выше степень негативного влияния на формирующееся Эго. Значительная часть психической энергии вместо направления на созревание Эго расходуется на удержание примитивных защит от аффекта. Используя специальные техники современного психоанализа, можно наладить эмоциональную связь, напоминающую привязанность младенца к матери в симбиотической фазе. Подобные переносы возрождают в терапевтической ситуации эмоциональные отношения первых лет жизни и тем самым содействуют восстановлению способности к созреванию [9].

Доэдипальные пациенты, подобно младенцам с неудовлетворёнными базовыми потребностями, в начале терапии могут демонстрировать привычный паттерн поведения, способствующий психологическому и физическому выживанию — проявляя молчание, идеализируя терапевта. Общим знаменателем при работе с пациентами, демонстрирующими примитивное психическое функционирование, является трудность контроля сильных

контрпереносных чувств и импульсов — терапевт может испытывать такие реакции, как раздражение, гнев, скука, тревога или чувство беспомощности [10].

Нарциссическая ярость пациента может рассматриваться как феномен, функционально сходный с яростью младенца, о которой мы говорили выше, а возможность терапевта справиться с ней способствует прогрессу пациента, формированию стабильного образа Я и повышению уровня функционирования психики. Задача психотерапии состоит в том, чтобы разместить подавленный и вытесненный аффект гнева и ярости в терапевтическом пространстве, снять напряжение аффекта с Эго пациента [11]. Для её выполнения важно умение присоединяться, формировать стабильные отношения, и уже на базе достаточного уровня аффективной устойчивости начать работать эго-дистонно, для актуализации вытесненных агрессивных импульсов.

Особенности применения присоединения

Присоединение хорошо подходит для первых встреч с пациентом, может быть использовано в моменты сильного аффекта, например, для работы с ярко выраженной агрессией, чтобы снизить её нарастание и перейти к исследованию. Эта техника важна для работы с пограничными пациентами, которым особенно важно чувствовать, что терапевт на их стороне. При работе с истерическими и нарциссическими пациентами важно избегать как захвата интенсивным контрпереносом, так и вовлечения в отыгрыши* пациента.

С нарциссическим пациентом можно эмпатично встречать его грандиозность, но при этом следить за степенью выражения восхищения — если оно будет чересчур сильным, некоторые пациенты могут считать это манипуляцией. Истерические пациенты могут вовлекать терапевта в свои переживания. В ответ, например, на фразу всплывающей руками пациентки: «Представляете, он не ответил на моё сообщение! Ну не придурок? Скажите, скажите, что он придурок!» можно не гасить драматизм, а присоединиться к интонации, попробовать назвать чувство: «Конечно, это бесит, когда сообщения остаются без ответа!» — чтобы принимать чувства пациентки, но не «заражаться» ими. Выполнять же просьбу пациентки необязательно — в этом случае можно запустить новый драматический виток и так и не прийти до исследования.

Иллюстративная виньетка

Пациент С. (26 лет), приходит на сессии в сильном аффекте, обесценивает терапию, хочет «немедленных решений». Важно удержать контакт и не усилить его фрустрацию.

Пациент: *Ну и зачем это всё? Я каждый раз прихожу, рассказываю, и ничего не меняется! Зачем ходить, если жизнь всё равно катится к чёрту?*

Терапевт: *Это очень утомляет, когда ждёшь чего-то. У вас завидная выдержка, другой бы давно всё бросил.*

Пациент: *Да! Вот именно!*

Терапевт: *Вы говорите так, что я прям чувствую эту точку кипения. Давайте попробуем вместе решить, что делать дальше.*

В данном случае терапевт отражает интенсивность аффективной заряженности пациента, не снижая температуру его переживания, но и не эскалируя её. При этом важны быстрая реакция и явное подтверждение эмоциональных переживаний пациента — клиническая позиция, при которой терапевт активно и последовательно подтверждает субъективную реальность переживаний пациента, не ставя их под сомнение и не предлагая немедленной переработки, интерпретации или фрустрации. Аффект пациента стал постепенно снижаться, контакт восстановился. Пациент позже сказал: «Я впервые почувствовал, что меня не пытаются успокоить или исправить, меня это обычно ещё больше бесит».

Техника присоединения не сводится к проявлению эмпатии, а предполагает способность терапевта распознавать и активно взаимодействовать с доминирующим переживанием пациента. Этот инструмент является фундаментом терапевтической связи, позволяя снижать сопротивление, выстраивать мост между различными уровнями переживаний и мягко подводить пациента к внутренним преобразованиям.

Эго-дистонное и эго-синтонное присоединение

Согласно теории школы психоанализа Спотница, техника присоединения способна вызывать прорыв агрессивных импульсов, что очень важно при проработке нарциссических защит с целью формирования нарциссического переноса. Терапевт может, в зависимости от пациента, присоединяться как *эго-синтонно* (принимая точку зрения и ценности пациента, присоединяясь к чувствам, поддерживая Эго), так и *эго-дистонно* — когда терапевт тоже соглашается, но парадоксальным

Техника присоединения подобна серфингу, где психотерапевт «ловит» доминирующий аффект пациента словно волну и, балансируя на ней, выходит за пределы сопротивления.

* В психоаналитической литературе отыгрышание (*acting out*) — это поведение, через которое пациент бессознательно выражает внутренние конфликты, чувства или импульсы, вместо того чтобы вербализовать их в терапии.

образом (например, гиперболизируя интроецированную фигуру нападающего Супер-Эго или грандиозного Эго). При этом происходит усиление защит, что может привести к прорыву сдерживаемых агрессивных импульсов и разрешению сопротивления.

Бессознательный сигнал от терапевта «я такой же, как ты!» способствует формированию нарциссического переноса, без которого невозможна эффективная работа с доэдипальной проблематикой. Эта интервенция создаёт условия для переживания поддерживающего контакта [12].

Примеры эго-синтонного присоединения

- Пациент: *Я уверен, что у вас таких, как я, уже было минимум сотня. И я для вас — простой орешек. Интересно, за сколько сессий сможете меня расколоть?*
Терапевт: *У вас уникальный вкус на терапевтов и потрясающая интуиция. Я специалист по сложным случаям и крепким орешкам. Начнём прикидывать количество сессий или пусть это будет приятным сюрпризом?*
- П: *Я вообще половину из того, что вы спрашиваете, либо не помню, либо не понимаю.*
Т: *Вы знаете, мне порой тоже кажется, что я сам себя не понимаю. Наша работа точно будет продуктивной, ведь мы с вами так похожи.*
- П: *У меня совсем опустились руки, и я вообще ничего не хочу делать.*
Т: *Я тоже совершенно без сил сегодня. Давайте ничего не будем делать и просто посидим тут до конца сессии.*

А, например, когда пациент говорит: «Я веду себя как debil, всё в моей жизни — ужасно, я всё время делаю что-то не то, я полный debil» — терапевт присоединяется уже эго-дистонно: «Да, похоже на то. Но вы не волнуйтесь, я как раз являюсь специалистом по дебильности». Присоединение к нападающему Супер-Эго создаёт для какой-то части психики пациента ощущение, что его понимают (признают, что он может казаться себе «дебиллом»), а с другой стороны, вызывает гнев и ярость («я не ожидал это услышать от вас, своего терапевта, вы жестоки и незмпатичны»). Так терапевт попадает в перенос на место плохого объекта, который был жестоким и нападающим. Эго-синтонное присоединение в этом клиническом контексте может оказаться не таким эффективным.

Пациенту, убеждённому в том, что он «самый отвратительный человек на свете», терапевт может усилить это утверждение, сказав, что он — «худший из всех, кто когда-либо существовал». Как правило, пациент признаёт: да, он действительно

настолько плох, как себе представляет, — но при этом ему неприятно слышать подобные слова от специалиста. Таким образом, убедительное эго-подражание такого рода (в эго-дистонном присоединении) имеет эффект конечного смещения цели атаки с Эго на терапевта [5].

Эго-синтонное присоединение особенно клинически оправдано при работе с пациентами доэдипального уровня организации личности, а также в ситуациях выраженной тревоги, аффективной дезорганизации и угрозы разрыва терапевтического контакта, что подчёркивается в ряде работ, посвящённых ранним формам психоаналитической терапии [13].

Примеры эго-дистонного присоединения

- Пациент: *Я совсем отчаялся.*
Терапевт: *Да, похоже, вам не на что надеяться.*
- П: *Вся ваша терапия — полный фарс! Никакой пользы, сдираете деньги с честных людей!*
Т: *Я знал, что вы — прозорливы, но, чтобы настолько... Я действительно люблю деньги.*
- П: *Я ни на что не гоюсь, но хотя бы на мне вы сможете написать диссертацию!*
Т: *Возможно, вы и правы. По крайней мере, один из нас получит хоть какую-то пользу.*

Оба этих формата присоединения могут быть эффективны при выраженном сопротивлении прогрессу терапии у доэдипальных пациентов и способствуют укреплению альянса, подкрепляют нарциссические защиты, тем самым, парадоксальным образом способствуя их постепенной трансформации с течением времени.

Терапевтическое изменение становится возможным, когда терапевт, последовательно используя оба вида присоединения, функционирует как зеркало и контейнер для непереносимых аффектов пациента. Присоединяясь к амбивалентным посылам и чувствам пациента — психотерапевт знакомит его со своей личностью на безопасном для пациента расстоянии, до тех пор, пока не будет развито Эго.

Разумеется, что работа психотерапевта не может ограничиваться только данной техникой, и представляет собой смесь рабочих интервенций, среди которых присоединение — базис и основа для формирования стабильных отношений и безопасности как для пациента, так и для терапевта и рабочего пространства.

На рис. 1 представлена процессуальная эвристическая модель клинического принятия решения при использовании техники присоединения в психотерапии. Модель иллюстрирует, как терапевт, оценивая аффективную и защитную презентацию пациента, выбирает между эго-синтонной и эго-дистонной формами присоединения

в зависимости от субъективного отношения пациента к предъявляемому содержанию. Подчеркивается цикличность клинической оценки, значимость аффективной динамики и сопротивления, а также необходимость постоянного мониторинга контрпереноса, фазы терапии и возможностей контейнирования. Представленная схема носит концептуальный характер и предназначена для поддержки клинического мышления, а не для алгоритмизации терапевтического процесса.

Следует подчеркнуть, что эго-синтонное и эго-дистонное присоединение не представляют собой взаимоисключающие или механически чередуемые техники. Выбор формы присоединения

осуществляется терапевтом в процессе клинической работы и опирается на совокупность факторов, включая характер аффективной презентации пациента, особенности сопротивления, контрпереносные реакции терапевта и фазу психотерапевтического процесса. Таким образом, присоединение предполагает не фиксированный технический приём, а динамическую клиническую навигацию между различными формами интервенции в зависимости от текущей психодинамической ситуации. Модель, представленная на [рис. 1](#), отражает процесс навигации между эго-синтонной и эго-дистонной формами присоединения в ходе реальной психотерапевтической работы.

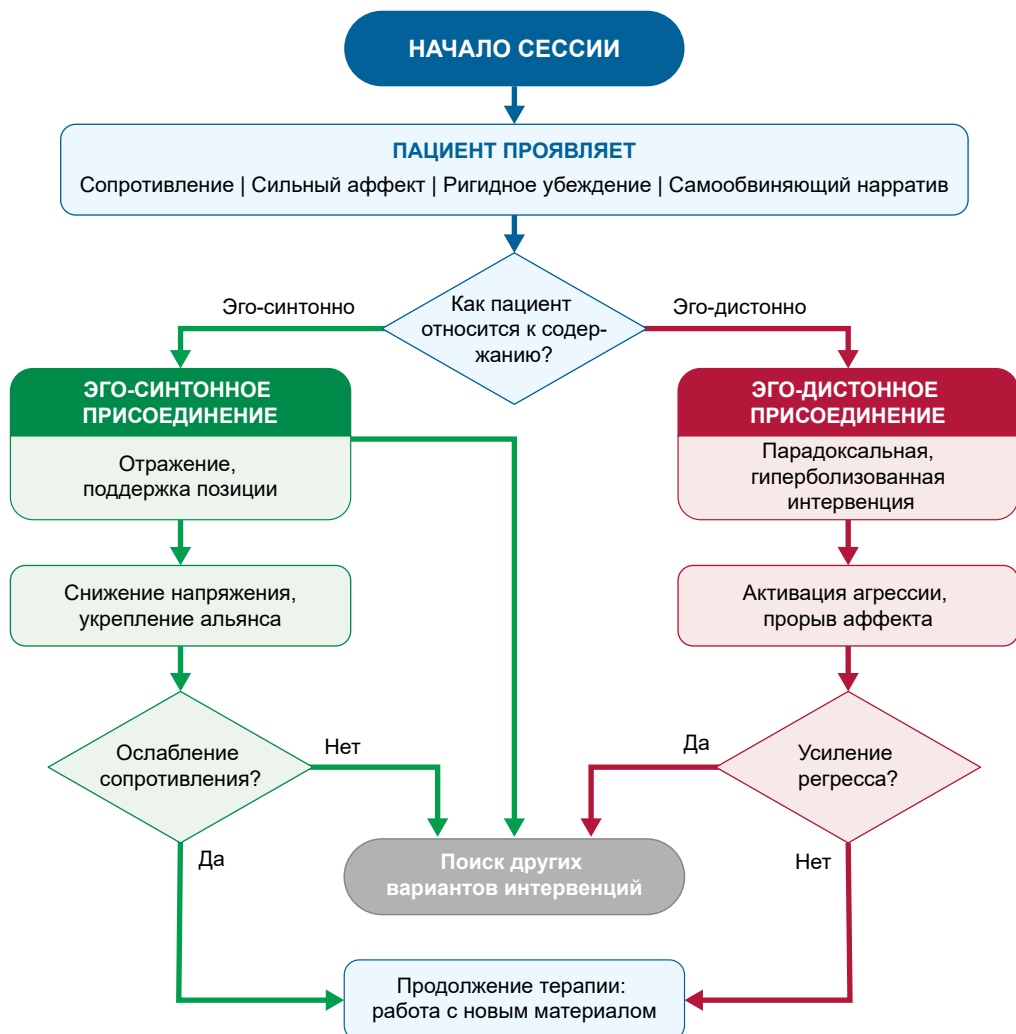


Рисунок 1. Процесс-ориентированная модель принятия клинических решений для эго-синтонного и эго-дистонного присоединения

В рамках предлагаемой модели различие между эго-синтонным и эго-дистонным присоединением может быть уточнено с точки зрения выполняемой клинической функции. В одних случаях присоединение направлено преимущественно на контейнирование аффекта и снижение внутреннего напряжения, поддерживая целостность Эго пациента. В других случаях присоединение используется как средство провокации ранее блокированного аффекта, прежде всего агрессивного, с целью его последующей проработки в переносе. Такое функциональное различие не вводит новой типологии, а проясняет механизм действия различных форм присоединения в клиническом процессе.

Использование присоединения с молчаливыми пациентами

Работа с молчаливыми пациентами представляет собой частный, но клинически показательный случай, в котором особенно отчётливо проявляется необходимость дифференцированного выбора формы присоединения. Молчание может выполнять различные психодинамические функции и требует различной клинической тактики в зависимости от аффективного состояния пациента, характера сопротивления и фазы терапии.

Молчание как феномен в классической психоаналитической практике долгое время осмысливалось теоретически, но управление им в прошлом было ограничено интерпретативными техниками, которые редко приводили к его разрешению. Молчание служит множеству целей. В негативном смысле молчание может означать злость, страх, отчаяние, депрессию, презрение и агрессию [14]. Техника присоединения может быть эффективна с такими молчаливыми пациентами.

В индивидуальном формате работы встречаются молчаливые пациенты, чьё молчание носит провоцирующий или контролирующий характер, создавая напряжение в диаде. Например: «Я не знаю, что говорить». В этом случае терапевт может присоединиться эго-синтонно и мягко сказать: «Вы уже и так достаточно сказали, мы можем сегодня и помолчать». Или, когда пациент более агрессивно выражается, например: «Я не хочу сегодня с вами говорить», терапевт может эго-дистонно присоединиться и сказать: «Мы всё-таки с вами гармоничная пара, ведь у меня сегодня нет никакого настроения вас слушать».

Для групповых терапевтов будет полезно использовать присоединение при молчаливых группах: «Похоже, это очень заботливая группа, которая решила сегодня помолчать, чтобы я отдохнула. Я совершенно не против, мне тоже нравится такой выбор группы».

Здесь важно, что присоединение должно быть именно к группе, а не к отдельному участнику. Это может содействовать формированию групповой сплочённости, например, когда участники не очень хорошо коммуницируют между собой, не очень хорошо строят связи друг с другом.

Присоединение в контексте других психоаналитических техник

В практической работе присоединение нередко отождествляется с эмпатическим отзеркаливанием, что может приводить к методологическим неточностям при выборе интервенций, особенно при работе с пациентами с ранними уровнями организации личности. Сопоставление с техникой отзеркаливания выявляет различия в логике терапевтического воздействия и специфику присоединения как интервенции, ориентированной на активное включение сопротивления и аффективной динамики в терапевтический процесс. Сопоставление этих подходов позволяет более чётко очертить специфику техники присоединения, а также избежать её редукции к общему понятию эмпатического отражения. В данном контексте важно подчеркнуть, что речь идёт не о сравнении психоаналитических теорий в целом, а о различиях в клинических акцентах и логике применения конкретных техник при работе с пациентами с ранними и примитивными уровнями организации личности.

Несмотря на внешнюю схожесть отдельных клинических приёмов, техника присоединения в понимании современной психоаналитической школы Х. Спотница существенно отличается от других психоаналитических интервенций, направленных на работу с ранними нарушениями развития. В частности, в клинической практике техника присоединения нередко сопоставляется с техникой отзеркаливания, описанной Х. Кохутом в рамках селф-психологии. Обе интервенции опираются на эмпатическое присутствие терапевта и чувствительность к субъективному опыту пациента, однако исходят из различных теоретических предпосылок и ориентированы на разные клинические задачи.

В таблице 1 представлено сравнительное описание ключевых клинических характеристик техники отзеркаливания в селф-психологии Х. Кохута [15] и техники присоединения в современной психоаналитической традиции Х. Спотница. Сравнение проводится по ряду параметров, включающих клинический фокус интервенции, отношение к сопротивлению, особенности работы с аффектом, характер переноса, роль контрпереноса, а также типичные клинические

Аспект	Отзеркаливание (Кохут, селф-психология)	Присоединение (Спотниц, современный психоанализ)
Клинический фокус	Поддержка и стабилизация Эго	Работа с сопротивлением и агрессией
Отношение к сопротивлению	Минимизация фрустрации на ранних этапах	Активное включение сопротивления в процесс
Тип интервенции	Эмпатическое отражение субъективного опыта	Эго-синтонное и эго-дистонное присоединение
Работа с аффектом	Валидация и постепенная дифференциация аффекта	Контейнирование и активация агрессивного аффекта
Перенос	Нарциссический – зеркальный, идеализирующий	Нарциссический – позитивный (в том числе идеализирующий) или негативный
Роль контрпереноса	Используется ограниченно	Является ключевым диагностическим ориентиром
Клинические риски	Поддержание зависимости	Интенсивные контрпереносные реакции
Типичные пациенты	Нарушения Эго, нарциссические структуры	Доздипальные, пограничные, психотические
Терапевтический вектор	Постепенное созревание Эго	Трансформация аутоагрессии, разрешение сопротивления, укрепление Эго

Таблица 1. Сравнительные особенности техник отзеркаливания и присоединения в психоаналитической практике

риски и целевые группы пациентов. Такое сопоставление демонстрирует, что, несмотря на общую ориентацию на ранние уровни психического функционирования, данные техники различаются по направленности терапевтического воздействия: отзеркаливание преимущественно ориентировано на стабилизацию и поддержание Эго, тогда как присоединение фокусируется на активном включении сопротивления и агрессивного аффекта в терапевтический процесс. Представленная таблица служит инструментом теоретического позиционирования техники присоединения и позволяет более точно определить её место среди других психоаналитических интервенций.

Представленное сопоставление подчёркивает, что различия между техникой отзеркаливания и техникой присоединения заключаются не только в теоретических предпосылках, но и в логике клинического выбора интервенций. В отличие от отзеркаливания, где интервенция преимущественно ориентирована на стабилизацию Эго, присоединение предполагает постоянную клиническую оценку формы сопротивления и аффективной динамики пациента, что делает необходимым гибкое переключение между эго-синтонной и эго-дистонной формами работы. Именно эта необходимость клинической навигации и лежит в основе предлагаемой в статье модели принятия решений.

Клинические ограничения и риски применения техники присоединения

Несмотря на клиническую эффективность техники присоединения при работе с пациентами доэдипального уровня организации личности, её применение требует тщательной клинической дифференциации. Использование присоединения вне соответствующих показаний или в неподходящей фазе терапии может приводить к искажению терапевтического процесса и усилению патологических форм функционирования.

В ряде клинических ситуаций присоединение способно поддерживать симбиотическую фиксацию, особенно при недостаточной дифференциации Я и объекта. В таких случаях постоянное эмпатическое присоединение может препятствовать формированию границ и усиливать зависимость пациента от терапевта, замедляя процесс психической сепарации.

Другим риском является поддержание нарциссической грандиозности, когда эго-синтонное присоединение используется без последующей проработки агрессивных и фрустрирующих аффектов. В подобных ситуациях техника может способствовать закреплению защитных нарциссических структур вместо их трансформации.

Кроме того, чрезмерное или несвоевременное использование присоединения может блокировать развитие символизации, особенно если интервенции замещают собой аналитическую работу

с переносом и интерпретацией. В этом случае присоединение утрачивает свою вспомогательную функцию и становится формой избегания более сложных терапевтических вмешательств.

Особого внимания требует применение техники в различных фазах психотерапевтического процесса. На ранних этапах терапии преждевременное использование эго-дистонного присоединения может приводить к дезорганизации пациента и разрушению терапевтического альянса. В более поздних фазах терапии сохранение исключительно поддерживающего эго-синтонного присоединения может препятствовать переходу к проработке и интеграции конфликтного материала. Таким образом, клиническая эффективность присоединения определяется не только выбором его формы, но и точностью оценки терапевтического контекста и готовности пациента к соответствующему уровню интервенции.

Учёт характера переноса при выборе формы присоединения

Выбор между эго-синтонной и эго-дистонной формами присоединения определяется также характером формирующегося переноса и степенью его аффективной устойчивости. В ситуациях, где в переносе преобладают симбиотические ожидания, идеализация терапевта или выраженная зависимость от объекта, эго-синтонное присоединение может быть клинически оправдано лишь на ранних этапах терапии и при условии его ограниченного и осознаваемого применения. В противном случае оно способно усиливать симбиотическую фиксацию и препятствовать развитию автономии пациента.

В случаях, когда перенос носит хрупкий или дезорганизованный характер и сопровождается выраженной тревогой, страхом разрушения объекта или утратой базового чувства безопасности, использование эго-дистонного присоединения может быть противопоказано. Преждевременная провокация агрессивного аффекта в таких конфигурациях переноса повышает риск дезорганизации пациента и нарушения терапевтического альянса.

Использование техники присоединения требует особой осторожности при работе с пациентами, находящимися в состояниях выраженной дезорганизации, а также при недостаточно сформированном терапевтическом альянсе. В подобных случаях преждевременное или некритичное применение присоединения может усиливать зависимость от терапевта или служить формой избегания аналитической проработки, что подчёркивается в классических работах по ранним нарушениям развития и технике психоаналитической терапии [14].

Таким образом, клиническая целесообразность той или иной формы присоединения определяется не только характером аффективной презентации пациента, но и текущей конфигурацией переноса, а также степенью его стабильности и переносимости агрессивных импульсов в терапевтическом поле.

Заключение

Клинические данные и наблюдения свидетельствуют о выраженной терапевтической значимости техники присоединения, особенно в работе с пациентами психотического и пограничного уровней функционирования. Её применение позволяет снизить аутодеструктивные тенденции и способствует снижению аффективной дезорганизации и формированию устойчивого нарциссического переноса. Эффективность техники определяется точностью психопатологической диагностики, гибкостью интервенций, аутентичностью терапевта и чувствительностью к аффективной динамике пациента.

При групповой работе присоединение способно как снижать риски отыгрываний у отдельных доэдипальных участников и у группы в целом, так и вызывать направленное возрастание аффективной заряженности в «тихих» пассивно-агрессивных группах. Техника присоединения даёт возможность перевести агрессию из отыгрывания (acting out) в символически опосредованную вербализацию, что позитивно сказывается на терапевтических отношениях, усиливает доверие к терапевту и благоприятствует стабилизации психического состояния пациента.

Представленная в статье модель клинического выбора форм присоединения не претендует на алгоритмизацию психотерапевтического процесса, но позволяет эксплицировать клиническую логику навигации между интервенциями при работе с доэдипальными пациентами.

Предложенная модель клинической навигации может быть использована в обучении начинающих психотерапевтов как инструмент развития рефлексивного клинического мышления. Экспликация критериев выбора между формами присоединения позволяет сделать более прозрачными процессы принятия терапевтических решений, которые в клинической практике нередко остаются неявными и передаются преимущественно через опыт и супервизию. В этом смысле модель может служить вспомогательным средством в образовательном контексте, не подменяя собой клинический опыт.

Перспективным направлением дальнейшей работы является эмпирическая апробация предложенной модели, а также её дальнейшая разработка и адаптация для использования в клинической подготовке психотерапевтов. В более широком контексте модель может представлять интерес для междисциплинарных исследований, направленных на изучение механизмов регуляции аффекта в терапевтическом взаимодействии.

Список литературы

1. Feldman Y. The early history of modern psychoanalysis. *Mod Psychoanal.* 1978;3:15–28.
2. Strean HS, editor. *New approaches in child guidance.* Metuchen (NJ): Scarecrow Press; 1970.
3. Sherman MH. Siding with the resistance versus interpretation: role implications. *Mod Psychoanal.* 2007;32(2):194–230.
4. Haley J. *Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York (NY): W.W. Norton & Company; 1993.
5. Spotnitz H. *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient: theory of the technique.* 2nd ed. New York (NY): YBK Publishers; 2004.
6. Wang TS. *A qualitative study into modern psychoanalytic joining and mirroring through psychotherapeutic exchanges* [dissertation]. Pittsburgh (PA): Duquesne University; 2022. <https://dsc.duq.edu/etd/2215>.
7. Авдеева НН. Особенности материнского отношения и привязанность ребёнка к матери. *Психологическая наука и образование.* 2006;11(2):82–92.
8. Кернберг ОФ. Тяжёлые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М: Независимая фирма «Класс»; 2000.
9. Федоров ЯО, Белов ЕН, Белова ЕБ, Клокова МВ, Шиканова ЕА. *Тотем без табу: психоанализ доэдипальных состояний.* Санкт-Петербург: ООО «ИПК «КОСТА»; 2017.
10. Verhülsdonk L, Petzold MB. Eine Untersuchung der Gegenübertragung in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. [German] *Forum Psychoanal.* 2024;40(3):357–374. <https://doi.org/10.1007/s00451-024-00552-0>.
11. Bird J, Caligor E. A case report of the treatment of narcissistic personality disorder with transference focused psychotherapy. *Authorea.* 2023. <https://doi.org/10.22541/au.169228820.03736190/v1>.
12. Shechter A. The join and distinction-union: a resonant and complex oneness. *Eur J Psychoanal.* 2021;8(2). <https://www.journal-psychoanalysis.eu/articles/the-join-and-distinction-union-a-resonant-and-complex-oneness>.
13. McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process.* 2nd ed. New York (NY)/London (UK): The Guilford Press; 2011.
14. Лигнер Э. *Ненависть, которая лечит: психологическая обратимость шизофрении.* Ижевск: ERGO; 2014.
15. Кохут Х. *Анализ самости.* Москва: Когито-Центр; 2003.