

ISSN 2410-1249

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗИНА**

**Психологічне консультування і психотерапія**  
**Том 2, № 1-2**

**Psychological  
counseling  
and psychotherapy**  
**Vol. 2, Issue 1-2**

**Психологическое  
консультирование  
и психотерапия**  
**Том 2, № 1-2**

Започаткований 2014 року

Харків 2015

У журналі представлено різноманітні психотерапевтичні підходи, модальностей та методик, що пов'язані з психологічним та медичним просторами сучасної психотерапевтичної та консультативної допомоги. Розглянуто теоретичні і практичні питання щодо різних аспектів психотерапевтичного втручання при різних розладах, їх гендерні аспекти, методики психодіагностики, взаємодія психотерапії та культури тощо.

Для психотерапевтів, консультантів, практичних психологів та всіх, хто цікавиться питаннями надання психотерапевтичної допомоги.

В журналі представлено різноманітні психотерапевтичні підходи, модальностей та методик, пов'язаних з психологічним та медичним простором сучасної психотерапевтичної та консультативної допомоги. Розглянуто теоретичні та практичні питання щодо різних аспектів психотерапевтичного втручання при різних розладах, їх гендерні аспекти, методики психодіагностики, взаємодія психотерапії та культури і тому подібне.

Для психотерапевтів, консультантів, практичних психологів та всіх, хто цікавиться питаннями надання психотерапевтичної допомоги.

Затверджено до друку рішенням Вченої ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 12 від 30.11.2015)

**Головний редактор** – Кочарян О. С. доктор психологічних наук, професор (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, завідувач кафедри психологічного консультування і психотерапії).

**Заступник головного редактора** – Максименко С. Д. доктор психологічних наук, професор, академік-секретар відділення психології, вікової психології і дефектології НАПН України (Інститут психології НАПН України, директор; декан медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця).

Відповідальний секретар – Жидко М. С. кандидат психологічних наук, доцент (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, доцент кафедри психологічного консультування і психотерапії).

Технічний секретар – Доценко О. Ю. (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна).

**Члени редколегії:**

Іванова О. Ф. – доктор психологічних наук, професор (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, завідувач кафедри загальної психології).

Крейдун Н. П. – кандидат психологічних наук, доцент (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, декан факультету психології).

Пономарьов В. І. – доктор медичних наук, професор (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, завідувач кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології).

Бондаренко О. Ф. – доктор психологічних наук, професор, член-кореспондент НАПН України (Київський національний лінгвістичний університет, завідувач кафедри психології і педагогіки, віце-президент Професійної психотерапевтичної ліги).

Бурлачук Л. Ф. – доктор психологічних наук, професор, академік НАПН України (Київський національний університет імені Тараса Шевченка, завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології).

Горностай П. П. – доктор психологічних наук, старший науковий співробітник (Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, завідувач лабораторії психології малих груп та міжгрупових відносин).

Кочарян Г. С. – доктор медичних наук, професор (Харківська медична академія післядипломної освіти, професор кафедри сексології та медичної психології).

Михайлов Б. В. – доктор медичних наук, професор (Харківська медична академія післядипломної освіти, завідувач кафедри психотерапії).

Фільц О. О. – доктор медичних наук, професор (Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, завідувач кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти).

Хомуленко Т. Б. – доктор психологічних наук, професор (Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди, завідувач кафедри практичної психології).

Чабан О. С. – доктор медичних наук, професор (НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, завідувач відділу пограничних станів та соматоформних розладів, професор кафедри психології та педагогіки медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця).

Шестопалова Л. Ф. – доктор психологічних наук, професор (НДІ неврології, психіатрії та наркології АМН України, завідувач відділу медичної психології).

Яценко Т. С. – доктор психологічних наук, професор, дійсний член НАПН України (Черкаський національний університет імені Б. Хмельницького, завідувач кафедри практичної психології).

Бурно М. Є. – доктор медичних наук, професор (Російська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії, медичної психології та сексології, віце-президент Професійної психотерапевтичної ліги).

Василюк Ф. Є. – доктор психологічних наук, професор (Московський міський психолого-педагогічний університет, завідувач кафедри індивідуальної та групової психотерапії).

Джакомучі С. – доктор медичних наук (DDr.) (Медичний університет Інсбрука, кафедра психіатрії і психотерапії, Австрія).

Доморацький В. А. – доктор медичних наук, професор (Білоруський державний університет, завідувач кафедри загальної та клінічної психології).

Кузовкін В. В. – кандидат психологічних наук, доцент (Московський державний університет, завідувач кафедри психологічного консультування).

Макаров В. В. – доктор медичних наук, професор (Російська медична академія післядипломної освіти, завідувач кафедри психотерапії, медичної психології та сексології, президент Професійної психотерапевтичної ліги).

Морейра В. – професор (UNIFOR, Університет Форталеза, лабораторія психопатології та гуманістичної психотерапії, Бразилія)

Прітц А. – професор, доктор (Президент Всесвітньої ради психотерапії, Генеральний секретар Європейської асоціації Психотерапії, Ректор університету Зігмунда Фрейда у Відні, Австрія).

Сарджеладзе Н. І. – доктор психологічних наук, професор, академік Грузинської Філософської Академії (директор Фонду розвитку людських ресурсів, професор Тбіліського державного університету імені І. Чавчавадзе).

Ямашита К. – директор "AIOI Counseling Center" (Японія).

Адреса редакційної колегії: 61022, Харків, майдан Свободи, 6, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, кафедра психологічного консультування і психотерапії, каб. 406. Тел. +38(057)707-50-88.

Сайт видання: [periodicals.karazin.ua/psychotherapy](http://periodicals.karazin.ua/psychotherapy)

Електронна адреса: [pctkarazin@gmail.com](mailto:pctkarazin@gmail.com)

Статті пройшли внутрішнє та зовнішнє рецензування.

Свідчення про державну реєстрацію КВ №20643-10463Р від 27.02.2014

## ЗМІСТ

<b>Теоретичні та методологічні проблеми психологічного консультування та психотерапії</b> .....	<b>6</b>
Андрущенко В. П., Яценко Т. С. Філософія і психологія психодинамічного пізнання .....	6
Кочарян І. О. Поведінка як ресурс есенційної саморегуляції психіки .....	27
Гайдучик П. Д. Сепараційна тривоги особистості: методологічний вимір дослідження .....	41
<b>Психотерапевтичні модальності, методи та методики</b> .....	<b>49</b>
Кочарян О. С. Субвербальна модель клієнт-центрованої психотерапії.....	49
Кочарян Г. С. Віргогамія (незайманій шлюб): причини, клінічні спостереження, досвід корекції .....	58
Боукідіс З., Кантор А. Розуміння фокусовано-орієнтованої психотерапії .....	67
Герольд А. Нейрогенне тремтіння при проведенні TRE-вправ для зняття напруги, стресу і травми за методикою доктора Девіда Берселі при позбавленні від посттравматичного стресового розладу ПТСР (англ.).....	76
Герольд А. Нейрогенне тремтіння при проведенні TRE-вправ для зняття напруги, стресу и травми за методикою доктора Девіда Берселі при позбавленні від посттравматичного стресового розладу ПТСР.....	85
<b>Психотерапія та культура</b> .....	<b>96</b>
Сандомирський М. Є. Агресивність підлітків: соціальні, психологічні та психосоматичні аспекти .....	96
<b>Гендерна психотерапія</b> .....	<b>105</b>
Терещенко Н. М. Викривлення образу партнера при синдромі «емоційного холоду» (на прикладах з консультативної практики).....	105
<b>Медицина психологія: теоретичні та прикладні питання</b> .....	<b>112</b>
Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О. Проблема комплайенсу пацієнтів в сучасній медичній психології.....	112
Маркова М. В., Кришталь Є. В., Лобойко Л. І. До проблеми медико-психологічного супроводу системи «мати – дитина» за різних умов вигодовування немовляти.....	121
Вірна Ж.П., Прус О.В. Психотерапевтична взаємодія в діаді «лікар – хворий» у практиці невротології.....	130
Коростій В. І., Коровіна Л. Д. Роль преморбидних та коморбидних психічних розладів в патогенезі та прогнозі ПТСР .....	139
Сукачова О. М. Сучасний стан питання адаптаційних розладів у військовослужбовців Збройних сил України, звільнених внаслідок реформування армії .....	150
<b>Дискусії</b> .....	<b>160</b>
Чабан О. С. Симптом у психіатрії: астенія .....	160
<b>Роботи молодих вчених</b> .....	<b>184</b>
Доценко О. Ю. Особливості ранніх спогадів дівчат із симптомокомплексом “емоційного холоду” ....	184
Колпак Т. В. Культурні моделі гендерної ідентичності у жінок .....	190

**CONTENT**

<b>Theoretical and methodological problems of psychological counseling and psychotherapy</b> .....	<b>6</b>
Andrushchenko V. P. and Yatsenko T. S. Philosophy and psychology of psychodynamic cognition .....	6
Kocharyan I. A. Behavior as a resourceessential self-regulation of psyche .....	27
Hayduchyk P. D. Separation anxiety of personality: methodological research dimension.....	41
<b>Psychotherapeutic modalities, methods and techniques</b> .....	<b>49</b>
Kocharian A. S. Subverbal model of personcentred psychotherapy .....	49
Kocharian G. S. Virgin marriage: causes, clinical observation, correction experience .....	58
Zack Boukydis, Árpád Kántor. Understanding focusing-oriented psychotherapy.....	67
Andreas Herold. Neurogenic tremor through TRE tension, stress and trauma releasing exercises according to d. Berceli in the treatment of post-traumatic stress disorder PTSD .....	76
Herold Andreas Neurogenic tremor through TRE Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises according to D. Berceli in the treatment of post-traumatic stress disorder PTSD (russian) .....	85
<b>Psychotherapy and Culture</b> .....	<b>96</b>
Sandomirskiy M. E. Adolescent aggression: social, psychological and psychosomatic aspects .....	96
<b>Gender psychotherapy</b> .....	<b>105</b>
Tereschenko N .N. Distortion of the image of the partner with the syndrome of "emotional coldness" .....	105
<b>Medical psychology: theiretical and applied questions</b> .....	<b>112</b>
Shestopalova L. F., Kozhevnikova V. A., Borodavko O. A. The problem of compliance of patients in modern medical psychology.....	112
Markova M. V., Krishtal E. V., Lobjko I. I. To the problem of medical and psychological support system «mother – child» under different feeding conditions .....	121
Virna Zh. P., Prus O. V. Psychotherapeutic interaction in dyad "doctor - patient" in neurological practice .....	130
Korostiy V. I., Korovina L. D. The role of premorbid and comorbid mental disorders in the pathogenesis and prognosis of PTSD .....	139
Sukachova O. N. Current status of an issue regarding disorders in the adaptation of servicemen of armed forces of Ukraine, discharged in the result of army reformation .....	150
<b>Discussions</b> .....	<b>160</b>
Chaban O. S. Psychiatric symptom: asthenia.....	160
<b>Works of Young Scientists</b> .....	<b>184</b>
Dotsenko O. Yu. Features of earliest memories of the girls with the «emotional coldness» symptomcomplex .....	184
Kolpak T. V. Cultural models of gender identity in women.....	190

---

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Теоретические и методологические проблемы психологического консультирования и психотерапии</b> .....	<b>6</b>
Андрущенко В. П., Яценко Т. С. Философия и психология психодинамического познания .....	6
Кочарян И. А. Поведение как ресурс эссенциальной саморегуляции психики .....	27
Гайдучик П. Д. Сепарационная тревога личности: методологическое измерение исследования .....	41
<b>Психотерапевтические модальности, методы и методики</b> .....	<b>49</b>
Кочарян А. С. Субвербальная модель клиент-центрированной психотерапии .....	49
Кочарян Г. С. Виргогамия (девственный брак): причины, клинические наблюдения, опыт коррекции .....	58
Боукидис Э., Кантор А. Понимание фокусированно-ориентированной психотерапии (англ.) .....	67
Герольд А. Нейрогенное дрожание при проведении TRE-упражнений для снятия напряжения, стресса и травмы по методике доктора Дэвида Берсели при избавлении от посттравматического стрессового расстройства ПТСР (англ.) .....	76
Андреас Герольд. Нейрогенное дрожание при проведении TRE-упражнений для снятия напряжения, стресса и травмы по методике доктора Дэвида Берсели при избавлении от посттравматического стрессового расстройства ПТСР (русс.) .....	85
<b>Психотерапия и культура</b> .....	<b>96</b>
Сандомирский М. Е. Агрессивность подростков: социальные, психологические и психосоматические аспекты .....	96
<b>Гендерная психотерапия</b> .....	<b>105</b>
Терещенко Н.Н. Искажения образа партнера при синдроме «эмоционального холода» (на примерах из консультативной практики) .....	105
<b>Медицинская психология: теоретические и прикладные вопросы</b> .....	<b>112</b>
Шестопалова Л. Ф., Кожевникова В. А., Бородавко О. А. Проблема комплайенса пациентов в современной медицинской психологии .....	112
Маркова М. В., Кришталь Е. В., Лобойко Л. И. К проблеме медико-психологического сопровождения системы «мать – ребенок» при разных условиях вскармливания малыша .....	121
Вирна Ж. П., Прус А. В. Психотерапевтическое взаимодействие в диаде «доктор – больной» в практике неврологии .....	130
Коростий В. И., Коровина Л. Д. Роль преморбидных и коморбидных психических расстройств в патогенезе и прогнозе ПТСР .....	139
Сукачёва О. Н. Современное состояние вопроса адаптивного расстройства у военнослужащих Вооруженных сил Украины, уволенных в результате реформирования армии .....	150
<b>Дискуссии</b> .....	<b>160</b>
Чабан О. С. Симптом в психиатрии: астения .....	160
<b>Работы молодых ученых</b> .....	<b>184</b>
Доценко А. Ю. Особенности ранних воспоминаний девушек с симптомокомплексом “эмоционального холода” .....	184
Колпак Т. В. Культурные модели гендерной идентичности у женщин .....	190

---

**Розділ: Теоретичні та методологічні проблеми психологічного  
консультування та психотерапії**

УДК 159.922 : 165.12

**ФІЛОСОФІЯ І ПСИХОЛОГІЯ ПСИХОДИНАМІЧНОГО ПІЗНАННЯ**

**Андрущенко В. П., Яценко Т. С.**

Стаття В. П. Андрущенко і Т. С. Яценко презентує філософсько-психологічний погляд на проблему пізнання психіки в її цілісності і єдності сфер свідомого й несвідомого. Основний акцент зроблено на інтеграційно-дезінтеграційних ефектах, що є наслідком суб'єктивних процесів інтегрування психіки на хибних засадах, детермінованих системою психологічних захистів. Автори вводять нову класифікацію психологічних захистів в їх ситуативних та базальних виявах. Розкрито категорію «метадосвідного», «позадосвідного» як передумови базальних захистів, пов'язаних з передсвідомим (онтологічним несвідомим) та ін. порушено проблему адекватності методів пізнання психіки в її цілісності та здійснено порівняльний аналіз методології традиційного і психодинамічного підходів.

Ключові слова: цілісність психічного, єдність свідомого і несвідомого, свідоме, несвідоме, архетип, психологічні захисти, «позадосвідне», «метадосвідне», онтологічне несвідоме.

The article by V. P. Andrushchenko and T. S. Yatsenko presents the philosophical and psychological view on the problem of knowing of the psyche in its integrity and unity of conscious and unconscious spheres. The main emphasis has been made on integration and disintegration processes, which is a result of subjectivity of the integration of the psyche on false principles, which is determined by a system of psychological defenses. The authors introduce a new classification of psychological defenses in their situational and basal manifestations. It has been revealed the category of "metaexperience", "outside experience" as a prerequisite of the basal defenses, which are related to the ontological unconsciousness sphere and etc. It has been set the problem of the adequacy of methods of psychological knowledge of the psyche in its integrity and it has been made a comparative analysis of methodologies and traditional psychodynamic approaches.

Key words: mental integrity, the unity of conscious and unconscious, conscious, unconscious, archetype, psychological defenses, "outside experience", "metaexperience", ontological unconscious.

Статья В. П. Андрущенко и Т. С. Яценко презентует философско-психологический взгляд на проблему познания психики в ее целостности и единстве сфер сознания и бессознательного. Основной акцент сделан на интеграционно-дезінтеграционных процессах, являющихся следствием субъективной интегрированности психики на ложных основаниях, детерминированных системой психологических защит. Авторы вводят новую классификацию психологических защит в их ситуативных и базальных проявлениях. Раскрыта категория «метаопытного», «внеопытного» как предпосылки базальных защит, связанных с предсознательным (онтологическим бессознательным) и др. Поставлена

проблема адекватности методов познания психики в ее целостности и проведен сравнительный анализ методологии традиционного и психодинамического подходов.

Ключевые слова: целостность психического, единство сознательного и бессознательного, сознательное, бессознательное, архетип, психологическая защита, «внеопытное», «метаопытное», онтологическое бессознательное.

### **Постановка проблеми**

Предметом психології і філософії є Людина, формування її духовного світу, підготовка до життя в найширшому розумінні цього слова, поряд з розвитком її психологічної культури. При цьому не знижується актуальність питання: яким чином і на яких засадах здійснюється органічне єднання філософії та психології, що конкретно означає їх синтез у функціональному відношенні, як і в контексті проблем відродження духовності, що спирається на гармонізацію внутрішнього світу людини.

Основа пізнання істини – «ставлення до всякої речі так, як того потребує сутність цієї речі» (К. Маркс). Істина є метою раціонального освоєння психологічної реальності. Специфіка реальності психічного полягає в єдності суперечливої цілісності сфер свідомого і несвідомого. Філософія стверджує, що розум інтегрує всі формоутворення людського духу [1]. Саме тому на авансцену глибинного пізнання психіки виходять когнітивні процеси суб'єкта, які можуть деформуватися ілюзіями, викривленнями, породжуваними автоматизованими захистами, що зорієнтовані на підкріплення очікувань ідеалізованого Я. Стаття розкриває внутрішню структурно-динамічну сутність психічного і доводить, що шлях до пізнання його істини пов'язаний з ослабленням, нівелюванням відступів від реальності, зумовлених насамперед потребою маскування едіпальних мотивів поведінки. Доводиться, що практика такого глибинного, діагностико-корекційного процесу має підпорядковуватися законам «позитивної дезінтеграції психіки та вторинної її інтеграції на більш високому рівні психічного розвитку суб'єкта» [10], що відповідає філософському закону «заперечення заперечення». Отже, глибинна психокорекція повертає людину обличчям до необхідності вивчення власної соціально-перцептивної реальності в системі «суб'єкт-суб'єкт», каталізує її особистісне зростання (самореалізацію) як передумову розвитку внутрішньої гармонії і психологічної культури.

### **Результати теоретичного аналізу проблеми**

(1) Проблеми функціонування психіки поряд із протиставленням душевного тілесному і сьогодні перебувають у центрі філософських дискусій. У філософії впродовж тривалого часу використовувався лише термін «душа» (дух), поняття «психіка» виникло тільки наприкінці XIX століття. Кожна школа психології брала до уваги цілісність психічного, але при цьому вирішувала, якою ж її частиною вона буде займатися.

У цьому дослідженні ми торкаємося проблеми пізнання психічного в його цілісності (свідоме і несвідоме), що потребує не лише розкриття функціональних особливостей несвідомого, а й об'єктивування інструментальних аспектів його взаємозв'язків зі свідомістю. Ми дотримуємося позиції, що пізнання – це «пошук і знаходження балансу між низкою суперечливих позицій, які доповнюють одна одну» [7, с. 659]. Філософське розуміння категорії пізнання стикається з протистоянням концептуальних позицій: реалізм–

інструменталізм; фундаменталізм–феноменалізм; субстанціалізм–функціоналізм; догматизм–релятивізм. Узагальнення суперечливих позицій дає змогу поставити їх на дві платформи: фундаменталізм (есенціалізм) ↔ функціоналізм (феноменалізм).

Гіпотеза: пізнання психічного ускладнене залежністю досліджень від традиційно-природничого підходу, що відкриває перспективи дослідження лише для однієї сторони – свідомості – за ігнорування іншої – несвідомого. Необхідність заповнення цієї прогалини і зумовила орієнтацію дослідницького пошуку на цілісність психічного в його свідомих і несвідомих виявах і розкриття перспектив пізнання несвідомого відповідно до його функціональних особливостей та взаємозв'язків зі свідомим.

Основну увагу у статті зосереджено на об'єктивній природі детермінант несвідомого, що породжують суб'єктивізм свідомості. Вперше порушено проблему не лише системності психічного, а і його логічної впорядкованості, що виражається в «логіці свідомого» і «логіці несвідомого» («іншій логіці»). Для пізнання феномену психічного логіка є «частиною теорії пізнання, і саме «психодинамічного пізнання» [8, с. 548].

Таким чином, погляд на психіку як на просте відображення не збігається з позицією дослідників, які ототожнюють її з фізіологічним процесом. Психічне не виступає як суто духовне, відокремлене від мозкових процесів. Укоренилася думка про те, що психічне відображення «визначається» властивостями і відношеннями предметного світу, яким воно підпорядковане. Філософи, подібно до психологів, феномен відображення пов'язують із виникненням свідомості, на формування якої впливають суспільні відносини. Необхідно враховувати, що «несвідоме – особлива сфера психічного чи система процесів, якісно відмінних від явищ свідомості» [8, с. 52] і «здійснюваних без участі свідомості» [7, с. 94]. Ми солідарні із З. Фрейдом у його відкритті несвідомого як «автономного, незалежного від свідомості безособового початку людської душі» [7, с. 95]. Несвідоме існує «поза статтю, простором і часом», що дало підставу К. Г. Юнгу вказати на його колективні та архетипні основи, які є вирішальними в здатності людини візуалізувати власний психологічний зміст.

Сказане вище свідчить про актуальність порушеної проблеми пізнання психічного не тільки у форматі свідомого й несвідомого, але й у їх єдності.

Філософський енциклопедичний словник зазначає, що свідомість не вичерпує психічне: «У людини є і неусвідомлювані психічні явища і процеси, тобто такі, в яких вона не може дати собі звіту, які приховані від її самоспостереження» [7, с. 547]. Несвідоме (у цьому виданні) вчені репрезентують дуже різнопланово, зокрема як: анамнез (Платон); фізіологічні процеси, що відбуваються поза свідомістю (Декарт); нижча форма душевної діяльності за порогом свідомості (Лейбніц); діяльність нервової системи (Гартлі); інтуїція, чуттєве пізнання (апріорний синтез) (Кант); глибинне джерело творчості (представники романтизму); ірраціоналізм (Шопенгауер); ірраціоналізм як універсальний принцип основи буття й світобудови (Гартман) та ін.

У контексті розроблюваної нами психодинамічної теорії важливо зазначити, що в 1824 р. Герbart увів динамічну характеристику несвідомого, що означало: несумісні ідеї можуть вступати в конфлікт, «причому слабші витісняються зі свідомості, не втрачаючи своїх динамічних властивостей, та продовжують на неї впливати» [7, с. 52]. Особливе місце слід відвести роботам З. Фрейда, який представив несвідоме не як нижчу форму психічного порівняно з головною формою – свідомістю, а як енергетично потужнішу силу, що

---



антагоністично конфронтує з ним. Лише техніка психоаналізу, за твердженням З. Фрейда, може послабити це протистояння. Заслуга К. Г. Юнга полягає у введенні категорії колективного несвідомого і архетипу як об'єднавчої інстанції минулого і актуального досвіду.

Ми не можемо знати, яка природа несвідомого і форма його існування, але ми здатні їх пізнавати, користуючись відкриттями З. Фрейда, К. Г. Юнга, що асимільовані психодинамічною методологією. Вирішення проблеми пізнання несвідомого З. Фрейд знайшов в аналізі другорядних речей: обмовок, описок, забувань, сновидінь тощо, які свідчать про чинники стурбованості свідомості. Вчений подарував психології метод вільних асоціацій, які спонтанно спливають у свідомості суб'єкта, детерміновані імперативом внутрішніх, імпліцитних сил, що зумовлюють мимовільну активність. Таким чином, З. Фрейд істотно змінив сам підхід до наукового пізнання цілісної психіки і визначив перспективи розкриття сутності несвідомого, що відрізняється універсальністю законів функціонування як для психічно здорової людини, так і для невротика (відмінності лише в акцентах, поставлених хворобою). Стає зрозумілою цінність природної, спонтанно-мимовільної активності суб'єкта як необхідної передумови ефективності глибинного пізнання психіки.

(2) Формування методології пізнання цілісної психіки у функціональній єдності свідомого і несвідомого – центральна проблема психології. Навіть представники діяльнісного підходу, що віддають пріоритети зовнішній заданості активності суб'єкта, визнавали існування несвідомої сфери. Так, О. М. Леонт'єв, засновник теорії діяльності, пише: «На відміну від цілей мотиви актуально не усвідомлюються суб'єктом: виконуючи ті чи інші дії, ми в цей момент зазвичай не звітуємося собі в мотивах, що їх спонукають... нам не важко привести їх мотивування, але мотивування не завжди містить у собі вказівки на їх істинний мотив» [7, с. 201]. Уявлення О. М. Леонт'єва в багатьох позиціях наближають нас до розуміння важливості вивчення неусвідомлюваної психічної активності у формуванні особистості. Це потребує розроблення спеціального категоріального апарату понять, здатних адекватно відображати функціонування несвідомого в упорядкованості його закономірностей. Несвідоме знаходить вияв у прихованому «другому плані» діяльності, на який вказував О. М. Леонт'єв. Для введення цього «другого плану» в площину об'єктивного спостереження в груповій корекції нами використовуються опредметнені засоби («об'єктивний аспект діяльності»), що сприяють забезпеченню «наочної переконливості» для респондента логіки поведінкового матеріалу, з'ясування якої передбачає психоаналіз та інтерпретацію. Прикладом є досвід А. С. Макаренка – використання ним «публічного обряду» спалювання на вогнищі персональних характеристик і старого одягу, що емотивно вражало безпритульних і зумовлювало їхні особистісні зміни, новоутворення.

Важливо розрізнити такий різновид несвідомого, який може мати прямолінійну детермінацію, приміром, сформовані навички, звички. Ця форма несвідомого не є робочою в межах психодинамічного підходу. У поле нашої дослідницької уваги потрапляє тільки той різновид несвідомого, котрий пов'язаний із механізмами витіснень і чинниками заборони на повернення його наслідків (слідів) у свідомість за участю механізмів опору. Процедура пізнання глибинного (неусвідомлюваного) змісту психіки залежить від дослідника не повністю, а лише відносно, у зв'язку з іманентністю її динаміки (на відміну від традиційно-

---

експериментального підходу). Помічником глибинного психолога є його професійна здатність здійснювати діагностико-корекційний процес, слідуючи за активністю суб'єкта в її мимовільній континуальності та індивідуалізації. Глибинне пізнання передбачає інтерпретацію спонтанно-поведінкового матеріалу з метою визначення в ньому логічних взаємозв'язків, континуальність же виявів поведінки вказує на спрямованість енергетично потентних первинних витоків мимовільної активності суб'єкта. При цьому не залишаються поза увагою функціональні відмінності сфери свідомості та несвідомого при їх взаємозалежностях. Мова свідомості та несвідомого істотно відрізняється. Несвідоме розкривається в образних, метафорично-архетипних і символічно-полівалентних засобах, що несуть відбиток симультанності процесів, специфічних для цієї сфери пізнання, яка потребує інтерпретації поведінки. Мова ж свідомості дискретна, знакова і характеризується однозначністю, конкретністю. Вивчення сфери свідомості передбачає орієнтацію на прямолінійно-каузальну її детермінованість [12, с. 211–212].

Психодинамічна методологія передбачає конкретизацію предмета дослідження, в нашому випадку – передсвідомості як форми несвідомого, що є результатом витіснення імпульсів Ід і ґрунтується на латентному синтезі їх наслідків, які мають тенденцію до транзитності нереалізованого глибинного інтересу через актуалізацію механізмів заміщення, перенесення, проекції та ін. Отже, інстанція Ід має не прямий, а опосередкований вплив на формування передсвідомості, що зберігає імператив енергетичного потенціалу витіснених її потягів. Інакше кажучи, епіфеноменом витіснення є «соціалізація» потягів Ід у передсвідомому зі збереженням протистояння нормативним вимогам Супер-Его. Взаємна незалежність тих чи тих витіснень і їх первинна темпоральність (розведеність у часі) нівелюються синтезом слідів на латентному рівні. Результатом є логічно впорядкована система психіки з пріоритетністю емотивності валентних залишкових, енергетично потентних слідів витіснень.

Фізіологічний аспект проблеми пов'язаний з іррадіацією «залишкових» енергій та їх інтерференцією, що сприяє узагальненню джерел витіснень у передсвідомості. Тому в процесі глибинного пізнання психіки ми змушені зважати не лише на афективні параметри витіснень, а й на аналітико-синтетичні, когнітивно-впорядковані утворення. Сказане стосується такого конструкту несвідомого, побудованого на абстрагуванні від безпосереднього досвіду, що кваліфікує його як «позадосвідне», «дореклексивне». Саме цей конструкт зумовлює «когнітивний» характер базальних форм психологічних захистів у їх спрямуванні на реалізацію інфантильних інтересів. Периферійна (ситуативна) форма захисту переслідує просоціально-адаптаційні цілі та орієнтацію на ідеали Я. Таким чином, базальні захисти несуть у собі семантичне (когнітивне) навантаження, що визначає доцільність і впорядкованість внутрішньої активності несвідомого згідно з «незавершеними справами дитинства».

Багаторічний досвід проведення глибинної корекції у форматі розробленої нами психодинамічної теорії та відповідної методології дає підстави стверджувати, що семантичний (смысловий) ракурс базальних форм психологічного захисту задається едіпальною залежністю суб'єкта, імпульси якої не тільки впливають на характер «сита» витіснень, а й на домінантність у процесах імпліцитного структурування психіки. І хоча несвідоме не потрапляє в поле зору свідомості і не піддається прямому її впливу,

---

«людський» його сенс зберігається в епіфеноменальності таких явищ психіки, як ревності, заздрість, конкуренція, амбівалентність почуттів, відчуття провини і меншовартості. Інакше кажучи, цілісній системі психічного властива «обізнаність» з пріоритетами просоціальних цінностей, що мають важливе значення для її інкорпорування в навколишній світ з архетипним навантаженням. Психіка, отримавши «урок просоціальної мудрості» (браку якої і зумовив витіснення імпульсів Ід), іманентно втілює в передсвідомості орієнтири на адаптивну узгодженість інтересів Я із соціумом. «Позадосвідне» з власною, імпліцитно притаманною йому логікою впливає на спрямованість динаміки мимовільної поведінки суб'єкта, формує провідні тенденції психічного. При цьому енергетичні пріоритети «позадосвідного», задані едіпальною залежністю суб'єкта, прагнуть реалізації через базальні захисти за умов інтеграції з ситуативними їх формами, що спрямовані на активність у просоціальному ключі. Така інтеграція побудована на внутрішньому компромісі, що «падає на плечі» ситуативних (периферійних) захистів. За необхідності шлях інкорпорування несвідомого в просоціальну активність суб'єкта пов'язаний із суб'єктивно-інтегративними процесами, які зумовлюють відступи і викривлення соціально-перцептивної реальності (на рівні як вхідної інформації, так і внутрішньої її інтерпретації). Звідси випливає висновок: системність психологічного захисту передбачає взаємозв'язок двох її форм базальної і ситуативної, що реалізуються відповідно «по горизонталі» і «по вертикалі». Саме периферійна («поведінкова») «вертикаль» захисту змушена бути віртуозною у примиренні різноспрямованих тенденцій психіки: ірраціональності несвідомого з раціональністю свідомого. Зазначене «примирення» здійснюється завдяки активності механізмів суб'єктивної зінтегрованості психіки, яка спирається на умовні цінності [див. 6], при цьому глибинний мотив має перспективу часткової реалізації, асимілюючись, зокрема, з умовними цінностями, що маскують інфантильний інтерес активності Я.

Інтегративна спроможність системи психологічних захистів знецінюється (в контексті реалізації «сили Я») відступами від реальності, до яких вона сама ж і призводить (викривлюючи зворотний зв'язок), породжуючи дисфункції психіки, дезадаптуючи особистість. Отже, автоматизовані форми захистів, що живляться очікуваннями й ілюзіями ідеалізованого Я, завдають шкоди психіці, об'єктивно-дезінтегруючи її та спричиняючи феномен «хибного кола», коли результат набуває пускової сили нового нашарування витка захистів. Це зумовлює багатосаровість захистів, тобто «товстошкірість» людини. Залежність психіки від ілюзій, продукованих захистами, пояснює їх емотивну реалістичність для суб'єкта згідно з «принципом задоволення», який вступає в суперечливість із «принципом реальності».

Таким чином, захисти, з одного боку, інтегрують психіку, хоча й на уявно-ілюзорних засадах (маскуючи тим самим дезінтеграційні процеси), а з іншого – створюють відступи від реальності, що формує передумову внутрішньої стабілізованої суперечливості. Особистісна проблема суб'єкта пізнається шляхом психоаналізу емпірики з метою об'єктивування діаметральної спрямованості «логіки свідомого» та «логіки несвідомого». Відступи від соціально-перцептивної реальності, породжувані психічними захистами у системі взаємодії «людина–людина», входять до числа важливих проблем методології глибинної корекції.

(3) Філософсько-психологічний ракурс дослідницької уваги націлений на пояснення методології процесу виявлення помилкових, хибних, викривлених позицій, які ослаблюють

силу Я особи та реально дезінтегрують психіку, що суперечить інстинкту самозбереження. Тому глибинне пізнання зорієнтоване на виявлення в психіці об'єктивно-дезінтеграційних процесів, які заявляють про себе в суперечливості поведінки і потребують адекватних способів їх нівелювання, тобто корекції. Увесь цей процес (згідно з психодинамічною методологією) підпорядкований законам позитивної дезінтеграції та вторинної інтеграції психіки на більш високому рівні розвитку суб'єкта. Зазначені закони дисциплінують глибинне пізнання в пошуках інструментальних засобів оптимізації чинників відновлення цілісності психіки шляхом розширення і зміцнення самосвідомості суб'єкта. Відступи від реальності (розбіжності між намірами і реальними діями) потребують не тільки їх емпіричного виявлення, а й корекції завдяки ослабленню помилкових позицій когнітивного базису автоматизованих форм психологічних захистів, що само по собі розширює і підсилює інтеграційні можливості психіки в напрямі досягнення більш високого рівня її розвитку.

Отже, глибинне пізнання в психодинамічній парадигмі ґрунтується на виявленні викривлень соціально-перцептивної реальності, для яких характерні фіксованість і водночас індивідуалізованість. Це узгоджується з позицією австро-англійського філософа Карла Раймунда Поппера, творця оригінальної методологічної концепції, що дістала назву «фальсифікаціонізм» [5]. В основу концепції пізнання К. Поппером був покладений принцип фальсифікації, тобто спростування наукових (особистих) переконань за допомогою досвіду. К. Поппер вводить критерій спростування переконань як необхідну передумову просування до істини. Він не довіряв жодному критерію, окрім практики, за яким можна було б визначати істинність певних положень. К. Поппер відмовився від будь-якої абсолютно достовірної основи обґрунтованості знань, підкреслюючи цим науково-практичну значущість виявлення помилок, хибних позицій, перекручених «істин» тощо. Він пише: «Поступово виявляючи та відкидаючи неправду, ми тим самим можемо наблизитися до істини» [7, с. 666]. Важко не погодитися з К. Поппером у тому, що явища, які пізнаються, занадто складні, а вершина айсберга, доступна дослідницькій увазі, не є його всеосяжною сутністю, що піддають сумнів істинність науково-академічних висновків. Тому виявлення помилок суб'єкта (щодо себе та інших) каталізує внутрішні, приховані його резерви знаходження істини психічного самовідображення. Інакше кажучи, «позитивна дезінтеграція», послаблюючи щільність ілюзорної платформи психологічних захистів суб'єкта, сприяє їх реконструюванню, а відтак – зумовлює вторинну інтеграцію психіки на більш високому рівні її розвитку. Тому важливо забезпечити позитивність дезінтеграції психіки, а інтеграційні процеси здійснюються іманентно самоплинно. Важливу роль відіграє точність діагностування суперечностей психіки, які маскуються психологічними захистами через хибні позиції Я. Послаблення цих позицій каталізує процеси внутрішнього переструктурування психіки та її інтеграцію на реалістичніших засадах, що сприяє підвищенню адаптації суб'єкта.

У психодинамічному підході на перше місце ставиться безпосередній досвід, який продукується ситуацією «тут і тепер» і піддається діагностуванню в єдності з психокорекцією. Виявлення відступів від реальності актуалізує самозбереження (нікому не хочеться бути ошуканим навіть самим собою), що й спричиняє самозміни. Тому глибинне пізнання ґрунтується на спонтанності особистого поведінкового матеріалу респондента, який набуває психокорекційної сили за наявності його інтерпретації, націленої на виявлення

---

інфантильно-базальних витоків дисфункцій психіки. Викривлення соціально-перцептивної реальності мають індивідуальну неповторність, насамперед під впливом базальних захистів. Виявлення хибних позицій суб'єкта за фасилітативної участі психолога, який сприяє експлікуванню прихованих глибинних детермінант, відкриває перспективи особистісного зростання учасників глибинного пізнання. Емпіричний фактаж доводить, що особистісна проблема незмінно потребує позитивної дезінтеграції психіки за рахунок послаблення її уявної інтеграції, забезпечуваної ілюзіями захисної системи, що породжують викривлення вхідної соціально-перцептивної інформації. Зазначені ілюзорні процеси набувають реалістичності на емотивному рівні переживань та самосприйняття, смисл яких прихований від свідомості системою опорів.

Практика глибинного пізнання передбачає єдність діагностики і корекції, здійснюваних у процесі діагностико-корекційного діалогу з респондентом, ефективність якого залежить від професійних можливостей психолога. Чинник «достовірності» важливий як для науковості пізнання, так і для переконливості впливу на респондента інтерпретаційних висновків. Ці завдання поєднані між собою. Зокрема, достовірність інтерпретаційних висновків, адресованих респонденту, передбачає його довіру до отриманої інформації про особистісну причетність до нагальних проблем, нібито створюваних іншими. Для дослідника велике значення мають цілісність і всеосяжність діалогічного процесу, слідування за континуальністю семантики спонтанної активності суб'єкта, що сприяє виявленню логіки свідомого та несвідомого («іншої логіки»). Тому особливо важливо, щоб діалог актуалізував мимовільну ініціативу спонтанних висловлювань респондента, послаблюючи і нейтралізуючи тим самим його опори. Діагностика при цьому має процесуальний характер і спирається на знання глибинним психологом функціональних особливостей несвідомої сфери в єдності її суперечливих взаємозв'язків зі свідомим. Глибинне пізнання, як і корекційний ефект, залежить від діагностично-професійної спроможності психоаналітичної інтерпретації поведінкового матеріалу, яка враховує наступне: системну логічність взаємозв'язків; ітеративність окремих характеристик поведінки; їх інваріантність; розбіжність логіки свідомого і логіки несвідомого («іншої логіки») та ін. Результативність глибинного процесу передбачає забезпечення його цілісності і прийнятності способів подання респонденту інтерпретаційних висновків про внутрішні стабілізовані суперечності, що обумовлюють «енергетичні ножиці», які «підрізають» силу його Я. Переконливість і діагностична точність аналізу поведінкового фактажу в такому випадку пробуджує в респондента бажання до змін, що істотно каталізується інстинктом самозбереження. Наш багаторічний досвід переконує, що перспективи вивчення глибинної детермінованості поведінки відкриваються лише за умов забезпечення її спонтанності і мимовільності. У такому разі психоаналіз поведінки здатний каталізувати особистісні зміни. Переконливість психоаналітичних інтерпретацій зумовлена як їхньою прозорістю, візуалізованою доказовістю, так і виявленням логіки ланцюжків у поведінковому матеріалі. Діагностико-корекційний процес відрізняється: багаторівневістю і багаторазовістю спроб розширення самосвідомості суб'єкта; розвитком його сенситивності в розумінні власних відступів від соціально-перцептивних реалій та індивідуалізованістю їх викривлень.

(4) Прогалину в методології, як і в методах дослідження цілісної психіки, спробували заповнити в 70-х роках ХХ століття грузинські вчені під керівництвом Д. М. Узнадзе.

Пояснення несвідомої сфери вони зводили до категорії установки. На нашу думку, дослідницька платформа теорії установки Д. М. Узнадзе пов'язана з потенційно усвідомлюваними процесами, що не мають стосунку до істинного несвідомого, яке охороняється опорами і позбавлене шансів прямолінійної презентації у свідомості. Ця позиція знаходить підтвердження в роботах О. К. Тихомирова, який пише: «Не можна не враховувати, що поняття несвідомого – це категорія ширша за поняття психологічної установки, з чого випливає, що зводить теорію несвідомого до теорії психологічної установки і прагнути вичерпати закономірностями цього феномену прояви несвідомого в його загальному психологічному і філософському розумінні було б серйозною методологічною помилкою, своєрідним редукціонізмом» [3, с. 29]. Погоджуючись з О. К. Тихомировим, зауважимо, що підхід Д. М. Узнадзе до пізнання несвідомого не подолав залежності від класичного погляду на пряму детермінованість психіки, як і на її заданість характером діяльності. Теорія установки передбачає формування певної програмованої дослідником діяльності респондента. Ми, не заперечуючи такого впливу на несвідоме, водночас стверджуємо, що це може бути здійснено не безпосередньо, а опосередковано. Теорія діяльності, яка ґрунтується на контрольованій детермінованості психічного, виключає поняття «позадосвідного», сформоване на основі латентного синтезу слідів (осередків) витіснень і неможливістю їх прямолінійної заданості ззовні.

Глибинний підхід до пізнання цілісної психіки відкрив перспективи вивчення провідних тенденцій в їх суперечливій сутності як латентно-синтетичного утворення, що не є характерним для феномену установки. Тенденції психіки вільні і від участі свідомості, і від смислової їх заданості дослідником. Вони припускають абстрагування від сюжетної конкретики пережитого суб'єктом досвіду. Інакше кажучи, тенденції психіки залежні від латентних процесів, в яких домінують залишкові валентності емотивних джерел витіснень, зумовлених значущістю життєвих, мимовільно пережитих суб'єктом обставин (а не штучно заданих, як у дослідках з формування установки). Отже, пізнання несвідомої сфери не може бути вичерпано теорією установки, яка не враховує наявності іманентної впорядкованості логіки несвідомого, що й відображає категорія «дорефлексивного», «позадосвідного». Питання доступності внутрішнього досвіду людини гостро стоїть у психодинамічній теорії, як і у відповідній методології.

Виходячи з багаторічної практики глибинної корекції ми схильні кваліфікувати «позадосвідне» як «наддосвідне», або «метадосвідне», акцентуючи увагу на його абстрагованості, «надбудованості» над конкретним, безпосереднім досвідом суб'єкта. Семантичний аспект опрацювання («перетравлення») досвіду та його перехід у «метадосвідне» підпорядкований внутрішнім законам, іманентно властивим психічному за активності мисленнєвих операцій на зразок абстрагування, систематизації, класифікації, структурування. Таким чином, «метадосвідне» являє собою когнітивний конструкт, який безпосередньо не стосується дослідно-діяльнісних аспектів активності суб'єкта за участю свідомості. Вказана відмінність психоаналітичного підходу від теорії установки, розробленої у форматі діяльнісного підходу, виявляє себе за параметрами заданості активності особи ззовні, за планом дослідника. Категорія ж «метадосвідне» в психодинамічному ключі її розгляду спирається на іманентно притаманні феномену психічного глибинні «інтереси», які зберігають спрямованість витіснених осередків на самореалізацію, що й каталізує

---

мимовільну активність суб'єкта. На цій підставі можна зробити висновок, що діяльнісний ракурс розуміння категорії психічного виводить за кадр пізнання категорію ірраціонального в його глибинній мотивації. Ірраціональне завдяки психодинамічному пізнанню завжди має шанс перейти в категорію раціонального (усвідомлюваного) шляхом дешифрування його прихованого мотиваційного смислу. З. Фрейд писав: «... усвідомленість – єдина ознака психічних процесів, що дана нам прямо і безпосередньо, але жодною мірою не здатна стати критерієм відмінності між системами». І далі: «Прагнучи до метапсихологічного розуміння психіки, ми не повинні приписувати особливого значення симптому "усвідомленості"» [4, с. 489]. Таким чином, З. Фрейд вказував на важливість розуміння відмінностей функціонування двох систем (свідомого і несвідомого), як і на метапсихічне, підпорядковане універсалиям законів буття. Це є близьким до позиції К. Г. Юнга при введенні категорії «колективного несвідомого».

(5) На наше глибоке переконання, центральною ланкою, що порушує об'єктивність психіки в її відображувальній функції, є система психологічних захистів, тому ми ще раз повернемося до особливостей функціонування цього важливого феномену. Позиція З. Фрейда у визначенні низки механізмів захисту була близька до біологічного погляду на людину як частину природи, що зазнає впливу цивілізації, культури, історії, традицій, виховання. Проте саме З. Фрейд демаркував (відшарував) академізм у підході до пізнання таємниць внутрішнього світу людини, який може давати збій у вигляді появи симптому або дисфункцій психіки. Осмислення проблеми психологічного захисту (в глибинно-психологічному ракурсі) переконує в диспозиційно-системній його структурованості (раціоналізація, проекція, ідентифікація, витіснення, заміщення та ін.). Сутність поняття психологічного захисту не вичерпується окремими механізмами, він охоплює певні структурно організовані рівні, зокрема: когнітивний, емотивний, поведінковий. Уся система підпорядкована єдиному генеральному механізму «від слабкості до сили» (незалежно від різновидів захистів). Наступне уточнення: психологічне, як і захист зокрема, функціонує і «по вертикалі», і «по горизонталі», на що немає посилань в ортодоксальному психоаналізі. «По вертикалі» дієвими є механізми ситуативного (периферійного) захисту, які асимілюють зазначені ортодоксальним психоаналізом механізми. Захисна ж «вертикаль» неминуче перетинається з «горизонталлю» – базальними захистами, що виражають глибинні (інфантильні) інтереси Я. Форми і способи периферійного (ситуативного) захисту можуть бути найрізноманітнішими, що не обмежує і не форматує категоризацію їх різновидів. Захист «по вертикалі», якому властива креативність способів маскування, шифрування глибинних інтересів Я, відображає зорієнтованість на ситуативно-адаптаційний вектор поточних обставин. Ситуативний захист («вертикаль») може бути доступним спостереженню і частковому (неповному) усвідомленню суб'єктом. Базальний же захист («горизонталь») недоступний зовнішньому спостереженню і безпосередньому відображенню свідомістю суб'єкта, що зумовлено імпліцитністю семантики глибинних цінностей. Пізнання базального захисту завжди часткове, залежне від сприятливості умов для його проявів через ситуативні захисти. Цей процес глибинного пізнання в психодинамічній парадигмі підпорядкований принципу багаторівневості часткової позитивної дезінтеграції психіки, як і відповідних процесів часткової інтеграції на більш високому рівні психічного розвитку суб'єкта. Внесемо уточнення. «Горизонталь» – це переважно внутрішня латентна активність психіки, пов'язана

із суто несвідомим, що не піддається прямому спостереженню, а «вертикаль» – внутрішня і зовнішня активність, що стосується як несвідомого, так і свідомого – доступного спостереженню. Є підстави стверджувати, що в ситуативних (периферійних) захистах завжди латентно присутні «інтереси» базальних захистів, що виражають несвідомий мотив, який прагне до прояву в поведінці. Зазначені характеристики системи захистів, не враховуються в традиційних (академічних) дослідженнях, як і те, що всякий акт психічного знаходиться на перетині «вертикалі» і «горизонталі»!

Розуміння зв'язку автоматизованих форм психологічного захисту (на когнітивному рівні) зі сферою свідомості дає підстави сформулювати важливу тезу: пізнання несвідомого незмінно стосується системи психологічного, зокрема базального, захисту, який використовує найменші можливості для замаскованої реалізації в поведінці. Вивчення базальних форм захисту передбачає розуміння її функціональних взаємозв'язків із ситуативними захистами. З огляду на сказане, організаційні передумови глибинної психокорекції зорієнтовані на послаблення (нівелювання) ситуативних захистів з метою актуалізації та об'єктивування в поведінці базальних їх форм. Введення спеціальних принципів організації групової взаємодії регулює поведінку учасників діагностико-корекційного процесу на емотивно-чуттєвому, безоцінному рівні поза просоціальними орієнтирами. При цьому неприпустимими є критика, оцінні судження в чорно-білих категоріях, неприйняття особистості іншого, поради, заохочення і покарання тощо. Увага респондента переводиться на емоційне самовідчуття в ситуації «тут і тепер» в системі «людина – людина», «очі в очі».

Невизначеність поведінки каталізує вказані вище механізми заміщення, перенесення, ідентифікації, компенсації, які причетні до формування базально-глибинних цінностей. Для більшої прозорості факту програмованості внутрішнього світу попереднім досвідом передбачено використання респондентом у процесі самопрезентації символічно-предметних, метафорично-архетипних засобів (малюнків, просторових моделей, каменів та ін.). Особливу значущість має розроблена нами методика психоаналізу комплексу тематичних (авторських) малюнків, що сприяє різнобічній візуалізації рефлексії, яка стимулюється численністю тем [11]. Емпіричний матеріал у такому випадку завдяки процесу опредметнення мимовільної активності суб'єкта наближає глибинне пізнання до специфіки образності мови несвідомого. Зазначені аспекти методологічного обґрунтування засобів глибинного пізнання залишаються в психології недостатньо вивченими й очікують свого вирішення як у теоретичному, так і в методологічно-практичному аспектах.

Психодинамічний підхід орієнтований на психічно здорових людей, а тому відмінний від ортодоксального психоаналізу не тільки в частині процедури («вільні асоціації» – «діалогічно керована спонтанність поведінки»), а й у поглядах на початкову основу. У психічно здорових людей потреба в допомозі не виражена, приглушена необхідністю (інтересом) тримати «просоціальне обличчя». Окрім того, враховуючи неусвідомлюваність детермінації особистісних проблем, суб'єкт не в змозі їх адекватно сформулювати. З огляду на сказане, в психодинамічному підході не передбачено представлення респондентом власної особистісної проблеми як відправного моменту глибинної корекції. Початком такого процесу є забезпечення спонтанності поведінки респондента, можливою є діалогічна взаємодія з психологом. Об'єднавчим моментом психоаналізу і психодинамічного підходу є

---



спонтанність поведінки й інтерпретаційний її аналіз, націлений на виявлення логічної впорядкованості поведінкового матеріалу (емпірики) з метою пізнання первинних (глибинно-інфантильних) детермінант деструкцій поведінки. Саме «логічний ланцюжок» спирається на континуальність смислового навантаження мимовільної активності суб'єкта. Психоаналітична процедура відрізняється від психодинамічної: в першому випадку – наявність симптому, в другому – дисфункцій психіки. Водночас вони мають спільну платформу – встановлення взаємозв'язків між повторюваними інваріантними характеристиками мимовільної поведінки. Це дає змогу виявити семантику (смысл) логіки спонтанної поведінки (вільних асоціацій), що й указує на глибинну першопричину особистісної проблеми та сприяє розширенню самосвідомості суб'єкта. Ми солідарні із З. Фрейдом у тому, що пізнання несвідомого неможливе поза участю свідомості.

Багаторічний досвід діагностико-корекційної практики дав можливість чітко окреслити досліджувану проблему, шляхи вирішення якої, на наше переконання, незмінно пов'язані з психологічними захистами, що обтяжують свідомість ілюзіями. Подібної позиції дотримувалися Сандлер та Йоффе (1969), співвідносячи проблеми психіки з категорією психологічного захисту, зокрема її механізмами, які вони відносили до «позадосвідного», а прояви в поведінці – до досвідного [3].

Оригінальний погляд на проблему захистів знаходимо також у Валлерстайна [2]. Із захистами він схильний пов'язувати «досвідну» сферу психіки (в нашій категоризації – ситуативний захист); функціональний же аспект описує в параметрах проявів несвідомого, що характерно для базальних захистів. Наголошуючи на важливості функціонального аспекту в захисній системі, яка пов'язана з «позадосвідним», він пише: «Можна усвідомити тільки такі змісти, які є результатом роботи свідомості, але не саму цю роботу як таку» [2, с. 715]. Психоаналіз, пізнаючи «позадосвідну» сферу, зазначає Валлерстайн, не тільки посилався на причини індивідуальних проявів психіки, а й апелював до їх підпорядкованості універсальним законам. Безцінною нам видається його дослідницька позиція, з якою ми солідаризуємося, зокрема: розкриваючи зв'язки і взаємозалежності в «позадосвідній» сфері, які мають індивідуалізований характер, глибинна психологія лише в такий спосіб може претендувати на статус науки! До сказаного додамо, що найважливішим науковим завданням є пізнання «об'єктивної» реальності психічного, яка притаманна несвідомому, й зумовлює суб'єктивізм особи! У цьому аспекті важко не погодитися з Ф. В. Бассінім, який стверджує, що «змішувати, ототожнювати ці два плани дослідження, які стосуються свідомого і несвідомого, методи і логіку дослідження – неприпустимо» [2, с. 720]. Водночас постає проблема знаходження золоті середини між науковою строгістю класичного дослідження і центрацією уваги на спонтанності поведінки при дотриманні психодинамічного підходу (який розвивається нами понад тридцять років), орієнтованого на вивчення функціональних особливостей несвідомої сфери. Одним із рішень зазначеної проблеми є прояснення структурного рівня розуміння цілісності психіки, що презентує розроблена нами «Модель» (рис. 1), описана в наступних роботах [9, 10, 12].

Модель зберігає розуміння З. Фрейдом структури психіки (Ід, Его, Супер-Его) і доповнює її лінійними взаємозалежностями з притаманними їм суперечливими тенденціями («горизонталь»). Таким чином, антагонізм структурних взаємозв'язків («вертикаль»), на які вказував З. Фрейд, доповнено суперечностями «по горизонталі», які підпорядковані

характеристикам, що окреслює категорія «антиномії» [9, 10, 12].

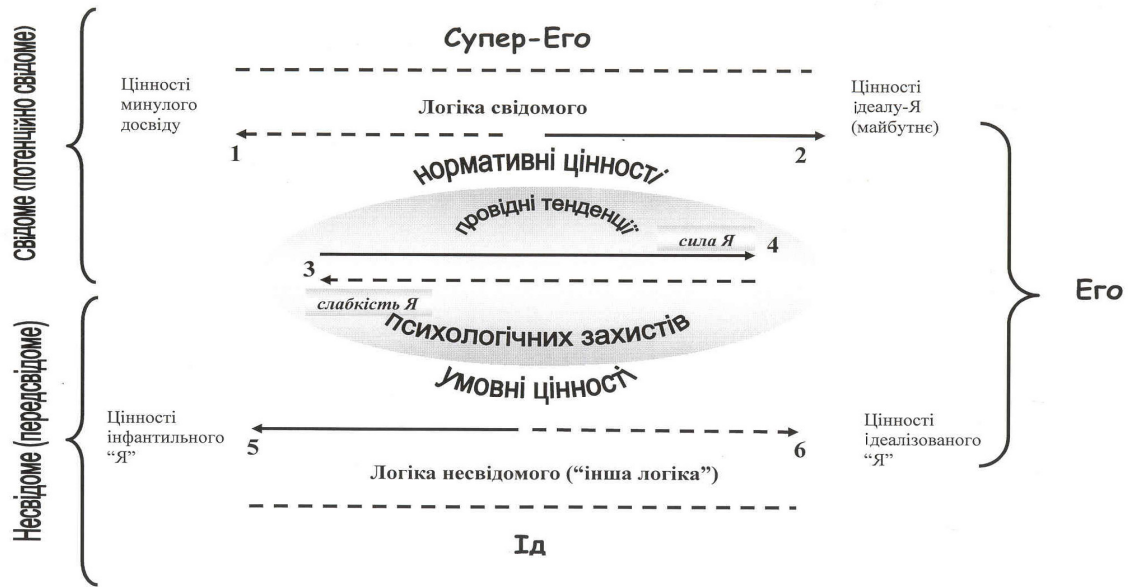


Рис. 1. Модель внутрішньої динаміки психіки

Отже, «Модель» орієнтує на пізнання цілісної психіки в єдності і протистоянні свідомого й несвідомого в їх структурній симетрії та асиметрії, ізоморфізмі та гомоморфізмі тощо. Розкриття цього питання (з урахуванням семантики «позадосвідного», тобто «метадосвідного») потребує уточнення передсвідомого, що ми й робимо, вводячи категорію онтологічного несвідомого. Змістова частина питання не може бути повноцінною без визначення взаємозв'язків категорії онтологічне несвідоме з несвідомим, зокрема з передсвідомим, яке асимілює сліди витіснень. З. Фрейд указував на частковий характер передсвідомого в контексті цілісності категорії несвідомого. Він писав: «Усе витіснене несвідоме, але не все несвідоме є витісненим» [7, с. 95]. Якраз онтологічне несвідоме у своїх витоках передбачає заданість витісненнями. Так, залишкові явища, латентно синтезуючись, набувають транзитності в перенесеннях, заміщеннях, компенсаціях та континуальності проявів у поведінці, а також втрачають темпоральності (часовість) – усе це зближує їх з категорією «метадосвідне». Суттєву роль у цьому процесі відіграє поняття «мнемічний слід витіснення», яке введено З. Фрейдом з вказівкою на те, що «... сліди системи несвідомого не здатні самі по собі проникати у свідомість» [4, с. 469]. Таке твердження є дуже важливим тому, що можливості глибокого пізнання опосередковано доводять їх латентну трансформацію вищевказаними характеристиками формування позадосвідного, тобто метадосвідного. Але попри все передсвідоме не втрачає загальну особливість несвідомого: недоступність свідомості! Саме категорія метадосвідного (з агрегатом базальних захистів) привносить у несвідоме онтологічний сенс на тлі підпорядкованості універсальним законам функціонування психічного. Останнє положення узгоджується зі спробами філософів увести несвідоме в ранг «універсального принципу основи буття ...» [8, с. 52].

Відкидаючи прямолінійну детермінованість несвідомого ззовні, психодинамічна теорія є також відстороненою від позиції Дж. Локка, який стверджував, що людському розуму апіорі притаманні певні ідеї та принципи. Частково твердження Дж. Локка стосується категорії архетипу, що вказує на асимілювання психікою універсального досвіду

через колективне несвідоме (К. Юнг). Архетип можна кваліфікувати як філогенетичне джерело психологічної мудрості і можливостей універсалізації едіпальних таємниць психіки конкретного суб'єкта на тлі інтеграції минулого і сьогодення.

Дослідницька позиція в глибинному пізнанні зорієнтована на індивідуальний шлях життя людини, що знаходить відображення на рівні його латентного синтезу, підкореного внутрішнім енергетичним пріоритетам. Безпосередність досвіду суб'єкта лише в ранньому дитинстві має ознаки прямої детермінованості, свідченням чого є «чистота» погляду на події. Пригадаймо репліку дитини: «А король-то голий!». З часом реакції суб'єкта втрачають ознаки наївності, набуваючи залежності від просоціальних вимог, включених у процес аналітико-синтетичного опрацювання досвіду.

Отже, багаторічна практика глибинної психокорекції дає підстави стверджувати, що формування «позадосвідного» («метадосвідного») хоча й не вільне від досвіду, але має тенденцію до автономізації шляхом абстрагування від його конкретики та синтезу. Це сприяє латентному формуванню здатності несвідомого до опосередкованого вираження в обхід свідомості. Свідомість позбавлена можливості явно впливати на сферу латентного синтезу, що забезпечує незалежність від неї «метадосвідного», як і процесів його інтеграції з базальними захистами. Звідси висновок: «метадосвідне», що каталізує базальну форму захисту, яка має вплив на онтологічне несвідоме, органічно пов'язане з підструктурою Ід – обумовлює його енергетичний потенціал. Таким чином, глибинно-семантичний конструкт, яким є базальна форма захисту, знаходить вираження в індивідуалізованості тенденцій психіки, де опосередковано презентовані інтереси Ід. Ця форма захисту впливає на смислотвірні процеси свідомого, представлені в рефлексивному інтелекті. Проходження глибинної психокорекції сприяє звільненню рефлексивного інтелекту від викривлень, пов'язаних з ілюзіями і відступами від реальності, які хоч і хибно-захисним шляхом, інтегрують свідоме і несвідоме. «Метадосвідне» (подібне до захисної системи) підпорядковане універсальній тенденції «до сили», що гармонізується: на глибинному рівні – з «принципом задоволення» (в унісон інтересам Ід), на рівні свідомості – з «принципом реальності». Діагностико-корекційний процес, розвінчуючи викривлення, робить зрозумілою хибність платформи ілюзорної «величі» Я та сприяє інтеграції вказаних принципів у їх впливі на поведінку за пріоритетності принципу реальності, який є засадничим для адаптивності особи.

(6) Глибинна психологія, centruючи увагу на несвідомому (як найбільш багатофакторному і складному явищі духовного життя), гостро порушує питання про актуальність вивчення його закономірностей у взаємозв'язку зі свідомістю – і це є загальною проблемою пізнання психічного як такого. Дотепер залишається загадкою незмінне ігнорування академічною психологією проблем дослідження несвідомої сфери, що гальмує прогрес психології як науки. Природничий підхід до пізнання психіки передбачає узагальнення та кількісне опрацювання, що створює уявну науковість. Усе це зумовило відсутність адекватного інструментарію дослідження феномену психіки в ситуаціях непередбачуваної поведінки, що характерно і для спілкування, і для виховання. Такого типу явища мають неповторну й водночас полізначну семантику, що виходить за межі можливостей кількісних опосередкувань. Відсутність демаркації цих двох підходів – академічного та глибинного – породжує безліч непорозумінь дискредитаційного характеру,

уповільнюючи розвиток наукової психології загалом. Особистісні проблеми суб'єкта залишаються на узбіччі традиційних досліджень через невідповідність науково-методичного та інструментального забезпечення.

Класична наука переважно формулює питання: «Як?», «Чому?», практична ж психологія – «Яка першопричина?», «Який смисл?» Завдання глибинної психології – розкрити імпліцитний сенс спостережуваної ззовні мимовільної активності суб'єкта, а це потребує розуміння когнітивно-логічної впорядкованості несвідомого. Останнє передбачає розробленість проблеми інтерпретації, яка залежить від точності діагностики в єдності з психокорекцією, що має процесуальний, багаторівневий характер і спирається на діалогічну взаємодію із суб'єктом. Поглиблення самосвідомості суб'єкта відкриває перспективи реконструювання ним власних позицій, поглядів на себе, на об'єктивний світ, на людей.

Осмислення досвіду глибинного пізнання в ракурсі психодинамічної методології дає підстави сформулювати низку провідних тез, важливих для дослідження психіки в її цілісності.

- Сутність психічного полягає в єдності свідомого і несвідомого за наявності їх автономії та суперечливості взаємозв'язків на зразок: «антагонізм і антиномія».
  - Автономія сфер свідомого і несвідомого є відносною, проте не абсолютною. Вона задана генезисом соціалізації психіки суб'єкта, але не дана апіорі.
  - Свідоме, як і несвідоме, передбачає відмінності в їх функціональній організації: дискретність свідомості і симультанність несвідомого та структурну їх асиметрію.
  - Система психологічного захисту у двох її провідних різновидах – базальному і ситуативному – подібна до структурно-функціональних особливостей психіки загалом, зокрема характеризується автономією і суперечливістю взаємозалежностей, як і енергетичною різноспрямованістю, асиметрією провідних тенденцій.
  - У своїй цілісності психіка піддається впливу двох видів суперечностей: антагонізм («по вертикалі») і антиномія («по горизонталі»), які маскуються від свідомості захистами шляхом відступів від реальності.
  - Психічне знаходиться на перетині «вертикалі» і «горизонталі», тому в будь-якій активності (поведінці) присутнє як свідоме, так і несвідоме з динамікою пріоритетності.
  - Пізнання психічного в психодинамічному ракурсі передбачає процесуальність діагностики, що спирається на діалогічну взаємодію з респондентом, яка каталізує його спонтанно-мимовільну поведінку та є передумовою ефективності інтерпретації.
  - Психічне – це «свідоме і несвідоме», яке має у структурному аспекті відмінності (відповідно: ізоморфізм – гомоморфізм; подібність – відмінність; однозначність – полізначність тощо).
  - Структурно-функціональні параметри системи несвідомого незалежні від «статі, простору і часу» за збереження емотивності пріоритетів інфантильних цінностей, породжених едіпальною залежністю суб'єкта.
  - Смисл несвідомого відображається в ітеративності (повторюваності) окремих характеристик, які заявляють про себе в спонтанно-поведінковому матеріалі, що ілюструє: закон «вимушеного повторення»; феномен «хибного кола»; об'єктні відношення; захисні механізми (проекція, перенесення, заміщення та ін.).
  - Гармонійність психічного полягає не лише в рівновазі потягів Ід з потребами і
-

можливостями Я, а й у пріоритеті його просоціальних тенденцій, що має вияв у: інтеграції «принципу задоволення» з «принципом реальності»; ослабленні імперативу інфантильних (глибинних) цінностей та автоматизованості психологічних захистів, які не втрачають залежності від очікувань ідеалізованого Я; пом'якшенні внутрішньої стабілізованої суперечності «логіки свідомого» «логіці несвідомого» («іншій логіці»).

- Свідоме є інкорпорованим у навколишній, просоціальний світ, несвідоме ж асимільоване з глибинними інтересами, які прагнуть реалізуватися в поведінці.

- Інтеграційною ланкою між сферою свідомого і несвідомого є система психологічних захистів, забезпечувана викривленнями реальності (суб'єктивна інтеграція психіки). Проблема в ілюзорності такої інтеграції за наявності показників об'єктивної дезінтегрованості психічного. Створюється ситуація внутрішньо заданого дуалізму – об'єктивна дезінтегрованість психіки і суб'єктивна її зінтегрованість відповідно до бажань (очікувань) ідеалізованого Я, що виявляється в таких показниках психічного, як: дискретність – симультанність; симетрія – асиметрія; антагонізм – антиномія; ізоморфізм – гомоморфізм та ін.

В академічному дослідженні зазначені вище особливості психічного не враховуються ні теорією, ні практикою. Більше того, спостерігається усталений пріоритет дослідницької уваги до сфери свідомого та ігнорування впливу на неї несвідомого. У класичному дослідженні в абсолют зводяться кількісні дані, що відображають прямолінійні взаємозалежності в психіці. У психоаналітичному ж ракурсі вони пізнаються опосередковано, контекстно, із залученням метафоричності й архетипності допоміжних засобів експлікування семантики несвідомого. Академічна психологія робить акцент на так званому чистому матеріалі, опосередкованому математичними обчисленнями за ігнорування феноменологічної його індивідуалізованості. У психодинамічному дослідженні провідним є аналіз асоціативно-логічних ланцюжків, презентованих мимовільною активністю суб'єкта, що заявляють про себе повторюваністю (ітеративністю), незмінністю (інваріантністю) смислів спонтанної активності на тлі їх сюжетної варіативності.

Психоаналітична інтерпретація сприяє розширенню самосвідомості суб'єкта, каталізує окремі аспекти його особистісного потенціалу, заблокованого фіксаціями негарздів минулого досвіду, які узгоджуються (від протилежного) з «фізіогенезом формування життєво важливих функцій під впливом чинників повторення» (П. К. Анохін). Уточнімо: в контексті філогенезу факт повторення сприяв формуванню життєво важливих функцій, а у випадку з несвідомим – повторення, що має вияв у спонтанній поведінці, є сигналом негарздів, тобто пробуксовування (зупинки) в генезі і прогалин у функціональній динаміці психіки. Спостерігається асиметрія двох сфер психічного (свідомого і несвідомого), що задає різноспрямованість енергетичних потоків. Інакше кажучи, повторення, про які пише П. К. Анохін, зорієнтовані на прогресивну локалізацію функцій, а досліджувані нами вказують на регрес, пов'язаний із генералізацією деструкцій психіки на просоціальну сферу самореалізації особистості. Відтак стає зрозумілим, що виявлення «повторень» у глибинно-психологічному ракурсі та усвідомлення суб'єктом їх внутрішньої логічно заданої впорядкованості сприяють нейтралізації дисфункціонального аспекту психіки, що і відкриває перспективи самоактуалізації потенціалу учасників. Натомість опосередкованість висновків кількісними показниками може відволікати дослідника від живого контакту з

респондентом через нерозуміння важливості пізнання спонтанно-поведінкового (феноменологічного) фактажу з іманентно притаманним йому імперативом несвідомого. Все це – невід’ємна передумова адекватності глибинного дослідження і науковості інтерпретаційних висновків про психічне в його цілісності. Академізм у дослідженні психічного виявляється також у спробах пізнання несвідомого окремо від свідомості, без урахування взаємозв’язків цих двох сфер, що і є провідною лінією глибинних досліджень.

Отже, традиційна психологія через відсутність відповідної методології та філософії розуміння природної сутності психічного зараховує несвідоме до категорії «недоторканого» і «непізнаного». Ситуація ускладнюється ще й тим, що традиційно артефактні висновки екстраполюються на психіку загалом, тобто і на несвідоме, яке має функціональні відмінності від свідомості. Екстраполювання висновків академічної психології на цілісну психіку саме по собі знімає необхідність пізнання несвідомої сфери. За таких обставин лише деякі аспекти свідомого (враховуючи наявність його автономії від несвідомого) можуть бути розкриті за законами строгого експерименту, а справжня сутність психічного у їх внутрішніх взаємозв’язках залишається за кадром.

Від вирішення проблеми пізнання цілісної психіки залежать не тільки перспективи розвитку психології як науки, а й формування адекватної методології, включаючи інструментарій надання практичної допомоги суб’єкту у вирішенні його особистісних проблем. На наше переконання, пізнання психіки дорослої людини має відбуватися паралельно із наданням їй допомоги у розв’язанні внутрішніх суперечностей, які є замаскованими від свідомості викривленнями реальності. Поза сумнівом, зберігають дослідницьку актуальність питання генези несвідомого, його зв’язків зі свідомим, взаємозалежності та методології пізнання в контексті автономії та взаємозв’язків цих сфер. Наукова увага до вказаних проблем зруйнує міф про абсолютну автономію свідомого. Не можна забувати, що пізнання несвідомого потребує обов’язкового включення феномену свідомого; у процесі пізнання свідомого несвідоме, яке іманентно, латентно, хоч і незмінно, притаманне психічному, є невидимим (замаскованим), недоступним спогляданню, що призводить до його ігнорування дослідником. Хочеться сказати, що якби наукові дослідження орієнтувалися на доступність спогляданню, то природа багатьох речей була б незбагненою. Представлений вище матеріал доводить спільність онтологічних проблем як для психології, так і для філософії, що має перспективу розвитку в категорії «онтологічне несвідоме».

(7) Зупинімося докладніше на причинах пробуксовування досліджень психіки в її цілісності. Головна з них – з одного боку, невідповідність академічних методів природі пізнання психічного, а з іншого – наукове вивчення несвідомого від самого початку передбачає наявність наукових знань про його справжню природу, як і про специфіку взаємозв’язків зі свідомим. Зважаючи на багатолітній досвід досліджень, уточнімо деякі важливі аспекти розуміння несвідомого, які потрібно враховувати у процесі дослідження психічного:

- Симультанність процесів несвідомого (включаючи їх емотивність) не припускає алгоритмізованості і формалізованості процедури пізнання феномену психічного. Несвідоме підпорядковане ймовірнісній логіці і функціонує за законами «іншої логіки» порівняно з «логікою свідомого».

---

- Класична процедура дослідження має дискретний характер з орієнтацією на кількісні показники, які можуть бути віднесені лише до пізнання свідомого (за ігнорування несвідомого), несвідоме ж підкоряється пріоритетам емотивної значущості пережитих подій, латентно-синтезованих у «позадосвідному», «метадосвідному».

- Пізнання свідомого в класичній психології спрямоване на концептуально-понятійні передумови, природа ж несвідомого феноменологічна і детермінована внутрішньо, а це передбачає створення (у процесі дослідження) умов для спонтанної поведінки суб'єкта. Феноменологічна мова респондента є пріоритетною у глибинному пізнанні, що зумовлене її симультанним злиттям з логікою прихованих смислів спонтанної поведінки. У традиційному дослідженні провідною є стандартно-академічна «термінологічна» мова, яку визначає експериментатор.

- Класична психологія зазвичай орієнтована на знакові засоби пізнання, без урахування можливостей образно-символічної й архетипної презентації несвідомого, що включає холистичність когнітивних стратегій.

- Експериментально-дослідницька процедура пізнання свідомого передбачає чіткість прогнозів у форматі їх двозначності: «істинне або хибне», натомість пізнання несвідомого передбачає полізначність: «і те, й те»; «більше і менше» за умов ситуативної пріоритетності одного з них. У полі уваги дослідника потрапляють смисли, конкретизовані свідомістю респондента, за якими приховано семантику полівалентності мотивів поведінки. Саме ймовірнісне прогнозування дає змогу пізнати необхідність, зумовлену енергетичним імперативом імпліцитних детермінант, що виявляють себе в сукупності випадковостей.

- У процесі пізнання несвідомого заслуговують на увагу лише ті окремі риси і характеристики поведінки, які вирізняються інваріантністю, ітеративністю (повторюваністю) на тлі її ситуативно-сюжетної варіативності. Традиційне ж дослідження орієнтоване на повторення поведінки як такої, більше того, повторення є основою експерименту і підставою для остаточних висновків.

- Пізнання несвідомого передбачає розуміння таких категорій, як диспозиція, тенденція, установка тощо, які, крім смислового навантаження, мають емотивно-енергетичну складову. У традиційному дослідженні домінує раціональний компонент, що базується на чіткості прогнозованого дослідником результату.

- Пізнання несвідомих аспектів психіки долає центрованість на прямій каузальній залежності через імовірнісний прогноз, що узгоджується з «принципом додатковості», який передбачає контекстність і опосередкованість пізнання, а також метафоричність «стимульного» матеріалу.

- Для розкриття сутності несвідомого потрібне знання категорії «метадосвідного» («позадосвідного») у взаємозв'язку з онтологічним несвідомим, чого не враховує академічний підхід.

- Класична психологія в процесі експерименту випускає з поля уваги смисли в їх імпліцитній індивідуалізованості, що має вияв у спонтанній активності суб'єкта. Глибинне дослідження зосереджується на проблемі глибинного пізнання поведінки.

- Традиційні психологи орієнтовані на підтвердження знаного (відомого) явним, що не властиво глибинному пізнанню. Глибинне ж пізнання завжди відкриває істину вперше в неповторному процесі діалогічної взаємодії з респондентом. Спостережуване явище

---

глибинний психолог не вкладає в прокрустове ложе певного теоретичного розуміння; не шукає ключик пізнання лише там, куди падає світло академічного ліхтаря, а слідує за континуальністю мимовільної активності суб'єкта.

- В академічній психології, яка не володіє таємницями законів функціонування несвідомого, відсутній інструментарій перетворення прихованих, імпліцитних смислів психічного на явні (усвідомлювані); немає практики процесуальної діагностики, яка передбачає каталізуючий діалог з подальшою інтерпретацією поведінкового матеріалу. Лише діагностично точне слово глибинного психолога здатне увібрати в себе «чистоту» сенсу і надати йому значення, яке буде сприйняте респондентом, з наступною каталізацією прогресивного реконструювання його психіки в напрямі підсилення адаптивних процесів.

- Схильність до каузальної однозначності пізнання заважає академічній психології розуміти суперечливу сутність психічного та шляхи її нейтралізації, що потребує володіння інструментарієм розширення самосвідомості суб'єкта.

- Класична психологія віддає перевагу вербальним параметрам дослідницької процедури, що відсуває в тінь архетипну каталізацію змісту несвідомого з урахуванням образності його мови і холистичності презентації смислів у спонтанно-поведінковому (вербально-невербальному) матеріалі.

### **Висновки**

Відмінності традиційного (академічного) та психодинамічного підходів дослідження феномену психічного зумовлюють необхідність урахування специфічності сфери несвідомого в її багатофакторності і полімодальності смислових значень, чому й присвячено основний зміст статті. Стають більш зрозумілими причини віднесення академічними психологами несвідомого до галузі психіатрії чи клінічної психології. Несвідоме в контексті здорової психіки згадується в академічній психології лише номінально. Ігнорування самої наявності неусвідомлюваної сфери у психічно здорових людей закриває перспективи адекватного дослідження та розуміння цілісної психіки.

Спроби психологів наблизитися до дослідження несвідомого, зокрема теорія установки і проєктивні методи, не забезпечують бажаного результату. У проєктивних спробах спостерігалася неузгодженість оптимального стимульного матеріалу (кольоровий тест Люшера, плями Роршаха, ілюстрації Розенцвейга та ін.) з формалізованістю інтерпретації емпіричних результатів, що ускладнює орієнтацію на глибинне пізнання. У психодинамічному ракурсі важливим є асимілювання суб'єктом вхідної інформації, яка презентує йому не готовий висновок, що спирається на математично-формалізовану процедуру, а процес наближення до логічної впорядкованості та неповторності його внутрішнього індивідуалізованого світу. Тому спроба проєктивних методів, як і теорії установки Д. Узнадзе, прокласти місток між академічним і глибинним підходом до пізнання психіки сама по собі заслуговує на увагу та схвалення, проте не дає бажаного результату через невідповідність процедури формалізації симультанної сутності психічного. Саме глибинна психологія, що розвивається в психодинамічній парадигмі, відкриває перспективи зняття традиційних бар'єрів у пізнанні психічного в єдності взаємозв'язків свідомого і несвідомого.

---



**Література**

1. Андрущенко В. П. Роздуми про освіту: Статті, нариси, інтерв'ю / В. П. Андрущенко. 2-ге видання, доповнене. – К.: Знання України, 2008. – 819 с.
2. Бассин Ф. В. Методологические аспекты современных дискуссий о статусе научной теории бессознательного / Ф. В. Бассин, А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия / Бессознательное [В 4-х т.] / [под ред. Ф. В. Бассина, А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия]. – Тбилиси : Мецниереба, 1978. – Т. 3. – С. 711.
3. Бассин Ф. В. Роль бессознательного в активности мышления и речи / Ф. В. Бассин, А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия / Бессознательное [В 4-х т.] / [под ред. Ф. В. Бассина, А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия]. – Тбилиси: Мецниереба, 1978. – Т. 3. – С. 27 – 46.
4. Лапланш Ж. Словарь по психоанализу / Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис : пер. с фр. Н. С. Автономовой. – М.: Высшая школа, 1996. – 623 с.
5. Поппер К. Р. Логика и рост научного знания / К. Р. Поппер. – М. : Прогресс, 1983.
6. Стасько О. Г. Психологічна значущість умовних цінностей та їх вплив на формування ідеалізованого “Я” особистості: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Стасько Олена Григорівна. – Черкаси, 2006. – 369 с.
7. Философия: энциклопедический словарь / [под. ред. А. А. Ивиной] / А. А. Ивина. – М.: Гардарики, 2006. – 1072 с.
8. Философский энциклопедический словарь / [гл. ред.: Л. Ф. Ильичев, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалев, В. Г. Панов]. – М.: Сов. энциклопедия, 1983. – 840 с.
9. Яценко Т. С. Методологія взаємозв'язків свідомого і несвідомого в контексті проблеми адаптації суб'єкта до соціуму / Т. С. Яценко // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер. : Педагогіка і психологія. – Зб. статей. – Ялта: РВВ КГУ, 2009. – Вип. 21. – Ч. 1. – 219 с. – С. 28 – 44.
10. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання : Навч. посіб. / Т. С. Яценко. – К.: Вища школа, 2004. – 679 с.
11. Яценко Т. С. Малюнок у психокорекційній роботі психолога-практика [на матеріалі психоаналізу комплексу тематичних малюнків] / Т. С. Яценко, М. Г. Чобітько, Т. І. Доцевич. – Черкаси: «Брама», видавець Вовчок О. Ю., 2003. – 216 с.
12. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика / Т. С. Яценко. – К.: Вища школа, 2006. – 382 с.

**References**

1. Andrushhenko V. P. Rozdumi pro osvitu: Statti, narisy, interv'ju / V. P. Andrushhenko. 2-ge vidannja, dopovnene. – K.: Znannja Ukraini, 2008. – 819 s.
2. Bassin F. V. Metodologicheskie aspekty sovremennyh diskussij o statuse nauchnoj teorii bessoznatel'nogo / F. V. Bassin, A. S. Prangishvili, A. E. Sherozija / Bessoznatel'noe [V 4-h t.] / [pod red. F. V. Bassina, A. S. Prangishvili, A. E. Sherozija]. – Tbilisi: Mecniereba, 1978. – Т. 3. – S. 711.
3. Bassin F. V. Rol' bessoznatel'nogo v aktivnosti myshlenija i rechi / F. V. Bassin, A. S. Prangishvili, A. E. Sherozija / Bessoznatel'noe [V 4-h t.] / [pod red. F. V. Bassina, A. S. Prangishvili, A. E. Sherozija]. – Tbilisi: Mecniereba, 1978. – Т. 3. – S. 27 – 46.

4. Laplansh Zh. Slovar' po psihoanalizu / Zh. Laplansh, Zh.-B. Pontalis: per. s fr. N. S. Avtonomovoj. – M.: Vysshaja shkola, 1996. – 623 s.
5. Popper K. R. Logika i rost nauchnogo znanija / K. R. Popper. – M.: Progress, 1983.
6. Stas'ko O. G. Psihologichna znachushhist' umovnih cinnostej ta ih vpliv na formuvannja idealizovanogo “Ja” osobistosti: dis. ... kand. psihol. nauk: 19.00.07 / Stas'ko Olena Grigorivna. – Cherkasi, 2006. – 369 s.
7. Filosofija: jenciklopedicheskij slovar' / [pod. red. A. A. Ivinoj] / A. A. Ivina. – M.: Gardariki, 2006. – 1072 s.
8. Filosofskij jenciklopedicheskij slovar' / [gl. red.: L. F. Il'ichev, P. N. Fedoseev, S. M. Kovalev, V. G. Panov]. – M.: Sov. Enciklopedija, 1983. – 840 s.
9. Jacenko T. S. Metodologija vzajemozv'jazkiv svidomogo i nesvidomogo v konteksti problemy adaptaciji sub'jekta do sociumu / T. S. Jacenko // Problemi suchasnoji pedagogichnoji osvity. Ser.: Pedagogika i psihologija. – Zb. statej. – Jalta: RVV KGU, 2009. – Vyp. 21. – Ch. 1. – 219 s. – S. 28 – 44.
10. Jacenko T. S. Teorija i praktika grupovoji psihokorekciji: Aktivne social'no-psihologichne navchannja : Navch. posib. / T. S. Jacenko. – K.: Vishha shkola, 2004. – 679 s.
11. Jacenko T. S. Maljunok u psihokorekcijnij roboti psihologa-praktika [na materialii psihoanalizu kompleksu tematichnih maljunkiv] / T. S. Jacenko, M. G. Chobit'ko, T. I. Docevich. – Cherkasi : «Brama», vidavec' Vovchok O. Ju., 2003. – 216 s.
12. Jacenko T. S. Osnovi glibinnoji psihokorekcii: fenomenologija, teorija i praktika / T. S. Jacenko. – K.: Vishha shkola, 2006. – 382 s.

Надійшла до редакції 15.01.2015

---

УДК 152.27: 343.915: 343.7

**ПОВЕДЕНИЕ КАК РЕСУРС ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПСИХИКИ****Кочарян И. А.**

У статті розглядається функціонування виконавчого компоненту системи психічної саморегуляції, що забезпечує реалізацію тенденції до самоактуалізації. Певні поведінкові патерни пропонуються в якості ресурсу есенціальної саморегуляції психіки. Такі патерни покликані виконати ряд умов розпізнавання і слідування посланням інтрапсихічної інстанції «есенційне Я»: самоповага, результативність і подяка. Слідом за Дж. Стівенсом описані сім патернів поведінки, що дозволяють людині підтримувати ці умови. Для забезпечення цих умов повинна функціонувати система з двох поведінкових патернів, один з яких виконує експансивну функцію, а інший - стримуючу. Самоповага (гідність) забезпечується гордістю і скромністю; результативність - сміливістю і витримкою; подяка - смаком до життя і самопожертвою; а наполегливість здатна підкріпити кожне з необхідних умов. Психотерапевтична настройка семи поведінкових патернів необхідна для реалізації тенденції людини до самоактуалізації.

Ключові слова: саморегуляція, самоактуалізація, поведінкові патерни, психотерапія, психокорекція.

The article is devoted to functioning of executive component of self-regulation system, which ensure the implementation of self-actualizing tendencies. Certain behavioral patterns are offered as a resource essential self-regulation of the psyche. These patterns are designed to fulfill a number of conditions for the recognition and follow the messages intrapsychic instance "essential Self": self-esteem, effectiveness and appreciation. Following J. Stevens describes seven behavior patterns that allow a person to maintain these conditions. To ensure these conditions must be a system of two behavioral patterns, one of which performs the function of expansive, and the other - a deterrent. Self-esteem (dignity) is provided with pride and humility; effectiveness - the courage and endurance; gratitude - a taste for life and self-sacrifice; and perseverance is able to back up each of the necessary conditions. The psychotherapeutic setting the above seven behavioral patterns necessary for the implementation of the human self-actualizing tendencies.

Keywords: self-regulation, self-actualization, behavioral patterns, psychotherapy, psycho-correction.

В статье рассматривается функционирование исполнительного компонента системы психической саморегуляции, обеспечивающей реализацию самоактуализирующей тенденции. Определенные поведенческие паттерны предлагаются в качестве ресурса эссенциальной саморегуляции психики. Такие паттерны призваны выполнить ряд условий распознавания и следования посланиям интрапсихической инстанции «эссенциальное Я»: самоуважение, результативность и благодарность. Вслед за Дж. Стівенсом описаны семь паттернов поведения, позволяющих человеку поддерживать эти условия. Для обеспечения этих условий должна функционировать система из двух поведенческих паттернов, один из которых выполняет экспансивную функцию, а другой – сдерживающую. Самоуважение

(достоинство) обеспечивается гордостью и скромностью; результативность – смелостью и выдержкой; благодарность – вкусом к жизни и самопожертвованием; а настойчивость способна подкрепить каждое из необходимых условий. Психотерапевтическая настройка описанных выше семи поведенческих паттернов необходима для реализации самоактуализирующей тенденции человека.

Ключевые слова: саморегуляция, самоактуализация, поведенческие паттерны, психотерапия, психокоррекция.

*(Иак.2:14–26, Мк.10:46–52)*

*«Что пользы, братия мои, если кто говорит, что он имеет веру, а дел не имеет? Может ли эта вера спасти его?» (Иак.2:14) ... Так вера споспешествует делам. А дела веру делают совершенною: ибо пока делом не сделано то, чему кто уверовал, дотоле вера будто не вера. Она видною становится только в делах. И не только видною, но и крепкою. Дела воздействуют обратно на веру и ее укрепляют.*

*Святитель Феофан Затворник*

Какие бы изменения в нас не происходили – они ничего не стоят без выхода за пределы обыденного – совершения нового выбора, который воплощен в новом более успешном поведении. Именно действия приносят в жизнь необходимые достижения и настоящую радость.

На поведенческом уровне сходятся все саморегуляционные процессы. Так, к прочувствованному ощущению добавляется модальное переживание, а затем и коммуникация, и все это направляет поведение человека на разрешение проблем и удовлетворение потребностей. В том случае, если у человека обнаруживается разрыв между переживанием, коммуникацией и поведением, даже самые благие и конструктивные намерения не воплощаются в жизнь. Такой человек может много переживать, хорошо говорить и ясно мыслить, но до реализации дело так и не дойдет. Постепенно, естественно, и понадобится и объяснение этого феномена – отговорка и оправдание своего бездействия. Так будет сформирована новая неадаптивная когниция: «это было невозможно сделать по объективным причинам!».

В психологической литературе в качестве средства для преодоления препятствий, появляющихся перед человеком на пути достижения цели и мешающих самоактуализации его личности, рассматривается волевая регуляция поведения. Сила воли позволяет человеку выполнять действия, которые не приносят удовольствия, но являются составной частью более сложной деятельности, способной принести желаемый результат. Так, например, реализуя свою предпринимательскую сущность, человек должен выполнить множество рутинных работ (по организации бизнеса, документации и пр.), которые сами по себе ему могут быть не интересны, но необходимы.

Воля позволяет направлять психические процессы (например, концентрировать внимание на цели, длительно удерживать в поле сознания объект размышления, принимать решения и т.д.), устанавливать приоритеты между актуальными потребностями и усиливать те или иные мотивы, преодолевать затруднения в делах, инициировать активность и

---

поддерживать ее вплоть до достижения цели, сдерживать нежелательные действия и просто выполнять взятые на себя обязательства [1, с. 95 - 106].

Согласно терапевтической системе «бодинамика» структура воли формируется в возрасте от двух до четырех лет, когда ребенок овладевает способностью планировать, ставить приоритеты и выбирать, выражать эмоции и регулировать степень их проявления, а также пользоваться собственными силами при решении задач [2, с. 19]. Приобретаемое ребенком ощущение силы позволяет ему отказываться от ненужного и навязываемого и осуществлять истинные альтруистические поступки. Проблемы развития в этом возрасте могут привести к формированию двух типов нарушений структуры воли: 1) приносящий себя в жертву или 2) критикующий, осуждающий [3, с. 171 - 195, с. 179 - 181].

Вслед за формированием структуры воли начинается и соответствующий этап развития личности - этап произвольности (4 – 9 лет) [4, с. 311]. На этом этапе ребенок переходит от переживания неудовлетворенности к способности ставить адекватные своим потребностям и возможностям цели, подбирать необходимые средства для решения актуальных жизненных задач, осознанно и обоснованно воздерживаться от каких-либо действий или «принуждать» самого себя к их выполнению [4, с. 358 - 359]. Условно нарушения развития на этапе произвольности разделяют на две группы: 1) неготовность платить за реализацию собственных намерений и, как следствие, отказ от достижения цели; 2) недостаток или избыток самоконтроля [4, с. 364 - 368].

Структура волевой регуляции поведения включает три компонента: 1) побудительный (сила и устойчивость мотива и цели); 2) исполнительный (способы и действия); 3) результативный (итоги конкретных действий решению задачи) [5, с. 106].

В функционировании первого и третьего компонентов (побудительного и результативного) большое значение эмоциональные и когнитивные уровни саморегуляции. Так, сила и устойчивость мотива во многом предопределена его эмоциональной значимостью и осознанностью, а результаты действий решению задачи определяются по эмоциональному переживанию и интерпретации ее итогов. Исполнительный же компонент волевой регуляции обособлен и заслуживает особого рассмотрения.

В психологической литературе под исполнительным компонентом саморегуляции понимаются непосредственно действия субъекта по достижению поставленной им цели в условиях наличия мешающих факторов. По мнению А. Даймонда человек контролирует поведение, если способен противостоять собственному импульсивному поведению (инстинкту, привычке, зависимости и т.д.); поддерживать внимание к значимому событию, не смотря на отвлекающие стимулы; а также действовать по плану вопреки желаниям [6]. К исполнительным компонентам саморегуляции можно отнести и устойчивость личности к противоречащим человеческой морали соблазнам (В. Э. Чудновский) [7]; и волевое действие как формирование целей и концентрация внутренних усилий на их достижение, а также управление своими эмоциями и поступками (Р. Ассаджиоли, Р. Мэй, В. А. Иванников и др.) [1; 8]; и формы поведения, обеспечивающие реализацию самоактуализирующей тенденции и ее искажений (Дж. Стивенс). Исполнительный компонент волевой саморегуляции участвует в формировании умений адекватно реагировать на стрессогенные факторы и предупреждать возникновение необоснованных конфликтов, закладываются и совершенствуются адаптивные поведенческие паттерны [9].

---

В психологической литературе рассматриваются различные аспекты качества функционирования исполнительного компонента саморегуляции в поведении человека: продуктивность (направленность на реализацию задуманного), адекватность (уместность в ситуации, своевременность), последовательность (стабильность), нормативность (соответствие требованиям социальной среды), произвольность (степень самоконтроля поведения, присутствие последствий), осознанность (понимание своего поведения и его волевого компонента), аутентичность (естественность и соответствие индивидуальности) [10, с. 24]; а также компетентность (минимум действий при максимуме результата) [11, с. 13], устойчивость (способность выдерживать линию поведения в различных условиях); и ответственность (выполнение обязательств) [12].

Е. П. Ильин выделил два класса волевых качеств: собственно волевые («простые») и морально-волевые («сложные»). Собственно волевые качества он разделил на две группы: а) связанные с целеустремленностью (сознательной направленностью личности на достижение ближайшей или отдаленной по времени цели) [13, с. 172]; и б) связанные с самообладанием (подавлением отрицательных эмоций, вызывающих нежелательные для человека побуждения) [13, с. 187]. К простым волевым качествам, характеризующим целеустремленность, относят терпеливость, упорство и настойчивость; а смелость, выдержку и решительность причисляют к волевым качествам, характеризующим самообладание [13, с. 171]. К «сложным» («вторичным» по В.К. Калину [14]) морально-волевым волевым качествам относят [13, с. 199 - 206]: самоотверженность и принципиальность (К. К. Платонов, Е. П. Ильин), самостоятельность и инициативность (В. К. Корнилов, В. И. Селиванов, Н. П. Гуменюк и В. В. Клименко), дисциплинированность и организованность (В. И. Селиванов, Ф. Н. Гоноволин, Н. Д. Левитов, К. К. Платонов), старательность и энергичность (В. К. Калинин), мужество и героизм (Н. Д. Левитов, П. А. Рудик, Ф. Зимбардо).

Изучая искаженные формы самореализации, Дж. Стивенс определил свой список из семи необходимых человеку для самоактуализации характеристик поведения: гордость, скромность, смелость, самоотверженность, вкус к жизни, самопожертвование и настойчивость. Он обнаружил, что для самореализации необходимо, чтобы эти качества организовывались во взаимоуравновешивающие друг друга пары: гордость и скромность, смелость и самоотверженность, вкус к жизни и самопожертвование. Лишь одно качество не имеет пары – настойчивость. Оно способно усилить их, присоединяясь к тем или иным формам поведения.

Главной находкой Дж. Стивенса можно считать то, что существуют искаженные варианты этих качеств, метафорически называемые им «драконами»: гордость может превращаться в тщеславие, скромность - в самоуничижение, смелость - в нетерпеливость, самоотверженность – в мученичество, вкус к жизни – в жадность, самопожертвование – в саморазрушение, а настойчивость - в упрямство. Такие искаженные формы поведения легко маскируются под соответствующие достоинства и добродетели [15, с. 6]. Они закрепляются на уровне привычки, становятся типичными способами уклонения от раскрытия собственных возможностей, а также направляют человека на путь страданий и несчастья. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь клиенту перейти к конструктивной форме поведения – «укротить своих драконов».

---

«Заточенность» этого подхода под процесс самоактуализации человека способствует дальнейшему его развитию и применению при рассмотрении системы эссенциальной саморегуляции.

Дж. Стивенс утверждает, что муки и страдания человека обусловлены формированием неадаптивных установок под влиянием определенных деструктивных форм человеческой активности - «драконов» [15]. Например, если человек недоволен своей актуальной жизненной ситуацией («Я одинок и у меня нет денег»), то наличие таких «драконов» как самоуничижение («я хуже всех, я никто») и тщеславие («я самый лучший, остальные никто») может направить его размышления в определенном направлении: «я гениален, но мне не дают реализоваться», «мой гений не понимают». В результате гнев, обида, ревность, разочарование – тот самый АД при жизни.

Если у человека поведение теряет функциональность – не связано с другими саморегуляционными механизмами и не направляется на разрешение проблем, то и переживание, и коммуникация также начинают терять свою функциональность. Такой человек начинает брюзжать и поучать – в народе это поведение уже получило название «бабулинг», а в социальных сетях можно обнаружить большое количество демотиваторов по этому поводу. Соответственно такая система психической саморегуляции больше не является ресурсом личностного роста и развития.

В статье «Структура эссенциальной саморегуляции» мы рассматривали процесс самоактуализации как коммуникацию между интрапсихическими образованиями («эссенциальное Я», «инфернальное Я» и «Эго») [16]. Качество такой коммуникации напрямую связано с возможностью «Эго» распознавать источник посланий, принимать решения и исполнять их. Анализируя психологическую, религиозную и философскую литературу, можно обнаружить ряд условий принятия Божественных посланий человеком: 1) благодарность (Митрополит Антоний Сурожский, Й. Ратцингер) (возможность принять ценность послания) [17]; 2) уязвимость, открытость человека таким посланиям (Э. Левинас) (возможность услышать содержание послания); 3) тишина, как незаполненность суррогатом (М. Хайдеггер, А. Бадью) (возможность обнаружить Божественное послание); 4) «чувство правильности» (К. Роджерс) (возможность отсеять Божественные послания от всех остальных).

Вслед за Дж. Стивенсом мы считаем, что для самореализации и поддержания, описанных выше, четырех условий человеку необходимы семь специфических поведенческих паттернов, каждый из которых эффективен на определенном этапе творческого акта: 1) вдохновение (возникновение и кристаллизация какой-либо идеи); 2) преодоление затруднений и препятствий (при реализации идеи человек сталкивается с необходимостью преодолеть привычное и знакомое и выйти за пределы различных ограничений – этап развития); 3) принятие результата (истинная творческая самореализация и развитие приводят к новым возможностям).

На каждом этапе человека подстерегают специфические стимулы, побуждающие прервать его самореализацию и направить по ложному пути – исказить и извратить его самоактуализирующую тенденцию: 1) неравенство (ситуации встречи с чем-то лучше/хуже, красивее/уродливее, богаче/беднее, главенства/подчиненности и т.д.); 2) наличие препятствий, затруднений или ограничений (невозможность достичь цели, реализовать

---

потребность); 3) удовольствия и риски (наличие отвлекающих факторов, приносящих удовольствия или опасности); 4) исключение из принятия решений (ситуации при которых человек становится не субъектом принятия решений, а объектом). Эти стимулы легли в основу инфернальных стратегий, описанных в следующей главе.

Под влиянием вышеописанных четырех типов стимулов у человека формируются семь искаженных паттернов поведения, называемых «драконами». Эти паттерны ведут к дальнейшему ограничению способности человека к самоактуализации и актуализации невротических переживаний. К таким «драконам» относятся: 1) тщеславие и самоуничижение (результат воздействия стимулов первого типа - неравенства); 2) нетерпеливость и мученичество (результат воздействия стимулов второго типа – препятствия и затруднения); 3) жадность и саморазрушение (результат воздействия стимулов третьего типа – удовольствий и рисков); 4) упрямство (результат воздействия стимулов четвертого типа – исключения из принятия решений).

Каждый из семи «драконов» является искаженной формой соответствующих поведенческих паттернов, необходимых человеку для поддержания и реализации своей самоактуализирующей тенденции. Так, тщеславие - это искаженное достоинство; самоуничижение – это искаженная скромность; нетерпеливость – это искаженная отвага; мученичество – это искаженная самоотверженность; жадность – это искаженный вкус к жизни; саморазрушение – это искаженное самопожертвование; а упрямство – это искаженная настойчивость.

Конструктивные паттерны конечно предполагают специфические когнитивные, эмоциональные и телесные процессы (определенные мысли, переживания и мышечную активность), но наиболее существенным их достоинством является именно поведенческий (исполнительный) ресурс для самореализации человека. Система из семи конструктивных паттернов напоминает нотный стан, при помощи которого композитор создает музыкальную композицию. Выпадение одного из конструктивных паттернов или их искажение, также, как и в музыке, приводит к невозможности создать что-то достойное – реализовать свой потенциал. Согласно Дж. Стивенсу такие формы поведения разделяются по парам на выполняющие экспансивную функцию и сдерживающую. Только одна форма поведения («дракон») не имеет самостоятельной функции (упрямство).

Для характеристики поведенческого ресурса мы позаимствовали понятие «тонус» из телесноориентированного подхода психотерапии. Только мы будем говорить о поведенческом тонусе эссенциальной саморегуляции человека. Идея тонуса хорошо вписывается в метафору нотного стана. Так, конструктивный паттерн поведения напоминает натянутую струну – если натяжение струны слабое (поведенческий гипотонус), то соответствующий паттерн выпадает из арсенала поведенческих ресурсов Эго; а если натяжение струны слишком сильное (поведенческий гипертонус), то соответствующий паттерн предстает своей деструктивной искаженной формой.

Рассмотрим функционирование конструктивных поведенческих паттернов на каждом этапе самореализации:

### **Этап самореализации 1. Вдохновение.**

Сначала рождается идея. Человек вдохновляется ею, она наполняет его жизнь чем-то важным и светлым. Эта идея еще не оформлена и шатка. Ее легко потерять и разрушить.

---



Вдохновение подобно общению с Богом – это соприкосновение с хрупким каналом коммуникации с сущностным Я («эссенциальным Я») – той частью, которая стремится к подобию Бога. Вдохновение может касаться любых начинаний – будь то идея в работе или зарождающиеся чувства влюбленных. Задача человека на этом этапе сохранить и усилить вдохновение, ухватить и разработать идею далее. Для решения этой задачи человеку необходимы два поведенческих паттерна: «гордость» и «скромность». Каждый из паттернов может предстать своей гипотонической или гипертонической стороной.

**«Гордость»** (экспансивная тенденция) в тонусе – это поведение, направленное на самоподдержку и самоуважение. Проявляется как степенность в движениях; конструктивное отношение к критике; отказ от оправданий; поддержание внутренней целостности и согласия; сохранение ценности значимой идеи, цели, деятельности, отношений, людей, самого себя. Необходимо в ситуации унижения, критики, демонстрации предпочтений и т.д. Позволяет сберечь зарождающуюся идею, вдохновение или чувства даже в ситуации предательства и самопредательства. В своей гипотонической форме проявляется как недостаток благородства и неспособность ценить собственную идею. Актуализируется при проблемах с самооценкой в ситуации похвалы, высокой внешней оценки, лести, а также получении привилегий и преимуществ перед другими людьми. В гипертонусе проявляется как тщеславие, гордыня, бахвальство, отчужденность, отстраненность, притворство, самолюбование и т.д. Чревато утратой зарождающейся идеи, вдохновения или чувств, невозможностью самоосуществления, а также предательством значимых людей.

**«Скромность»** (сдерживающая тенденция) в тонусе необходима в ситуации похвалы, высокой оценки, лести, получении привилегий и преимуществ перед другими людьми. Проявляется умением держаться в «тени» совершаемой деятельности – «...любить искусство в себе, а не себя в искусстве» (К. С. Станиславский). Позволяет сохранить смысл и назначение деятельности. В своей гипотонической форме проявляется неспособностью удержать «гордость» в тонусе – тщеславием и гордыней. В гипертонусе актуализируется при проблемах с самооценкой в ситуации унижения, критики, демонстрации предпочтений и оборачивается для человека самоуничижением и проявляется раболепием, пресмыканием, нескончаемыми извинениями, робостью, подавленностью, самокритичным отношением, самоедством и самобичеванием. Это чревато отказом от самореализации и самопредательством.

При взаимодействии выраженных в тонусе «гордость» и «скромности» актуализируется особое поведение, необходимое для сбережения и развития всего нового – **достоинство**. «Скромность», ограничивая тщеславное поведение человека, удерживает поведенческий паттерн «гордость» в тонусе – появляется человеческое достоинство. Как говорил Франсуа де Ларошфуко: «Скромность увеличивает достоинство и извиняет посредственность».

Таким образом, можно сформулировать несколько правил терапевтической работы по настройке «достойного» поведения: 1) если у человека проявляется тщеславие, то это означает, что у него «скромность» в гипотонусе. Необходимо работать именно с тонусом «скромности», которая должна сдерживать чрезмерное экспансивное функционирование «гордости»; 2) если у человека проявляется самоуничижение, то у него «гордость» в гипотонусе. В этом случае необходимо воздействовать на его «гордость», преодолевая его

процессы самоуважения (самопредательства) и стимулируя к поведению уважающего себя человека. В этом случае нужны конкретные действия, на основе которых появятся объективные условия самоуважения (работа, исполнение обязательств, достижение нужных результатов и др.).

*«В конце 1940-х годов на одной из постоянных баз геологических экспедиций был исключительно грязный общественный туалет. Но, разумеется, не это, привычное для всех, обстоятельство привлекало общее внимание, а то, что на базу, в составе одной из экспедиций, должен был приехать потомок древнего княжеского рода. «Мы-то, ладно, потерпим, – шутили геологи, – но что будет делать Его светлость?!» «Его светлость», приехав, сделал то, что многих обескуражило: спокойно взял ведро с водой, швабру и аккуратно вымыл загаженную уборную...*

*Это и был поступок истинного аристократа, твердо знающего, что убирать грязь – не стыдно, стыдно жить в грязи».*

*Муравьева О.С. Как воспитывали русского дворянина*

Совершая те или иные поступки, человек подвергает рефлексии их последствия. Естественно, одно поведение самим человеком может быть расценено как достойное, а другое – наоборот. Когда количество недостойных поступков возрастает, становится сложно объяснить самому себе, что ты сам достойный человек. А при эффективно функционирующих остальных ресурсах «Эго» это становится практически невозможно. Как говорил герой кинофильма «Афоня»: «... от себя-то убежать можно, а вот от милиции не убежишь». Однако, если система эссенциальной саморегуляции человека не настроена, вопрос о том какое поведение можно считать достойным или недостойным становится острее.

Для операционализации поведенческого паттерна «Достоинство» обратимся к основам дворянского воспитания. Изучая принятые во дворянстве нравственные принципы, правила поведения и кодекс чести можно обнаружить поведенческие истоки самоуважения. Существовали определенные принципы поведения, за которые аристократ мог себя уважать и быть принятым в высшем обществе. О.С. Муравьева подчеркивает, что форма поведения определяет и содержание жизни человека [18, с. 41 - 42]. Воспитанный человек придерживается хороших манер и правил и это есть необходимое (но не достаточное) средство для создания чего-то прекрасного (отношений, творения, качества жизни и пр.).

*«... это меньше всего - форма, и больше всего - суть. Стахович нас учит быть. Это - уроки бытия. Ибо - простите за грубый пример - нельзя, так поклонившись, заехать друг другу в физиономию - и даже этих слов сказать нельзя, и даже их подумать нельзя, а если их подумать нельзя - я уже другой человек, поклон этот у меня уже внутри».*

*Марина Цветаева. Повести о Сонечке*

Дворянин должен был соответствовать определенному идеалу: быть храбрым, сильным и ловким, образованным, верным, способным стойко переносить трудности и «удары судьбы», хладнокровным (совершая неловкий поступок не смущаться), нравиться

---

людям (быть обаятельным и одеваться со вкусом без вычур); владеть искусством общения (то что ныне называется PR) быть скромным и уметь держаться одинаково с людьми гораздо более высокими или низкими по своему социальному положению; быть простым и непринужденным (избегать излишней церемониальности), проявлять сдержанность и корректность в выражении чувств (без грубости и амикошонства).

Современное общество предполагает наличие более разнообразных индикаторов и критериев достоинства. Вместе с тем неизменным можно считать лишь то, что поддержание достоинства требует от человека наличия определенных достижений в жизни, за которые он сможет себя уважать. По-видимому, такие достижения связаны со степенью реализации самоактуализирующей тенденции человека – воплощением идеи, исходящей из самой сущности человека, в его делах. Так, например, девушка, жалующаяся на мужчину, который ее полностью материально содержит, но не любим ею и в ультимативной форме требует от нее выполнения определенных услуг, с трудом может рассчитывать на то, что ее коммуникативный ресурс эссенциальной саморегуляции (если он правильно настроен) позволит ей расценить собственное поведение как «Достоинство». В таком случае недостаток самоуважения может быть восполнен стремлением установить потребительские взаимоотношения, при которых сама готовность партнера принимать их расценивается как подтверждение своей значимости и ценности. Эти взаимоотношения больше не являются частью самоактуализации человека, а его партнер становится средством поддержания самооценки – это и есть тщеславие.

### **Этап самореализации 2. Преодоление трудностей.**

При воплощении любой идеи человек неизбежно сталкивается с затруднениями. Если идея отражает самоактуализирующую тенденцию, то это само по себе предполагает выход за пределы обыденного, актуальных возможностей человека и встречу с различного рода ограничениями. Так, например, реализация сексуальности в форме простого флирта может спровоцировать переживания стыда. Как будто внутренний голос говорит: «приличные люди так себя не ведут». Такое препятствие может стать непреодолимым и человек откажется от части потребностей.

Результативность человека обеспечивается за счет преодоления им трудностей и ограничений. Это возможно благодаря взаимодействию двух поведенческих паттернов – «смелости» и «выдержки».

«Смелость» (экспансивная тенденция) в тоне проявляется как стремление к свободе; принятие адекватных решений и ответственности, не смотря на страхи и тревоги, способность сделать первый шаг для преодоления затруднений. Этот паттерн актуализируется при приближении препятствия, когда тревога усиливается. Позволяет инициировать необходимую активность в процессе самореализации. В гипотонусе этого паттерна человек не способен сделать первый шаг. В гипертонусе преобразуется в нетерпеливость, которая актуализируется в связи со страхом упустить время, опоздать с необходимым действием. В поведении такая нетерпеливость проявляется как резкость, поверхностность, раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, поспешность, опрометчивость, беспечность, безрассудность, беспокойство, небрежность, несдержанность, невыдержанность и суетливость. В итоге – невозможность ощутить настоящие «живые» чувства «здесь и теперь», а поспешность в действиях чревата неуспехом в деятельности.

---

**«Выдержка»** (сдерживающая тенденция) в тоне проявляется как длительное действие в ущерб актуальным гедонистическим интересам (не только не получая удовольствия от деятельности, но и переживая неудобства, дискомфорт, а порой и боль); способности терпеть, выжидая нужный момент. Необходима в ситуации, когда человек в деятельности сталкивается с затруднениями, преодоление которых требует сверх усилий. Позволяет достигать серьезные цели, решать трудные задачи. В гипотонусе этот паттерн приводит к неспособности сдерживать собственную активность и сваливанию к нетерпеливости. В гипертонусе проявляется как мученичество в форме жалоб; обвинений; мазохистских тенденций; самоистязаний. Актуализируется в ситуации страха перед возможностью оказаться «загнанным в угол» сложившимися обстоятельствами или в результате давления со стороны. Мученичество чревато отказом от самореализации, встречая даже незначительные затруднения.

Паттерны «смелости» и «выдержки» выступают в качестве взаимодополняющих процессов при преодолении трудностей. Они регулируют процессы инициации активности человека и ее продолжительности в деятельности. Так, например, однажды довелось проводить тренинг вместе с одним музыкантом. Мы проводили занятие по вокализации переживаний. Оказалось, что мой котренер (музыкант) совершенно не контролирует эти процессы инициации и продолжительности собственной активности при ведении беседы. Он постоянно перебирал время на рассказ, чем вызывал скуку в аудитории, а также невпопад говорил, что вызывало у людей раздражение. Однако, как только дело касалось его профессии – оба этих паттерна были филигранно настроены. Я с удивлением обнаружил, что, когда в группе начиналась хоровая композиция, он удивительно точно и вовремя вступал с профессиональными интервенциями, меняя и направляя этот коллективный творческий процесс. У меня же появлялся внутренний вопрос: «когда завершать упражнение?» (хоровую композицию). Я полностью мог положиться на своего котренера в этом вопросе, и он ни разу не подвел. Это тот случай, когда в профессиональном творчестве необходимые паттерны хорошо настроены и необходимо также настроить эти паттерны и в других сферах жизни.

Если же эти паттерны не сбалансированы, то и действия человека при встрече с препятствиями могут быть неадекватными, не соответствующими изначальному замыслу. Так, например, чрезмерно резкие движения могут не попадать в ритм сексуальности и флирта и пугать потенциальных партнеров. Яркий пример правильно настроенных паттернов «смелости» и «выдержки» можно обнаружить в природе. Например, на просторах интернета можно найти видео схватки мангуста с коброй (классический сюжет рассказа «Рикки-Тикки-Тави» Редьярда Киплинга). В первый раз мангуст проявляет смелость решением сражаться (ролик можно найти в Youtube под названием *Cobra vs. Mongoose*). Он подходит к змее все ближе. Однако далее необходима «выдержка» – он не набрасывается на нее сразу. Змея слишком опасна. Она атакует, а мангуст только пятится. Когда же кобра устает, мангуст опять проявляет паттерн «смелости» и хватает змею. «Смелость» и «выдержка» становятся залогом успешного результата.

### **Этап самореализации 3. Принятие результата.**

Активность по самореализации неизбежно приводит к получению определенного результата. Так как радость – побочный продукт самореализации, то и индикатором качества

---

этого процесса является наличие у человека такого переживания. Вместе с тем, принять радость и пережить ее полноту человек далеко не всегда способен. Такая неспособность не приводит к закреплению активности, ведущей к самоосуществлению. Не формируются паттерны переживания, мышления и поведения, обеспечивающие реализацию самоактуализирующей тенденции, и человек направляет активность по искаженному ложному пути, который не может принести ему истинную радость. Для переживания полноты радости необходимо умение с благодарностью принимать результаты деятельности. Это возможно посредством функционирования двух взаимодействующих поведенческих паттерна: «вкус к жизни» и «самопожертвование».

«**Вкус к жизни**» (экспансивная тенденция) необходима в ситуации выбора, оценки результатов деятельности. В тонусе проявляется как принятие опыта, других людей; оптимистическое отношение; умение ценить то, что имеешь; открытость миру; «горящий» взгляд, «зов» (человек зовет к себе, манит), обаяние и магнетизм. Позволяет ставить истинные цели и быть счастливым от их достижения; быть привлекательным для других людей.

*«И пусть весь мир подождёт,  
Пока с тобой не насладимся.  
Душа от счастья поёт,  
Мгновение любви век целый длится,  
При яви жизни, а не снится!...»*

*Евгений Заикин. И пусть весь мир подождет...*

В гипертонусе «вкус к жизни» превращается в «жадность» и проявляется в неумеренности, ненасытности, воровстве, накопительстве, ревности; разных формах зависимости, не угрожающих физическому здоровью и жизни (созависимость, сексоголизм, шопоголизм, трудоголизм и т.д.). «Жадность» чревата обесцениванием достижений и недовольством собственной жизнью. При недостатке «вкуса к жизни» (гипотонусе) у человека наблюдаются апатия, нежелание жить, пессимистическое отношение к жизни и неумение радоваться.

Сдерживающая тенденция «самопожертвование» в тонусе ограничивает «жадность» и позволяет соединить субъективные интересы человека с общественными, придавая реализации его самоактуализирующей тенденции просоциальный альтруистический вектор. «Самопожертвование» необходимо при оценке реальных или возможных последствий деятельности и проявляется в способности отказаться от своего блага ради значимых других, щедростью и социальной ответственностью. В гипертонусе «самопожертвование» превращается в «саморазрушение», при котором теряется «вкус к жизни», а дефицит настоящей радости восполняется за счет остроты ощущений в ситуациях риска. «Саморазрушение» может проявляться как дерзость, отчаянность; бесшабашность; в виде преступных действий, суицидальных поступков, авантюры; а также в разных формах зависимости, угрожающих физическому здоровью и жизни (например, наркомания, алкоголизм, игромания с большими ставками). Это чревато переходом на примитивный уровень самоосуществления (необходимость просто выжить или не сильно потерять).

Дж. Стивенс выделяет еще один конструктивный поведенческий паттерн, который

необходим человеку на всех этапах самореализации – «**настойчивость**». «Настойчивость» проявляется как упорство в достижении цели, решительность, гибкость и вариабельность исполнительских программ реализации задуманного и позволяет довести до завершения любой проект. При этом, «настойчивость» может трансформироваться в гипертонический искаженный паттерн – «упрямство». Это происходит в ситуации, когда человек воспринимает, что решение принимается без него. «Упрямство» может проявляться как негативизм, неповиновение, неуступчивость, слепое отстаивание своей позиции, безосновательное оспаривание чужого мнения и полном отказе к нему прислушаться; что чревато усугублением всех форм деструктивного поведения и отказом от самореализации.

Таким образом, возможность самоосуществления обеспечивается и наличием необходимых семи конструктивных паттернов поведения, которые выраженные в тоне позволяют решать задачи на всех этапах реализации самоактуализирующей тенденции под воздействием различных отвлекающих стимулов. Коррекцию поведенческих паттернов целесообразно производить путем настройки их тона. Этот тонус для шести из семи паттернов обеспечивается оптимальным уровнем сочетания соответствующих противоположных (экспансивных и сдерживающих) пар тенденций.

### Литература

1. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции: Учебное пособие / В. А. Иванников. – 3-е ИЗД. – СПб.: Питер, 2006. – 208 с.: ил. – (Серия «Учебное пособие»).
  2. Бернхард П. Искусство следования структуре. Интервью с Лизбет Марчер об источниках системы Бодинамики (перевод В. Березкиной-Орловой) / Питер Бернхард // Телесная психотерапия. Бодинамика: пер. с англ.] / Ред. - ТЗ1 сост. В. Б. Березкина-Орлова. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2010. - 409, [7] с.
  3. Йоргенсен С. Структура характера и шок (перевод А. Герчиковой) / Стин Йоргенсен // Телесная психотерапия. Бодинамика: [пер. с англ.] / Ред. - ТЗ1 сост. В. Б. Березкина-Орлова. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2010. – 409, [7] с.
  4. Тимошенко Г. Работа с телом в психотерапии: практическое руководство / Тимошенко Г., Леоненко Е. – М: Психотерапия, 2006. – 480 с.
  5. Шульга Т. И. Проблемы волевой регуляции в онтогенезе / Т. И. Шульга // Вопросы психологии. – 1994. - № 1. – С. 105 – 110.
  6. Diamond A. Prefrontal cortex and developmental psychology: strategies that work for improving cognitive control and self-regulation in young children // Новые исследования. Материалы Международной научной конференции «Физиология развития человека» Москва, 22 – 24 июня, 2009. М.: Вердана, Т 19., №2. – С. 11 - 12
  7. Чудновский В. Э. Нравственная устойчивость личности / В. Э. Чудновский. – М.: Педагогика, 1981 – 208 с.
  8. Мэй Р. Экзистенциальные основы психотерапии / Р. Мэй // Экзистенциальная психология. Экзистенция. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. - С. 61.
  9. Воробейчик Я. Н. Руководство по аутопсихотерапии (история, теория, практика) [Электронный ресурс] / Я. Н. Воробейчик, Одесса. – 2004. – 360 с. – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=2791>.
-

10. Змановская Е. В. Девиантное поведение личности и группы: Учебное пособие / Е. В. Змановская, В. Ю. Рыбников. - Питер, 2011. – 352 с. – (Серия «Учебное пособие»).
11. Руководство по саморегуляции / под редакцией Моники Бозкаэртс, Пола Р. Пинтрича, Мошэ Зайднера; пер. с англ. Сидорина В.В., 2005. - 769 с.
12. Дементий Л. И. Ответственность личности как свойство субъекта жизнедеятельности: дис. ... доктора психол. наук: 19.00.01 / Дементий Людмила Ивановна. – М., 2005. – 311 с.
13. Ильин Е. П. Психология воли / Е. П. Ильин. - 2-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 368 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
14. Калинин В. К. На путях построения теории воли // Психологический журнал. – Т. 10. – № 2, 1989. – С. 46 – 55.
15. Стивенс Дж. Приручи своих Драконов [Электронный ресурс] / Дж. Стивенс. – Режим доступа: <http://www.center-nlp.ru/library/s55/nlp/dragon.html>.
16. Кочарян И. А. Структура эссенциальной саморегуляции / Кочарян И. А. // Психологічне консультування і психотерапія. – 2014. – №1-2. – С. 74–87.
17. Филоненко А. С. Собирающий зов другого: сотериология и философия благодарения [Электронный ресурс] / А. С. Филоненко, 2007. – Режим доступа: <http://www.pca.kh.ua/2010-01-23-19-50-46/113-fil2>.
18. Муравьева О. С. Как воспитывали русского дворянина / О. С. Муравьева. - Издательство: Нева, Летний сад, 2001. – 45 с.

### References

1. Ivannikov V. A. Psiholoricheskie mehanizmy volevoj reruljacji: Uchebnoe posobie. / V. A. Ivannikov. – 3-e IZD. – SPb.: Piter, 2006. – 208 S.: il. – (Serija «Uchebnoe posobie» ).
2. Bernhard P. Iskusstvo sledovanija strukture. Interv'ju s Lizbet Marcher ob istochnikah sistemy Bodinamiki (perevod V. Berezkinov-Orlovoj) / Piter Bernhard // Telesnaja psihoterapija. Bodinamika: per. s angl.] / Red. – T31 sost. V. B. Berezkina-Orlova. – M.: ACT: ACT MOSKVA, 2010. – 409, [7] s.
3. Jorgensen S. Struktura haraktera i shok (perevod A. Gerchikovoj) / Stin Jorgensen // Telesnaja psihoterapija. Bodinamika: per. s angl.] / Red.- T31 sost. V. B. Berezkina-Orlova. – M.: ACT: ACT MOSKVA, 2010. - 409, [7] s.
4. Timoshenko G. Rabota s telom v psihoterapii: prakticheskoe rukovodstvo / Timoshenko G., Leonenko E. – M: Psihoterapija, 2006. – 480 s.
5. Shul'ga T. I. Problemy volevoj reguljacji v ontogeneze / T. I. Shul'ga // Voprosy psihologii. – 1994. – №1. – s. 105 – 110.
6. Diamond A. Prefrontal cortex and developmental psychology: strategies that work for improving cognitive control and self-regulation in young children // Novye issledovanija. Materialy Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii «Fiziologija razvitija cheloveka» Moskva, 22 – 24 ijunja, 2009. M.: Verdana, T 19., №2. – s. 11 – 12
7. Chudnovskij V. Je. Nравstvennaja ustojchivost' lichnosti / V. Je. Chudnovskij. – M.: Pedagogika, 1981 – 208 s.
8. Mjej R. Jekzistencial'nye osnovy psihoterapii / R. Mjej // Jekzistencial'naja psihologija. Jekzistencija. – M.: Aprel' Press, Izd-vo EKSMO-Press, 2001. – S. 61.

9. Vorobejchik Ja. N. Rukovodstvo po autopsihoterapii (istorija, teorija, praktika) [Jelektronnyj resurs] / Ja. N. Vorobejchik, Odessa. – 2004. – 360 s. – Rezhim dostupa: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=2791>.
10. Zmanovskaja E. V. Deviantnoe povedenie lichnosti i grupy: Uchebnoe posobie / E. V. Zmanovskaja, V. Ju. Rybnikov. – Piter, 2011. – 352 s. – (Serija «Uchebnoe posobie»).
11. Rukovodstvo po samoreguljaciji / pod redakciej Moniki Bojekajerts, Pola R. Pintricha, Moshje Zajdnera; per. s angl. Sidorina V. V., 2005. – 769 c.
12. Dementij L. I. Otvetstvennost' lichnosti kak svojstvo subjekta zhiznedejatel'nosti: dis. ... doktora psihol. nauk: 19.00.01 / Dementij Ljudmila Ivanovna. – M., 2005. – 311 s.
13. Il'in E. P. Psihologija voli / E.P. Il'in. - 2-e izd. – SPb.: Piter, 2009. – 368 s.: il. – (Serija «Mastera psihologii»).
14. Kalin V. K. Na putjah postroenija teorii voli // Psihologicheskij zhurnal. – T. 10. – № 2, 1989. – S. 46 – 55.
15. Stivens Dzh. Priruchi svoih Drakonov [Jelektronnyj resurs] / Dzh. Stivens. – Rezhim dostupa: <http://www.center-nlp.ru/library/s55/nlp/dragon.html>.
16. Kocharjan I. A. Struktura jessencial'noj samoreguljaciji / Kocharjan I. A. // Psihologichne konsul'tuvannja i psihoterapija. – 2014. – №1-2. – S. 74–87.
17. Filonenko A. S. Sobirajushhij zov drugogo: soteriologija i filosofija blagodarenija [Jelektronnyj resurs] / A. S. Filonenko, 2007. – Rezhim dostupa: <http://www.pca.kh.ua/2010-01-23-19-50-46/113-fil2>.
18. Murav'eva O. S. Kak vospityvali russkogo dvorjanina / O. S. Murav'eva. - Izdatel'stvo: Neva, Letnij sad, 2001. - 45 s.

Надійшла до редакції 10.10.2015

---



УДК 159.923

**СЕПАРАЦІЙНА ТРИВОГИ ОСОБИСТОСТІ:  
МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ВИМІР ДОСЛІДЖЕННЯ****Гайдучик П. Д.**

Розгляд проблеми сепараційної тривоги особистості актуалізує питання її теоретико-методологічної конкретизації у структурі загально психологічного знання та прикладних психотерапевтичних аспектах набуття психологічної безпеки. Розглянуто конструкт сепараційної тривоги та конкретизовано її види, форми і функції прояву. Зазначено, що зміст і динаміка сепараційного впливу залежить як від особистісних ресурсів набуття емоційної безпеки, так й від системи психотерапевтичних засобів, які сприяють досягненню особистісної відповідальності і зрілості особистості.

Ключові слова: тривога, сепарація, сепараційна тривога, особистісна безпека, особистісні ресурси, особистісна зрілість.

The review of separation anxiety of a personality problem actualizes its theoretical and methodological specification in the structure of general psychological knowledge and applied psychotherapeutical aspects of acquiring psychological security. The construct of separation anxiety is considered and its types, forms and function displays are concretized. It is pointed out that the content and dynamics of separation influence depend both on the personal resources of emotional security acquisition and the system of psychotherapeutic methods that contribute to personal responsibility and maturity.

Keywords: anxiety, separation, separation anxiety, personal security, personal resources, personal maturity.

Рассмотрение проблемы сепарационной тревоги личности актуализирует вопрос ее теоретико-методологической конкретизации в структуре общего психологического знания и прикладных психотерапевтических аспектах приобретения психологической безопасности. Рассмотрен конструкт сепарационной тревоги и конкретизированы ее виды, формы и функции проявления. Отмечено, что содержание и динамика сепарационного влияния зависит как от личностных ресурсов приобретения эмоциональной безопасности, так и от системы психотерапевтических средств, которые способствуют достижению личностной ответственности и зрелости личности.

Ключевые слова: тревога, сепарация, сепарационная тревога, личностная безопасность, личностные ресурсы, личностная зрелость.

Постановка проблеми. Останнім часом вивчення проблеми емоційної сфери особистості посідає одне з перших місць в контексті актуальних питань її соціально-психологічної адаптації та особистісної безпеки. Одним з потужних внутрішніх факторів, який визначає міру особистісного благополуччя є тривожність, який не тільки відображає стабільність переживання особистістю почуття безпеки, але й відповідає за психологічну стійкість щодо переживання стресових ситуацій. Одним з видів тривожності є сепараційна

тривога, яка виникає при переживанні загрози соціальної ізоляції та високих ризиках самотності. У соціальній реальності людини переживання нею подібних загроз є досить розповсюдженим явищем у різні вікові періоди становлення особистості. Також проблема вивчення сепараційної тривоги ставиться в плані не тільки емпіричних досліджень, але й в плані теоретичного обговорення в силу дефіциту існуючих доробок. Малочисельність опублікованих робіт з цієї проблематики робить запропонований матеріал методологічного аналізу проблеми сепараційної тривоги особистості своєчасним і актуальним.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В системі психологічного знання можна виокремити різновекторні дослідження феномену тривожності особистості. Зокрема, йдеться про особливості розвитку тривожності в межах різних вікових етапів від раннього дитинства до періодів зрілості (Я. Гошовський, Б. Кочубей, О. Новікова, О. Захаров, В. Кисловська, А. Прихожан та ін.); специфіку нейрофізіології тривожності і страху (П. Гальперин, К. Мей, С. Епстейн, Р. Лазарус, М. Левітов, О. Ухтомський та ін.); діагностичні можливості експериментального вивчення тривожності (Г. Айзенк, Р. Кеттел, Ч. Спилбергер, Б. Філіпс, А. Прихожан та ін.). Перевагою вказаних психологічних доробок є загальна наукова позицію дослідників щодо розгляду особистісної тривожності як психодинамічного процесу емоційно-вольової регуляції діяльності людини.

З огляду на існуючий теоретико-емпіричний арсенал дослідження тривожності як специфічного стану людини, що виникає в особливих (напружених) умовах та як особистісної властивості, що проявляється в межах емоційного переживання негативної модальності, спільною ознакою тривожності є надмірна схильність до хвилювання, страху і стану тривоги в різноманітних фрустраційних ситуаціях, які загрожують фізичною небезпекою, неприємностями, невдачами тощо (В. Мясіщев, Р. Немов, А. Свядоц, В. Суворова, П. Тіллих та ін.).

Виокремлення невирішених раніше частин загальної проблеми. Сепараційна тривога, що викликається загрозою розлучення з об'єктами прив'язаності не отримала відповідного дослідницького статусу в межах вітчизняних психологічних досліджень, але, останнім часом, коли соціально-політична ситуація в Україні набула характеру військового конфлікту, все частіше йдеться про вироблення теоретико-методологічної позиції інтерпретації об'єктивної (колективної) та суб'єктивної (індивідуальної) оцінки можливих і реальних порушень особистісної безпеки в міграційних межах військового конфлікту засобом диференціації погроз фізичного існування, психологічного благополуччя та соціальної ізоляції учасників бойових дій. Тому, на нашу думку, контекст вивчення сепараційної тривоги є актуальним аспектом вивчення цього феномену в межах військової та соціальної психології.

Варто виокремити аспекти вивчення сепараційної тривоги в межах клінічної психології, а саме аспекти сепараційних впливів на стан хворого, які впливають на ефективність лікувального процесу. Коли йдеться про тяжкі захворювання, які вимагають від людини постільного режиму, і, як наслідок її відриву від повсякденної діяльності, звичного способу життя, можливо й на довгий період, то їй приходится розлучатись із звичним середовищем, а відповідно переживати сепараційну тривогу з цього приводу. При цьому значним навантаженням є відрив від звичного середовища. Хворому дуже не вистачає діяльності, яка складає ціль його життя. Все це порушує не тільки його соціальні зв'язки, але й відносини із зовнішнім середовищем та торкається душевної рівноваги хворої людини.

---

Звичне середовище, любов і турбота сім'ї, турбота про дітей, звичне місце роботи означають внутрішню впевненість, створюють спокій і гармонію, а при захворюванні спокійне життя тимчасово або надовго підлягають небезпеці. Ця небезпека, що загрожує його звичним умовам існування людини, так і стабільність її внутрішнього світу, викликає страх і тривогу. В медичній практиці спостерігаються й описані різноманітні форми проявів подібних опасень і страхів (М. Боухал, Ю. Зубарев, А. Квасенко, Р. Конечний, М. Лебединський, В. Матвєєв, В. Мясичев, В. Оранський, В. Ташликов тощо), а в психології вони є малодослідженими.

Тому презентований матеріал присвячений методологічному аналізу сепараційної тривоги як психологічного феномену, який потребує конкретизованої інтерпретації з метою подальшої трансформації опрацьованого теоретичного конструкта у сферу актуальних прикладних досліджень.

Метою даного аналітичного огляду є поповнення інформаційного вакууму навколо даної проблеми та оцінка евристичної сили набутих психотерапевтичних можливостей її вивчення.

Виклад основного матеріалу дослідження. Конструкт сепараційної тривоги традиційно розглядається як базовий афект, що продукує стан незахищеності та безпорадності, а прототипом даного виду тривоги є страх бути розлученим з тим, хто необхідний для виживання. Сепараційна тривога може бути об'єктивною або невротичною. Прояви об'єктивної сепараційної тривоги можна зустріти у немовлят або тяжкохворих дорослих, коли відсутність турботи і догляду з боку близької людини несе загрозу життю. Невротична сепараційна тривога виникає тоді, коли присутність іншої людини використовується як захист від іншого виду тривоги. В обох випадках її виникнення зумовлюють два чинники: страх перед невизначеною небезпекою, або ззовні, або від зростаючого внутрішнього напруження; і страх втратити об'єкт, який вважається здатним захистити або прийти на допомогу.

Термін «сепарація» в контексті сепараційної тривоги використовується у двох значеннях. В одному контексті слово «сепарація» означає розставання з людиною, з якою встановлені відносини довіри. Тимчасова відсутність такої людини може бути причиною переживань: самотності, печалі, туги, злості чи болю, а також полегшення і свободи. Тут сепарація створює такий контекст у відносинах, в якому інший може почуватися вільним – приходити і йти, обирати продовження відносин або їх припинення. У подібних відносинах розставання в часі і просторі не означає переривання емоційних зв'язків з близькою людиною або втрату її любові, оскільки вона, сприймається як надійна, і така, яка не скористається розставанням, щоб кинути (покинути). Така сепарація (розлука) припускає надію на повернення, навіть якщо кожне розставання викликає страх ймовірної реальної втрати близької чи коханої людини. Іншими словами, відсутність значущої особи викликає відповідні афекти, але не загрожує психічній структурі «Его». Подібна сепарація, викликає психічну біль, пов'язану з опрацюванням смутку, але втрата об'єкта не супроводжується втратою «Его». Абсолютно інше переживання розставання (сепарації) відбувається, коли людина не довіряє намірам близької їй особи.

Концепція сепарационной тривоги отримала свій розвиток в роботах З. Фрейда, М. Малер, М. Кляйн, О. Ранка, Р. Спітца, Дж. Боулбі, У. Біона та ін. Процес сепарації і

індивідуації тісно пов'язаний з формуванням ідентичності. Ступені, що ведуть до інтеграції психічного життя і відкриттю почуття ідентичності, вимагають як опрацювання скорботи, яка стосується не тільки близької особи, але й тих її частин «Его», які залишаються прив'язаними до неї. Згідно психоаналітичним поглядам кожна втрата близької особи (розлука з ним) і кожна зміна сприймається несвідомим як втрата власних частин, пов'язаних з ним. Ось чому тривалий і болісний процес скорботи (бідкання) необхідний для поступового відновлення ідентифікаційних аспектів.

Так, З. Фройд першопочатково припустив, що тривога є наслідком неадекватною розрядки енергії лібідо, але пізніше він переглянув це припущення і зробив висновок, що тривога є функцією Его та призначення її полягає у тому, щоб попереджати людину про загрози [5]. Загалом у психодинамічній теорії виокремлюють три типи тривоги в залежності від напрямку виходу загрози: реалістична тривога – це емоційна відповідь на загрозу і/чи розуміння реальних небезпек зовнішнього світу, яка виконує функцію самозбереження; невротична тривога – це емоційна відповідь на небезпеку того, що неприйнятні імпульси з боку Ід стануть усвідомленими; моральна тривога виникає тоді, коли Ід прагне до активного вираження аморальних думок чи дій, і Суперого відповідає на це почуттям провини і сорому.

Послідовниця психоаналізу К. Хорні розглядала тривожність як невід'ємний компонент психіки, що формується в ранніх стосунках з батьками. Так, якщо батьки недостатньо уважні до дитині, виявляють щодо неї недостатньо кохання, і турботи, то з часом у дитини виникає вороже ставлення до них. Це ставлення дитина змушена витісняти, оскільки вона залежна від батьків. Згодом саме ці пригнічені почуття обурення і ворожості поширюються на відносини з іншими людьми. Цей стан описаний дослідницею як «базальна тривога» – інтенсивне відчуття відсутності безпеки [10].

Розвиваючи психодинамічну теорію, В. Райх окрім лібідо, включає усі основні біологічні і психологічні процеси. А саме, задоволення він розглядає як вільний рух енергії з серцевини організму до периферії й у світ. Тривога ж розуміється ним як перешкода контакту цієї енергії із зовнішнім світом, повернення її всередину, що викликає «м'язові затискачі», які спотворюють та руйнують природне відчуття, зокрема сексуальне. Також в описі феноменології тривожності він додає такого важливого аспекту як ригідність і м'язова скутість, відмова від виконання дії шляхом блокади тілесних органів [10].

Звичайно не можливо не згадати автора індивідуальної психології А. Адлера, який обгрунтовуючи комплекс неповноцінності, наголошує на обов'язкову присутність тривоги, яка виникає у зв'язку із необхідністю відновити втрачене соціальне почуття (почуття єдності соціуму), коли соціальне оточення ставить перед індивідом завдання [8].

Так з огляду позицій психоаналітичної теорії стає зрозумілим, що не дивлячись на широкий інтерпретаційний спектр цього психологічного явища, усе ж таки тривога – це стан побоювання, занепокоєння, випробовуване людиною за умов очікування неприємностей, яке зазвичай приводить до виникнення захисних реакцій.

Так у випадку прояву сепараційної тривоги важливим є набуття можливості виокремлення від іншої особистості, що передбачає: здатність до переживання печалі у відносинах між двома людьми, один з яких бере сепарацію і диференціацію від іншого; здатність до опрацювання скорботи на рівні «Его», залученого у відносини емоційної прихильності з особою, від якої суб'єкт сепарується. Опрацювання скорботи вплітається в

---

більшість психічних процесів, в яких вона виконує функцію вибудовування кордонів «Его» на різних етапах психічного розвитку від дитинства до старості. Різні стадії нормального розвитку можна розглядати як успішне подолання ситуацій скорботи, пов'язаних зі змінами протягом життя.

Ступені, що ведуть до інтеграції психічного життя і відкриттю почуття ідентичності, також вимагають опрацювання скорботи, яка відноситься не тільки до близької людини, а й до тих частин «Его», які залишаються прив'язаними до неї. Згідно психоаналітичним поглядам кожна втрата близької особи (розлука з нею) і кожна зміна неусвідомлювано сприймається як втрата власних частин, пов'язаних з нею. Ось чому тривалий і болісний процес скорботи (бідкання) необхідний для поступового відновлення характерних «Его» складових ідентичності. Творча робота при бідканні спрямована на відкриття аспектів власної оригінальності, які формують ідентичність.

В основі опрацювання сепарационної тривоги в теорії об'єктних відносин лежить діалектика нарцисизму і об'єктних відносин [7]. Одномоментне визнання в психологічному просторі суб'єкта його «Его» і об'єкту, є умовою опрацювання ряду нарциссических захистів, спрямованих проти двох протилежних цілей: в одному випадку це «не-сприйняття» і заперечення диференціації (нарциссическая альтернатива), в іншому «не-відкриття» об'єкта (об'єктна альтернатива). Захисти, спрямовані на «не-сприйняття» і заперечення диференціації, підсилюють тенденції у ставленні змішання «Его» і об'єкта. Нарцисична альтернатива полягає в привабливості перебування в стані часткового з'єднання і злиття з об'єктом і «конкретного» володіння ним, з благородними намірами не втратити його. Втрата злиття подібна повній втраті об'єкта і переживається з тривогою, оскільки суб'єкт не уявляє собі ніякої іншої форми відносин крім володіння. Об'єктна альтернатива включає відносини суб'єкта, який визнає об'єкт і довіряє йому. Хоча об'єкт відомий, він залишається дещо утаємничим, оскільки суб'єкт відмовляється від конкретного володіння. Більш того, суб'єкт вже готовий не створювати єднання з об'єктом і диференціюватися від нього; він терпимо ставиться до незбагненого і загадкового характеру об'єкта, оскільки відносини існують на символічному психічному рівні, що відображають внутрішню реальність об'єкта.

Варто зазначити, що люди, які переживають сильну тривогу розриву потрапляють у пастку втрати свого особистісного простору, тим самим порушуючи суверенність своєї особистості, яка за словами К. Нартової-Бочавер, є системною якістю, що проявляється в суверенності тіла, теориторії, світу речей, звичок, соціальних зв'язків та цінностей [9]. Також особистісний простір розуміють як унікальну характеристику індивідуальності, як суб'єктивно значущий фрагмент буття, який визначає актуальну діяльність і стратегію життя людини та включає комплекс фізичних, соціальних і психологічних явищ, з якими людина себе ототожнює, а отже оберігає усіма доступними їй фізичними та психологічними засобами.

Якщо на психологічному рівні сепаративна тривога відчувається, як напруга, стурбованість, нервозність, відчуття невизначеності, то на фізіологічному рівні така реакція виявляється як важке невизначене відчуття «занепокоєння», «тремтіння», «кипіння», «бурління» у різних частинах тіла, найчастіше в грудях, і нерідко супроводжується різними сомато-вегетативними розладами (тахікардією, пітливістю, частішанням сечовипускання, шкірною сверблячкою тощо).

Така симптоматика ще раз підкреслює, що при переживанні сепараційної тривоги людина втрачає відчуття безпеки, яке характеризується переживаннями спокою, рівноваги, комфорту, радості, щастя, захищеності. До умов, які б забезпечили безпеку можна віднести різні види ресурсів суб'єкта: надійне оточення становить соціальний ресурс; розум, компетентність, знання – інтелектуальний; відповідальність і життєвий досвід – особистісний; сила, здоров'я і особистісна територія – фізичний ресурс особистості [12]. Контроль за ситуацією, дотримання правил і залучення зовнішніх засобів, включаючи звернення за допомогою, є основними способами досягнення безпеки. У своїй сукупності вони представляють собою достатню систему заходів щодо запобігання і подолання небезпек і збереження суверенності особи.

Говорячи про активацію індивідуально-психологічних ресурсів подолання тиску погрози розлуки, використовувать різноманітні релаксаційні техніки, техніки візуалізації та фокусування, основна мета яких – віднайти ресурс зміни та приєднати його до проблемного переживання. За допомогою цих технік стійкі навички саморегуляції удосконалюються, і особистість досягає доцільного контролю станів і дій. У процесі саморегуляції здійснюється поетапне проживання таких фаз: ідентифікація тілесного психоемоційного стану та аналіз невербальних тілесних сигналів на основі тілесного самоспостереження; відтворення станів і образів комфорту, спокою, радості, умиротворення, підтримки на основі певних наборів тілесних відчуттів і психосоматичних патернів; усвідомлення відтворених станів і образів та емоційного відгуку на них за принципом зворотного зв'язку.

Саморегуляція є особливим випадком збереження психосоматичної рівноваги. Так як в кожному мить на особистість діє безліч факторів, ця рівновага порушується, з боку зовнішнього оточення або внутрішніх потреб людини, що призводить до розвитку протилежної тенденції до відновлення рівноваги. Процесом відновлення балансу між факторами, що порушують рівновагу є саморегуляція, у процесі якої створюється образ задоволеної потреби або вона реально задовільняється. У результаті особистість формує свій світ з задоволеними потребами, які зменшують напругу та відновлюють рівновагу. Таким чином, саморегуляція є процесом, за допомогою якого особистість може задовольнити свою потребу в безпеці. За допомогою саморегуляції особистістю здійснюється самоконтроль своїх функцій на основі «мудрості організму» на відміну від «патології самоманіпуляції, контролю оточення тощо» [10].

На нашу думку, наоптимальнішим варіантом психотерапевтичного впливу на людину, що переживає сепараційну тривогу, є використання в практичній роботі з нею психоаналітичних інтерпретацій, які дають змогу отримати доступ до її внутрішнього світу і трансформувати усвідомлювані та неусвідомлювані психічні реакції на сепарацію та втрату близької особи незалежно від того чи зумовлена ця тривога реальністю чи то цілком базується на фантазіях, які є результатом придушених неусвідомлюваних бажань.

Зрозуміло, що не тільки використання психоаналітичних технологій визначає вибір тієї чи іншої форми протистояння сепараційним труднощам. Також суттєву роль відіграє й належність людини до соціуму – етнічній групі або соціальному прошарку, прийняття нею певної соціальної ролі, а також соціальний досвід в цілому, який набутий в сім'ї, школі, інституті тощо.

Висновки і перспективи. Проведений теоретико-методологічний експеримент у проблему

---

переживання людиною сепараційної тривоги дає змогу виснувати, що сепараційна тривога за своєю інтенсивністю та тривалістю перешкоджає формуванню адаптаційного поводження, призводить до порушення поведінкової інтеграції та загальної дезорганізації психіки людини. Система заходів, спрямованих на розвиток здатності людини адекватно переживати сепараційний вплив, відбувається в процесі поступового задоволення потреб особистісної безпеки та досягнення особистісної відповідальності і зрілості. Клімат емоційної безпеки сприяє актуалізації її внутрішніх ресурсів, які реорганізують можливості людини забезпечувати власну безпеку.

Визначаючи перспективи дослідження, хотілося б зазначити, що проблематика вивчення сепараційної тривоги набуває свою популярність, і тому її подальше вивчення є досить широкими у різноманітних прикладних галузях психології.

### Література

1. Акімова Л. Н. Стратегии формирования личностной защищенности при оказании психологической помощи / Л. Н. Акімова. – Психологія професійної безпеки: технології конструктивного самозбереження особистості [Текст]: колективна монографія / О. Лазорко, Ж. Вірна, Л. Акімова [та ін.]; за ред. Ж. Вірної. – Луцьк: Вежа-Друк, 2015. – С. 50-71.
2. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Дж. Боулби; [пер. с англ. В.В. Старовойтова]. – М.: Академический Проект, 2006. – 240 с.
3. Бубер М. Два образа веры / М. Бубер; [пер. с нем.]; под ред. П. С. Гуревича, С. Я. Левит, С.В. Лезова. – М.: Республика, 1995. – 464 с.
4. Бурлачук Л. Психотерапия: психологические модели / Л. Бурлачук, А. Кочарян, М. Жидко. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.
5. Вайсс Дж. Как работает психотерапия: Процесс и техника / Дж. Вайсс; [пер. с англ. А.Б. Образцова]. – М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. – 240 с.
6. Зигмунт Б. Индивидуализированное общество / Пер. с англ.; под ред. В. Л. Иноземцева. – М.: Логос, 2005. – 390 с.
7. Кинодо Ж. М. Приручение одиночества / Ж. М. Кинодо; [пер. с фр.] – М.: Когито-Центр, 2008. – 254 с.
8. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Ч. Райкрофт ; [пер. с англ.] – СПб.: ВВЕИЛ, 1995. – 288 с.
9. Нартова-Бочавер С.К. Человек суверенный: опыт психологического исследования субъекта в его бытии / С.К. Нартова-Бочавер. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.
10. Паттерсон С. Теории психотерапии / С. Паттерсон, Э. Уоткинс. – СПб.: Питер, 2003. – 544 с.
11. Проблемы психологической безопасности / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Н. В. Тарабрина. – М.: Институт психологии РАН, 2012. – 440 с.
12. Харламенкова Н. Е. Представление о психологической безопасности: возрастной и личностный компоненты / Н. Е. Харламенкова / Современная личность: Психологические исследования / Отв. ред. М. И. Воловикова, Н. Е. Харламенкова. М.: Институт психологии РАН, 2012. С. 141–160.

**References**

1. Akimova L. N. Strategii formirovanija lichnostnoj zashhishhennosti pri okazanii psihologicheskoy pomoshhi / L. N. Akimova. – Psihologija profesijnoj bezpeki: tehnologii konstruktivnogo samozberezhennja osobistosti [Tekst]: kolektivna monografija / O. Lazorko, Zh. Virna, L. Akimova [ta in.] ; za red. Zh. Virnoji. – Luc'k: Vezha-Druk, 2015. – S. 50-71.
2. Boulbi Dzh. Sozdanie i razrushenie jemocional'nyh svjazej / Dzh. Boulbi; [per. s angl. V.V. Starovojtova]. – M.: Akademicheskij Proekt, 2006. – 240 s.
3. Buber M. Dva obraza very / M. Buber; [per. s nem.]; pod red. P. S. Gurevicha, S. Ja. Levit, S. V. Lezova. – M.: Respublika, 1995. – 464 s.
4. Burlachuk L. Psihoterapija: psihologicheskie modeli / L. Burlachuk, A. Kocharjan, M. Zhidko. – SPb.: Piter, 2003. – 472 s.
5. Vajss Dzh. Kak rabotaet psihoterapija: Process i tehnika / Dzh. Vajss; [per. s angl. A.B. Obrazcova]. – M.: Nezavisimaja firma “Klass”, 1998. – 240 s.
6. Zigmunt B. Individualizirovanoe obshhestvo / Per. s angl.; pod red. V.L. Inozemceva. – M.: Logos, 2005. – 390 s.
7. Kinodo Zh. M. Priruchenie odinochestva / Zh. M. Kinodo; [per. s fr.] – M.: Korito-Centr, 2008. – 254 s.
8. Rajkroft Ch. Kriticheskij slovar' psihoanaliza / Ch. Rajkroft; [per. s angl.] – SPb.: VVEIL, 1995. – 288 s.
9. Nartova-Bochaver S.K. Chelovek suverennyj: opyt psihologicheskogo issledovanija sub#ekta v ego bytii / S. K. Nartova-Bochaver. – SPb.: Piter, 2008. – 400 s.
10. Patterson S. Teorii psihoterapii / S. Patterson, Je. Uotkins. – SPb.: Piter, 2003. – 544 s.
11. Problemy psihologicheskoy bezopasnosti / Otv. red. A. L. Zhuravlev, N.V. Tarabrina. – M. : Institut psihologii RAN, 2012. – 440 s.
12. Harlamenkova N. E. Predstavlenie o psihologicheskoy bezopasnosti: vozrastnoj i lichnostnyj komponenty / N. E. Harlamenkova / Sovremennaja lichnost': Psihologicheskie issledovanija / Otv. red. M. I. Volovikova, N. E. Harlamenkova. M.: Institut psihologii RAN, 2012. S. 141–160.

Надійшла до редакції 01.11.2015

---



**Розділ: Психотерапевтичні модальності, методи та методики**

УДК 159.942.5:615.851

**СУБВЕРБАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ****Кочарян А. С.**

У статті розглядаються субвербальні аспекти клієнт-центрованої психотерапії, пропонується її модель, що включає топологію і патотопологію психіки, особливості протікання психотерапевтичного процесу, структуру «заторних» переживань, механізми врівноваження емоцій. Представлена загальна ідея здійснення клієнт-центрованого психотерапевтичного впливу в рамках субвербальної моделі.

Ключові слова: клієнт-центрована терапія, переживання, структура переживання, механізм урівноваження емоцій

The article discusses aspects of the subverbal person-centered therapy, it was proposed the model that includes topology and patotopology of psyche, especially the flow of psychotherapeutic process, the structure of "mash" experiences, emotions balancing mechanisms. A general idea of the person-centered psychotherapeutic influence within subverbalnoy model was provided.

Keywords: person-centered therapy, feelings, experiences structure, mechanism of balancing emotions

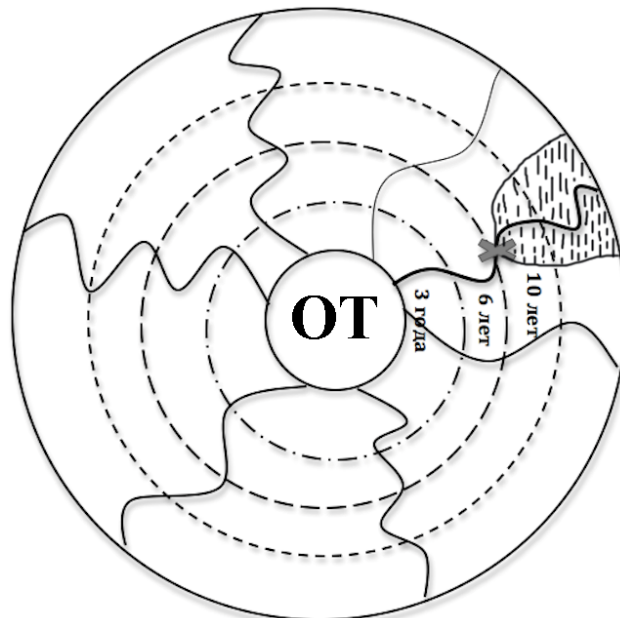
В статье рассматриваются субвербальные аспекты клиент-центрированной психотерапии, предлагается ее модель, включающая топологию и патотопологию психики, особенности протекания психотерапевтического процесса, структуру «заторных» переживаний, механизмы уравнивания эмоций. Представлена общая идея осуществления клиент-центрированного психотерапевтического воздействия в рамках субвербальной модели.

Ключевые слова: клиент-центрированная психотерапия, переживания, структура переживания, механизм уравнивания эмоций

Дж. Харт [1] на основе акцентирования доминирующей идеи выделил три этапа развития клиент-центрированной психотерапии: 1) *недирективной психотерапии*, на котором утверждались базовые положения подхода – равноправие клиента с психотерапевтом, введение самого термина «клиент», утверждающего особую позицию по сравнению с «пациентом», наличие организмической тенденции, которая с необходимостью ведет к росту и развитию, качественно новое представление о психотерапевтическом пространстве и т.п.; 2) *рефлексивной психотерапии*, на котором подчеркивалась особая чувствительность психотерапевта именно к аффективному опыту клиента, а не к содержанию проблемы; 3) *экспириентальной психотерапии*, где произошел существенный сдвиг от интереса к словам, символизирующим эмоциональный опыт клиента, к интересу к субвербальному опыту клиента. Автор ссылается на работы Юджина Джендлина [2],

который выявил опыт felt sense, как особую домодальную (не говоря уже о довербальную) форму переживания клиента. И здесь высказывание Жака Лакана (цит. по [3]) о том, что среда у психотерапевта одна – «речь пациента», нуждается в правке. В глубину переживания через слова и посредством слов не зайти. А ведь именно это и составляет цель экспириентальной клиент-центрированной психотерапии. Еще раз подчеркнем, что отказ от слова, различение слова как символа (фантика) и собственно эмоции (как конфеты) составляет суть идеи экспириентальности. Ю. Джендлин был студентом и аспирантом К. Роджерса, практиковал и супервизировался в Центре консультирования Чикагского университета. Он подчеркивал важность в психотерапии непосредственно переживания тела. Эта чувствительность к субвербальному телесному опыту клиента была обозначена Ю. Джендлиным как «экспириентальная рефлексия» - развитие случается тогда, когда человек становится чувствительным не к словам и образам, а к чувствам-в-теле.

Субвербальное переживание обладает свойством текучести, изменяемости, тогда как модально оформленные вербальные переживания, связанные с переживанием травмы, и в этом смысле являющиеся «заторными» переживаниями, напротив, не имеют качества текучи, они «слиплись», превратились в «кристалл», осевший в теле как вещь [4], они осознанны или близки к осознанию, они не возникают и не исчезают – они есть всегда в актуальной или потенциальной формах, они резистентны к психотерапевтическому воздействию. Делать их мишенью психотерапии – плохая идея: их можно только рационализировать, катартизировать, «релаксировать», понизить «энергетику» этого переживания за счет смещения внимания на что-то другое и т.п. Это как китайский чай - порошок – при малейшей ассоциации с травматическим опытом съезжившееся переживание, например, обида «раскрывается» с новой силой. Задача психотерапии зайти под слой этих вторичных «заторных» эмоций.



\*ОТ – организмическая тенденция

Рис. 1. Топология психики

Ранее нами [5] была предложена топологическая модель психики (рис.1), которая метафорически описывает, как минимум, два процесса: 1) формирование «мертвых» зон из-

за «закупорки» жизненных капилляров «заторными» переживаниями в определенном возрастном периоде; 2) формирование структуры самого «заторного» переживания.

*Относительно первого.* «Мертвые» зоны появляются в результате того, что «заторные» переживания перекрывают движение организмического потока. Недостаточно только понимать психотравмирующую ситуацию детства – важно понимать как эта ситуация «легла» на человека, каким конкретным переживанием. В характер-аналитической традиции [6-9] каждый тип характера вызван определенным видом травмы: шизоидный – отвержением; оральный – лишением; мазохистический – подавлением и т.п. Но это слишком большие обобщения, требующие подгонки конкретного клиента к некоторой типичной ситуации. И, думается, всегда возникает некоторое насилие – конкретный случай индивидуален и он больше всякого, хотя и серьезного, обобщения. Не зря М. Е. Бурно [10] определяет психотерапию как «научное искусство» - искусство, которое идет от индивидуального, а не от типического: «Пациенты и психотерапевты – разные. Теоретик обычно идёт мимо этого. Он выше этого. Он создаёт систему о человечестве и для человечества, в которой все люди, как один, и система эта, как правило, только одна для всех, авторская». Он [10] отмечает, что обобщения клинициста не проникнуты «сложной терминологической символикой, вместо неё – реалистические образы, порою глубинно проясняющие научную мысль чувством». Реалистическая натура в подходе М. Бурно определяется как «врождённые мозаичные природно-характерологические структуры» [11, 12]. И тогда, действительно, психотерапия осуществляется с опорой на определенную характерологическую структуру. Мы, говоря о психотерапии как искусстве, хотим подчеркнуть не то, что не следует забывать конкретную характерологическую основу (как основу для проведения психотерапии), а то, что психотерапия – это и есть конкретный процесс в конкретном человеке, который заранее нельзя предвидеть. Поэтому нас интересует конкретное «заторное» переживание, которое серьезно затрудняет или делает невозможным протекание жизненного (организмического) потока в теле и, соответственно принципу эквивалентности, в душе. Выявить заторное переживание сложно – это не интерпретационная работа, опирающаяся на некоторые теоретические схемы распознавания эмоций и их смысловое послание. Вот, например, одно из приводимых значений основных эмоций [13]:

«агрессия – это когда пора что-то начать или закончить; обида – это когда мы перекладываем ответственность с себя на внешнее; страх – это когда мы не понимаем того, что происходит; стыд – происходит от запрета на то, кем ты есть, запрет на свое проявление; грусть – это когда уходит старое, и мы смотрим назад; радость – это когда мы после подавления себя расслабляем».

Подобные схемы могут быть полезны, но они крайне далеки и от теоретического постижения феномена, и от понимания реального человека. Это, скорее, игрушка, полезная в психологических тренингах, создающая иллюзию понимания.

*Относительно второго.* «Заторное» переживание многослойно, включает в себя: *вторичные переживания* (обида, злость, беспомощность и т.п.), возникающие как реакция на психотравму; *первичные переживания*, лежащие в основе всего негативного «заторного» комплекса (чувства второсортности, ненужности, порочности/грязности и т.п.). На рис. 2 представлена структура «заторных» переживаний.

Вторичные эмоции	Беспомощность
	Злость
	Обида
Первичная эмоция	Чувство ненужности (напр., второсортность)

Рис. 2. Глубинная структура переживаний

Эти чувства имеют высокий порог осознания и способность «двигаться». В этом смысле интересны идеи К. Роджерса о стадиях работы с этими первичными переживаниями. На первой стадии наблюдается феномен «просачивания», когда эти первичные переживания начинают себя проявлять, а затем и частично осознаваться. На второй стадии эти переживания доходят «до предела». И здесь актуализируется описанный К. Роджерсом механизм «уравновешивания эмоций», когда эти первичные переживания начинают двигаться и освобождают «просвет капилляра». Парадоксально, но доведенные «до предела» первичные переживания актуализируют организмические эмоции (напр., злость как тенденция убрать фрустрирующий барьер) – «Я никому не нужен? Нет. Нужен. Как это я не нужен?!». Травму никто убрать не может, но сдвинуть «затор» и освободить движение по капилляру – возможно. З. Фрейд (цит. по [14]) указывал, что важно «повысить интенсивность эмоционального и аффективного процесса», на что собственно, и направлен механизм уравновешивания.

*А что собственно течет по «капилляру»? З. Фрейд указал, что таким жизнеобеспечивающим началом есть поток либидо. В антропологии же К. Роджерса нет указаний на то, какие именно процессы являются актуализационными (или организмическими) - это может быть любовь и отказ от нее (если она «токсична»), сепарация и отказ нее (если не ведет к развитию), учеба и отказ от нее (напр., в рамках процесса полоролевой идентификации у девочки - младшего подростка) и т.п.. Организмичность поведения, переживания и когниции может быть понята только в контексте развития. Отсутствие перечня организмических тенденций является недостатком в области теории антропологии, но, по словам С. Мадди [15], оборачивается достоинством в психотерапевтическом контексте. Мы определяем этот организмический процесс как «зов», открытие которого всегда имеет соматовегетативное сопровождение.*

«Зов» в христианской сотериологии позволяет раскрыть подлинность человеческого существования «через преодоление ... автономной тотальности с помощью ответственного отношения с Другим», «обращению к спасающему - исцеляющему Богу, которое размыкает замкнутость индивидуального бытия» [16]. В психотерапевтическом контексте это означает две вещи: 1) организмическая тенденция как «зов» имеет направленность вовне, к Другому; 2) в организмической тенденции «впаян» смысл: нет смысла задавать вопрос: «В чем смысл?». Когда наполненная сексуальная или пищевая потребность себя реализуют, то у человека не возникает подобного вопроса, он излишен, все очевидно само по себе – просто хочется. Любая попытка привнести смысл извне трансформирует саму тенденцию: еда, становится лекарством, способом заслужить любовь родителей и т.п., т.е. *как бы* едой, утрачивает свой исходный организмический смысл. «Зов» же становится носителем

истинных, натуральных, естественных, чистых и т.п. процессов. И в этом смысле целительные силы, аутосаногенность (С. Гроф; Л. Хей Л.) являются хорошей метафорой организмичности, правильности и т.п. К. Роджерс [17], описывая психотерапевтический процесс, определил его как конструктивный, правильный, развивающий и т.п. А его сподвижница Рут Сэнфорд [18] прямо заявила, что у нее нет оснований не верить разумности процесса. Если «зов» реализует человеческую эссенциальность, добрую и хорошую по своей природе, то он отражает Божественное. Поэтому сотериологические мотивы обращение к Господу за спасением на уровне психотерапии фактически означают обращение к Себе (как у Морено – «нет никакого Бога, кроме Бога; нет никакого Бога, кроме меня»). Думается, что идея «невозможности преодоления этого (внутреннего – А.К.) хаоса через самособирание на каком-то внутреннем основании» [16] при нашей трактовке не нарушается и не противоречит. Такое психотерапевтическое движение направлено на расширение Я-концепции, на преодоление нарциссической (эгоцентрической) установки.

Таким образом, важно не столько понять человека, сколько сдвинуть «заторные» переживания, освободить организмический поток. Это задача «соблазнения» на жизнь [Театры тела], а не углубление понимания. Это сопровождение в глубину собственных переживаний клиента, в зоны, в которых правит не слово, а переживание, лишённое слов, субвербальное переживание. Ю. Джендлин (цит. по [1]) метафорически обозначает такое движение клиента в психотерапии как процесс, «несущий вперед», а К. Роджерс [17] указал, что он осуществляется при наличии «чувства правильности». Способ работы с такими переживаниями – резонансы (эмоциональные и телесные) психотерапевта. Э. Минделл [19] называет работу психотерапевта со своими переживаниями *метанавыком*, что обеспечивает его свободу и возможность трансценденции за роль. В этом смысле психотерапевт погружен в собственные резонансные переживания – телесные (опыт резонансных ощущений) и эмоциональные: подташнивание, боль и/или неприятные ощущения в желудке, животе, груди, желание отодвинуться от клиента, надвигающаяся сонливость, вялость, слабость, брезгливость, желание погладить, поддержать, ущипнуть и т.п. Пережить то, что чувствует клиент можно только через себя. В этом, видимо, секрет эмпатических переживаний. У клиента нет доступа к собственным первичным «заторным» переживаниям, и спрашивать у него, что он чувствует, не имеет смысла – потому он и клиент, что инконгруэнтен. После того, как психотерапевт «находит» первичные «заторные» переживания, он обращает на них (разными способами) внимание клиента. На рисунке 3 представлена модель фокусирования первичных «заторных» переживаний.

Фокусирование приводит к разрыву «слипшихся» эмоций, распаду «заторного» конгломерата эмоций на отдельные переживания. Это происходит за счет того, что, во-первых, для клиента обозначается стержневая эмоция (первичное «заторное» переживание), которая держит весь «заторный» комплекс и, во-вторых, включения уже обозначенного нами механизма уравнивания эмоций. Как только указанный механизм начинает работать, возникают подвижки – забитый эмоциональный капилляр начинает работать, по нему устремляется (понятно, что первоначально только «просачивается») организмический поток. Такое «оживление» случается волнами, причем, вовсе не обязательно, что открывшийся капилляр будет теперь гарантировано работать. Он может работать то больше, то меньше, а может и вовсе закрыться. У К. Роджерса идея актуализации состоит в том, что открывшаяся

организмическая тенденция может проситься в личность, вопреки самой этой личности, т.е. быть эго-дистонной (например, сексуальные импульсы могут проявлять себя в сновидениях, желаниях, фантазиях, желаниях «откровенно» и ярко одеваться и т.п., но они не могут получить «прописку» в личности, они чужеродны ей). Человек найдет способы закрыть в себе «жизнь», затормозив или исказив организмическую тенденцию. Для ее реализации, как писали Д. Мирнс и Б. Торн [20, с. 2], клиенту нужно мужество, которое трансформирует актуализацию в самоактуализацию.

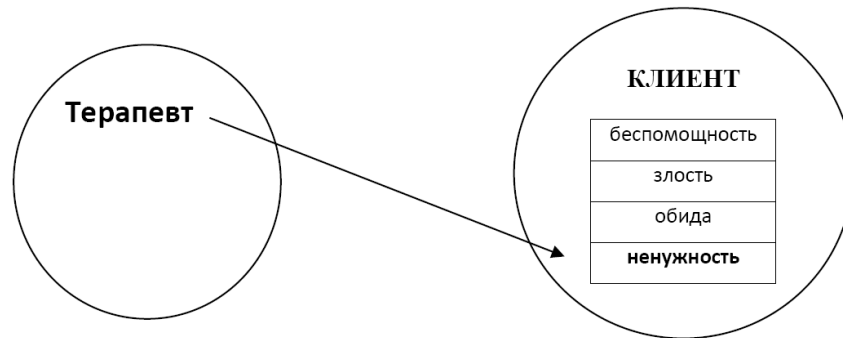


Рис. 3. Фокусирование первичных «заторных» переживаний

*А что помогает запустить механизм уравнивания эмоций?* Вообще говоря, такой механизм с теоретической точки зрения является мало внятным. В поведенческой психотерапии используют описанный в физиологии принцип реципрокности эмоций, суть которого состоит в том, что одни эмоции затрудняют или делают невозможным появление других (например, радость исключает страх). Механизм уравнивания эмоций состоит в том, что какое-либо переживание может тормозиться, уступая место другому переживанию (альтернативному). Условием этого является, по мнению К. Роджерса, доведение исходного переживания «до предела». Первоначально первичное «заторное» переживание начинает, по словам К. Роджерса, только «просачиваться», и лишь затем нарастает и доходит «до предела», становясь очевидно травматическим. Поэтому не все клиенты доходят до конца, могут бросить психотерапию. Сам факт доведения переживания «до предела» актуализирует контрарную эмоцию, запуская механизм уравнивания эмоций. Технически актуализация первичных «заторных» переживаний обеспечивается самой разной группой техник: 1) разными вариантами его фокусирования (субъективное обнаружение переживания клиентом в себе) и 2) разными вариантами его амплификации (усиление переживания). Технические аспекты обеспечения включения механизма уравнивания эмоций нуждаются в дополнительном обсуждении.

Такое понимание клиент-центрированной терапии выводит ее из разговорного жанра, наполняет качеством переживания и телесности, так как эти переживания не в слове (они в нем оказываются потом, и то необязательно подходящем). И в этом смысле трудно согласиться с мнением В.П. Руднева [3], что психотерапия – это только «языковая игра».

### Литература

1. Hart J. The development of client-centered therapy / J. Hart, T. Tomlinson // *New Developments in Client-Centered Therapy* / J. Hart, T. Tomlinson. – Boston: Houghton-Mifflin, 1970. – P. 3–22.
2. Джендлин Ю. Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с

переживаннями / Ю. Джендлин; пер. с англ. А. С. Ригина – М. Независимая фирма «Класс», 2000. – 448 с.

3. Руднев В. П. Миф психотерапии / В.П. Руднев // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2006. – Т.3, №1. – С. 97-102.

4. Ермошин А. Ф. Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями / А. Ф. Ермошин. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 320 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 72)

5. Кочарян А. С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии / А. С. Кочарян // Психологічне консультування і психотерапія. – 2014. – Випуск 1-2. – С. 24 - 36.

6. Райх В. Характероанализ. Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков. / В. Райх. – М.: Когито-Центр, 2006. – 368 с.

7. Лоуэн А. Терапия, которая работает с телом / А. Лоуэн. – СПб.: Издательство Речь, 2000. – 272 с.

8. Джонсон С. М. Психотерапия характера. Методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия». / Стивен М. Джонсон. / М.: Центр психологической культуры, 2001. – 356 с.

9. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе: Пер. с англ / Нэнси Мак-Вильямс. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480с.

10. Бурно М. Е. О самобытной российской психотерапии: новой – полимодальной и традиционной – клинически-классическо / М. Е. Бурно // Теория и практика психотерапии 2015, №9 (13). – С. 2 – 16.

11. Бурно М. Е. О «Характерологической креатологии» и «психотерапии здоровых» / М. Е. Бурно // Психотерапия. – 2011. – Вып. 10. – С. 54-62.

12. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). – 4-е изд.; испр. и доп. /М. Е. Бурно. – М.: Академический Проект, Альма Матер, 2012. – 487 с., ил.

13. Эмоции – что они обозначают? Информационное послание наших эмоций. [Электронный ресурс] / Режим доступа до ресурсу: <http://domenicayoga.com/ehmocii-что-они-обозначают-информационное-послание-наших-эмоций/>.

14. Ницшке Б. Значение сексуальности в трудах Зигмунда Фрейда / Б. Ницшке // Энциклопедия глубинной психологии. З. Фрейд. Жизнь, работа, наследие / З. Фрейд. – М.: Издательство: Interna, Менеджмент, 1998. – Т. 1. – С. 365–406.

15. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ / С. Мадди ; пер. с англ. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 539 с.

16. Филоненко А.С. Собирающий зов Другого [Электронный ресурс] / А. С. Филоненко – Режим доступа до ресурсу: <http://www.pca.kh.ua/2010-01-23-19-50-46/113-fil2>.

17. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс; общ. ред. и предисл. Е. И. Исениной; пер. с англ.. – М. : Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.

18. Сэнфорд Р. От Роджерса к Глейку и от Глейка к Роджерсу / Р. Сэнфорд // Карл

Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века / под ред. Д. Брэзиера ; пер с англ. – М. : Когито-Центр, 2005. – С. 271– 292.

19. Минделл Э. Психотерапия как духовная практика / Э. Минделл; пер. с англ. И. Романенко, Л. Романенко. – М. : Независимая фирма «Класс», 1997. – 160 с.

20. Mearns D. Person-centred counselling in action / Mearns D., Thorne B. / – London: Sage, 2008. – 242 p.

### References

1. Hart J. The development of client-centered therapy / J. Hart, T. Tomlinson // *New Developments in Client-Centered Therapy* / J. Hart, T. Tomlinson. – Boston: Houghton-Mifflin, 1970. – P. 3–22.

2. Dzhendlin Ju. Fokusirovanie: Novyj psihoterapevticheskij metod raboty s perezhivaniyami / Ju. Dzhendlin; per. s angl. A. S. Rigina – M. Nezavisimaja firma «Klass», 2000. – 448 s.

3. Rudnev V.P. Mif psihoterapii / V. P. Rudnev // *Psihologija. Zhurnal Vysshej shkoly ekonomiki.* – 2006. - T.3, №1. – S. 97-102.

4. Ermoshin A. F. Veshhi v tele: Psihoterapevticheskij metod raboty s oshhushheniyami / A. F. Ermoshin. – М. : Независимая фирма «Класс», 1999. – 320 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 72)

5. Kocharjan A.S. Perezhivanie kak mishen' klient-centrirovannoj psihoterapii / A.S. Kocharjan // *Psihologichne konsul'tuvannja i psihoterapija.* – 2014. – Vipusk 1-2. – S. 24 – 36.

6. Rajh V. Harakteroanaliz. Tehnika i osnovnye polozenija dlja obuchajushhihsja i praktikujushhih analitikov. / V. Rajh. – М.: Когито-Центр, 2006. – 368 с.

7. Loujen A. Terapija, kotoraja rabotaet s telom / A. Loujen. – SPb.: Izdatel'stvo Rech', 2000. – 272 s.

8. Dzhonson C.M. Psihoterapija haraktera. Metodicheskoe posobie dlja slushatelej kursa «Psihoterapija». / Stiven M. Dzhonson. / М.: Centr psihologicheskoy kul'tury, 2001. - 356 s.

9. Mak-Vil'jams N. Psihoanaliticheskaja diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom processe: Per. s angl / Njensi Mak-Vil'jams. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480s.

10. Burno M.E. O samobytnoj rossijskoj psihoterapii: novoj – polimodal'noj i tradicionnoj – klinicheski-klassicheskoy /M.E. Burno // *Teoriya i praktika psihoterapii 2015, №9 (13).* - S. 2 – 16.

11. Burno M.E. O «Harakterologicheskoy kreatologii» i «psihoterapii zdorovyh» / M.E. Burno // *Psihoterapija.* – 2011. – Vyp. 10. – S. 54-62.

12. Burno M.E. Terapija tvorcheskim samovyrazheniem (otechestvennyj klinicheskij psihoterapevticheskij metod). – 4-e izd.; ispr. i dop. /M.E. Burno. – М.: Akademicheskij Proekt, Al'ma Mater, 2012. – 487 s., il.

13. Jemocii – chto oni oboznachajut? Informacionnoe poslanie nashih jemocij. [Elektronnij resurs] / Rezhim dostupu do resursu: <http://domenicayoga.com/ehmocii-chto-oni-oboznachajut-informacionnoe-poslanie-nashikh-ehmocij/>.

14. Nicshke B. Znachenie seksual'nosti v trudah Zigmunda Frejda / B. Nicshke // *Jenciklopedija glubinnoj psihologii. Z. Frejd. Zhizn', rabota, nasledie* / Z. Frejd. – М. : Izdatel'stvo: Interna, Menedzhment, 1998. – T. 1. – S. 365–406.



15. Maddi S. Teorii lichnosti: sravnitel'nyj analiz / S. Maddi ; per. s angl. – Spb. : Izdatel'stvo «Rech'», 2002. – 539 s.
16. Filonenko A.S. Sobirajushhij zov Drugogo [Elektronnij resurs] / A.S. Filonenko – Rezhim dostupu do resursu: <http://www.pca.kh.ua/2010-01-23-19-50-46/113-fil2>.
17. Rodzhers K. Vzgljad na psihoterapiju. Stanovlenie cheloveka / K. Rodzhers; obshh. red. i predisl. E. I. Iseninoj ; per. s angl.. – M. : Izdatel'skaja gruppya «Progress», «Univers», 1994. – 480 s.
18. Sjenford R. Ot Rodzhersa k Glejku i ot Glejka k Rodzhersu / R. Sjenford // Karl Rodzhers i ego posledovateli: psihoterapija na poroge XXI veka / pod red. D. Brjeziera ; per s angl. – M. : Kogito-Centr, 2005. – S. 271– 292.
19. Mindell Je. Psihoterapija kak duhovnaja praktika / Je. Mindell; per. s angl. I. Romanenko, L. Romanenko. – M. : Nezavisimaja firma «Klass», 1997. – 160 s.
20. Mearns D. Person-centred counselling in action. / Mearns D., Thorne B. / – London: Sage, 2008. – 242 p.

Надійшла до редакції 20.10.2015

---

УДК 616.89-008.442+616.69+618.17]-085

**ВИРГОГАМИЯ (ДЕВСТВЕННЫЙ БРАК): ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ  
НАБЛЮДЕНИЯ, ОПЫТ КОРРЕКЦИИ****Кочарян Г. С.**

Названо причины віргогамії, наведено її клінічні приклади та досвід корекції цього стану.

Ключові слова: віргогамія, причини, клінічні приклади, корекція.

Reasons of virgin marriage are named, its clinical examples and experience of correction of the condition are submitted.

Keywords: virgin marriage, causes, clinical examples, correction.

Названы причины виргогамии, приведены ее клинические примеры и опыт коррекции этого состояния.

Ключевые слова: виргогамия, причины, клинические примеры, коррекция.

В психологической энциклопедии дается следующее определение виргогамии: «Виргогамия (лат. *virgo* – девушка, девственница, греч. *gamete* – супруга) – девственный брак, при котором супруги длительное время (месяцы и годы) не могут начать половую жизнь» [5]. Длительность девственного брака может быть различной.

А. М. Свядоц [6] сообщает, что в Ленинградскую консультацию по вопросам семейной жизни по поводу виргогамии обратились свыше 500 супружеских пар. При анализе 264 пар длительность виргогамии составляла от одного года до 19 лет. Возраст супругов колебался в диапазоне от 19 до 52 лет. В основном речь шла о возрасте 20–30 лет. В 93,2% как жена, так и муж до брака не имели опыта половой жизни, а у большинства мужчин половой член был крупный, что могло создавать дополнительные затруднения при дефлорации. Автор выделил следующие три формы виргогамии.

**Фобическая форма** (около двух третей всех виргогамий) обусловлена навязчивым страхом дефлорации или коитуса из-за ожидаемого возникновения боли. Она возникает у боязливых девушек под влиянием рассказов пугающего содержания о том, что может случиться в первую брачную ночь, или после болезненной попытки дефлорации и нередко сопровождается вагинизмом.

**Игнорантная форма** (17,5%) являлась результатом неопытности и неосведомленности супругов, их недостаточной ориентации в топографии гениталий. В этой группе у девушек часто выявлялось репрессивное сексуальное воспитание, а у мужчин – отсутствие в детском возрасте сексуальных игр со сверстниками. Супружеские пары при этой форме из-за отсутствия соответствующих знаний и навыков не знают, как совершить коитус.

**Импотентная форма** (21,2%) обуславливалась нарушением сексуальной функции у мужа.

На основании обследования 1000 супружеских пар, находившихся в целомудренном

браке (виргогамия), Маккэри выделил следующие причины их невозможности начать половую жизнь [по 4]:

- чувство боли у партнерши при попытках введения полового члена во влагалище (20,3%);
- уверенность в том, что половой акт является чем-то неприятным (18%);
- импотенция партнера (11,7%);
- маленькое влагалище (8,2%);
- игнорирование партнером анатомических особенностей строения женских половых органов (5,2%);
- негативное отношение партнерши к мужчинам (5,2%);
- отвращение, испытываемое женщиной по отношению к половому члену (4,6%);
- отвращение, испытываемое женщиной к методам контрацепции, при одновременной боязни беременности (3,3%);
- отвращение, испытываемое женщиной по отношению к партнеру (3,0%);
- потребность досадить партнеру (1,4%);
- страх перед половым членом мужа (1,2%);
- страх перед спермой (0,9%).

В данной публикации сообщается, что средняя продолжительность непорочного супружества составляет 2–4 года. В результате лечения 60% пар начинают половую жизнь в первые полгода, а 72% супругов через два года после начала лечения [4].

К. В. Суслов, В. М. Рябов [7] наблюдали два случая виргогамии, которые представляют большой интерес из-за своей продолжительности (23 года – в одном случае и 15 лет – в другом).

Нами в клинической работе неоднократно приходилось встречаться со случаями виргогамии. Вместе с тем следует отметить, что обращения за медицинской помощью в связи с этим состоянием в Украине, России и Белоруссии довольно редки. Приведем два наблюдения из нашей практики, где речь идет о девственном браке.

Молодая супружеская пара из Белгородского региона, которая обратилась ко мне еще в период существования СССР, жаловалась на то, что жена остается девственницей на протяжении года жизни в браке. Супруги рассказали о том, что ее уже лечили в Белгороде гипнозом, но это эффекта не дало. В связи с этим, прежде чем начать лечение, я позвонил гинекологу и договорился о возможной хирургической дефлорации. Однако прежде решил провести консервативную терапию. При обследовании удалось выяснить следующее.

За несколько лет до замужества наша пациентка со своим соседом пошла на танцы в местный клуб. Когда после их окончания они из него вышли, к ним подошли незнакомые ребята и ударом сбили его (соседа) с ног. Затем эти ребята схватили девушку, усадили ее в машину и увезли с собой с целью изнасилования. Ее сосед быстро отправился к ее родителям, которые жили неподалеку, и те снарядили погоню за похитителями. И вот по дороге едут две машины: машина, на которой везут девушку, а за ней другая машина – машина ее родителей. Сообразив, что им не удастся оторваться, похитители на ходу выбросили девушку из машины.

То, что она пережила за все то время, не нуждается в комментариях. После этого

встречалась с ребятами, но когда дело доходило до необходимости проведения полового акта, отношения всякий раз прерывались.

При опросе выяснилось, что у девушки имеют место тревожно-мнительные черты характера. Она боится собак, грома, белых халатов и вида крови. Все попытки провести половой акт после вступления в брак оказались безуспешными, так как возникали явления вагинизма. Через некоторое время у её мужа начала страдать эрекция из-за развития у него опасения, что член при попытке его введения во влагалище может ущемиться.

Таким образом, в данном случае речь шла о виргогамии, обусловленной фобической формой вагинизма у девушки с выраженными тревожно-мнительными чертами характера, что усугубилось психогенным расстройством эрекции у мужа.

Лечение в данном случае включало психотерапию и прием медикаментов. Психотерапия предусматривала проведение разъяснительных бесед, которые сводились к объяснению того, что влагалище имеет большие резервы к увеличению, а это исключает возможность его повреждения при половом акте и возникновения связанных с этим неблагоприятных последствий. С этой целью, в частности, использовался предложенный нами для лечения больных с фобической формой вагинизма прием «сопоставление по контрасту» [2]. Его суть состоит в следующем. Вначале необходимо рассказать больной о больших возможностях влагалища к увеличению и подтвердить это на примере родов. При этом следует указать, что масса нормального ребенка и его рост при рождении достигают значительных величин (назвать каких). Вслед за этим целесообразно отметить, что длина и объем полового члена мужчины неизмеримо меньше. Таким образом, перед женщиной ярко вырисовывается контраст между величиной плода и пениса. Это создает благоприятные условия для более успешного проведения других терапевтических (в основном психотерапевтических) мероприятий, направленных на ликвидацию имеющейся патологии, так как способствует снижению степени выраженности фобического потенциала вследствие его дискредитации. Также в разъяснительных беседах акцентировалась идея о том, что половая жизнь не представляет собой нечто особенное, и люди повсеместно занимаются сексом, и это является вполне обыденным явлением.

Также супругам одновременно проводилась гипносуггестивная терапия. После общей гипнотизации делались внушения, направленные на устранение коитофобии у жены и расслабление мышц влагалища перед и во время интродекции, а также элиминацию тревожного опасения у мужа. Всего было проведено 4 сеанса гипноза. Параллельно пациентке был назначен седуксен по 1 т (5мг) 2–3 раза в день (курсовое лечение, в том числе связанное с наличием у нее общеневротической симптоматики), а также рекомендован прием 1 табл. седуксена за 2 часа до попытки проведения полового акта. Проведенное лечение оказалось эффективным, и не пришлось прибегать к гинекологической дефлорации.

Интерес представляет и следующее наше клиническое наблюдение (клинический архив автора, 2008 г.). Больной О., 37 лет (1971 г. рожд.), инженер по технике безопасности, и его 30-летняя жена, уборщица, обратились в связи с невозможностью совершить половой акт, что обусловлено расстройством эрекции у мужа (нет эрекции). Поэтому и **по сегодняшний день (а поженились они 10 лет назад) она остается девственницей**. До женитьбы в 1998 г. ни у пациента, ни у его жены не было никакого сексуального опыта. Они даже ни с кем из представителей другого пола не встречались и не целовались.

---

Желание совершить половой акт у пациента отсутствует, вернее оно есть, но носит чисто умозрительный и утилитарный характер: «Если возникло напряжение члена, то нужно чтобы разрядилась напряженность внутри него. Хочется, чтобы он встал, и произошло семяизвержение». Это желание появляется только тогда, когда есть напряжение члена, а когда его нет, то оно и вовсе не возникает. При интимной близости эрекция практически отсутствует, из-за чего половой акт провести ни разу так и не удалось. Вместе с тем отмечает, что в последние полгода член «оживился», а раньше был совсем мягкий. Жена пыталась, стимулируя член языком, вызвать эрекцию у мужа, но последняя не возникала. Кроме этого, она оттягивает кожу с головки полового члена, а потом сжимает его. При этом член напрягается и наступает семяизвержение. Так один раз в неделю получалось, хотя «приходил к ней» каждую ночь. Отмечает, что когда «выходит сперма» редко испытывает удовольствие. Иногда даже не чувствует, когда наступает эякуляция. Но бывает, что чувствует приятные ощущения, которые не всегда достаточно выражены. Выраженными они были, когда заканчивал при мастурбации в период развода в тех случаях, во время которых напряжение члена было более или менее хорошим (это случилось всего 2 раза). Пациенту нравится целоваться, обниматься с женой, хочется ее погладить. Один раз пациент попробовал пальцем стимулировать клитор жены, но ей было больно, и она не смогла закончить. Она говорила ему, что и сама пыталась это делать, но тогда ей было приятнее. Иногда, когда просыпается ночью, напряжение члена полное: «на прошлой неделе было 2 раза, а до этого случалось, может, 1 раз в 2 недели». Учащение возникновения ночных и утренних эрекций, так же как утолщение члена и его большее напряжение, связывает с употреблением сельдерея. При активном расспросе опасение/страх сексуальной неудачи и жалобы урологического профиля у пациента отсутствуют.

Женился 10 лет назад, когда ему был 27 лет, а его будущей жене 20. Так как осуществить половой акт им ни разу не удалось, то, прожив в браке 7 лет, супруги развелись. В разводе пробыли 2,5 года. В это время пациент активно лечился. Организацией лечения занималась его мать. Они живут в одном из районных центров Харьковской области. Вначале за медицинской помощью обратились в частный медицинский центр в Харькове, а затем в урологическую службу Харькова. Лечился в стационаре, где у него находили различные инфекции. Для лечения, в частности, использовали антибиотики, но проводилась и другая терапия. До лечения было «жжение при мочеиспускании, истечение из члена и постоянно мокрые трусы». Эти симптомы после данного лечения нивелировались, однако половая функция не улучшилась. После первого курса лечения предложили провести второй курс, но улучшения в сексуальной сфере не гарантировали, что и послужило причиной отказа от него. Потом поехал в Полтаву, где обратился за лечебной помощью к андрологу, который диагностировал у него простатит. Провели соответствующий курс лечения. Сексуальных отношений в этот период не было. После проведенного лечения врач сказал пациенту, что для того чтобы выяснить, здоров он или нет в сексуальном отношении, ему следует обязательно попытаться совершить половой контакт с женщиной. Затем мама посоветовала ему принимать сельдерей, который растирали вместе с морковкой. По мнению пациента, такое лечение сделало половой член более напряженным. Через время повторно поехал в Полтаву для получения консультации к тому же андрологу. После пальпации простаты врач заявил, что она у него как у 18-летнего, и повторно посоветовал ему

попытаются провести половой акт с женщиной. Когда был разведен, также лечился в санатории «Полтава» в Саках. Перед тем, как второй раз жениться на той же женщине, принес ей справку от врача, которая свидетельствовала, что он здоров. Это было мнение лечившего его андролога и курировавшего его врача санатория в Саках. Повторно поженились 3 месяца назад.

**Сексуальное развитие пациента.** Интерес к лицам противоположного пола (**платоническое либидо**) пробудился в 7 лет. Нравилась девочка в классе, даже домой к ней ходил, но не целовались. До жены потребности в ласках и поцелуях не было. **Эротическое либидо** пробудилось в 27 лет перед женитьбой. До этого присматривался к девушкам («где же моя половинка»), но желания обнять, поцеловать не было. Когда увидел свою будущую жену и познакомился с ней, то решил, что она «его половинка». До женитьбы 2 года с ней встречались и не было желания ни обнять ее, ни поцеловать. Познакомился с ней в церкви адвентистов седьмого дня. При анализе сексуального развития пациента сформировавшееся у меня ранее мнение, что у него еще не развилось **сексуальное либидо**, подтвердилось. **Мастурбация** имела место только после женитьбы, когда поехал в санаторий лечиться грязями. После мастурбации всегда наступало раскаяние, так как онанизм, по мнению пациента, – грех. При этом он ссылается на Библию (он и его жена – члены Церкви адвентистов седьмого дня).

**Эротические сновидения.** Однажды, когда ему было 25 лет, приснился сон, что обнимает соседку, с которой дружил. Больше таких снов не помнит. После женитьбы помолился и попросил, чтобы ему приснилась жена, и она ему приснилась. Тогда ему было 30 лет. Это было всего 1 раз. Приснилось, что она «открыла ему член» (оголила головку, оттянув кожу) и ему стало приятно. Сейчас во время интимной близости супруга делает то же самое, и у него иногда наступает семяизвержение.

**Общие анамнестические данные.** Роды О. у его матери протекали без затруднений (не были длительными и щипцовыми). В школе учился на отлично и хорошо. Второй, четвертый и восьмой класс закончил с похвальными грамотами, так как занимался на отлично. В других классах занимался на 4 и 5 баллов. Техникум механизации сельского хозяйства окончил с красным дипломом. После этого поступил сразу на 3 курс института, где занимался на 4 и 5 баллов.

Физически в детстве развивался нормально, от сверстников не отставал. На уроках физкультуры все получалось хорошо. В детстве было воспаление легких, в подростковом возрасте дискинезия желчных путей, гастрит. Гастритом болеет и сейчас. В 2000–2001 гг. болел закрытой формой туберкулеза. В 1996 г. после операции по поводу полипа прямой кишки имеет место вегетативная дистония. Операцию делали под общим наркозом. После операции стало болеть сердце. Сейчас также периодически возникают ноющие или колющие боли в области сердца, иногда имеют место «сбои» в его работе (сердцебиение и аритмия): «чувствую, что оно дергается, было учащенное сердцебиение и даже бывало такое, что не мог из-за этого уснуть». Раза три лечился в кардиологическом стационаре с диагнозом вегетососудистой дистонии. Отмечает, что боли в области сердца снимает валидол (острую колющую), а также валокордин и барбовал (ноющую). Боль в сердце возникает, когда понервничает и когда не выспится. На ЭКГ фиксируют аритмию. Утром вялый («встаю с трудом»). Обычно ночью просыпается в 2 часа, а потом вновь засыпает. Второй раз

---

просыпается в половине четвертого или в половине пятого. Будильник заводит на половину пятого, так как в 6 часов утра идет автобус на работу. Ложится спать в 10 часов вечера или в половину одиннадцатого. Такая продолжительность ночного сна для него недостаточна, после него вялый, сонный. Бывает, что когда на работе заполняет какие-либо документы, то у него «не хватает силы писать и я засыпаю. Просто отключаюсь на 15 мин или на полчаса». Если ложится спать не позже 9 часов вечера, то на следующий день чувствует себя нормально. Не курит, алкогольные напитки и наркотики не употребляет.

**Объективно:** рост – 178 см, масса тела – 64 кг, АД – 120/70-80 мм. рт. ст. Оволосение на лобке по мужскому типу с гипертрихозами, волосы от лобка «поднимаются» вверх к пупку не дорожкой, а очень широким фронтом. Затем от пупка они «идут» к грудной клетке. В нижней части грудной клетки оволосение хорошо развито. На ногах очень выраженное оволосение. На спине и шее волосы отсутствуют. Пропорции тела мужские. Член (головка легко открывается) и яички нормальных размеров, член в неэрегированном состоянии – 8 см. Мошонка нормальной складчатости и пигментации. Придатки не увеличены, не уплотнены, б/болезненны.

**Допплерография полового члена.** Приток к а. dorsalis penis не изменен. В пещеристых телах дистальные сегменты а. dorsalis penis визуализированы, проходимы, ее просвет и стенка в пределах физиологической нормы. Допплерографически во всех сегментах четкий магистральный кровоток. Вены пениса не расширены, эластичны. Допплерографически во всех сегментах лоцируется фазный кровоток. Клапанной недостаточности при пробе Вальсальвы не выявлено.

**Гормональные исследования крови.** ФСГ почти соответствует норме, ЛГ в пределах нормы, содержание эстрадиола повышено, содержание пролактина снижено, тестостерон в пределах нормы.

**Беседа с женой.** Окончила 9 классов школы и 2 года училась на швею в ПТУ. Работает уборщицей. **Впервые испытала оргазм в 15 лет** во время ночного сна. В детстве практически не мастурбировала, так как «мать била по рукам, когда я туда лезла». Мастурбировать начала с 21 года (после замужества), так как у них с мужем не получалось, но при стимуляции клитора оргазм не наступал. При мастурбации влагилице не увлажнялось, и возникала боль. В 28-29 лет для увлажнения начала использовать детский крем, но все равно «не кончала», так как быстро уставала. В 30 лет при мастурбации один раз возник оргазм. Хотела приобщить к стимуляции клитора мужа, он делал это пару раз, но грубо («как-то ногтями попадал»). Оральный секс не практикуют. С 16 лет при закрытых глазах имели место романтические фантазии, которые переходили в эротические и сексуальные. Это фантазирование было с 16 до 20 лет, а также когда находилась в разводе. С 15 лет снятся эротические сны: ласки и поцелуи, иногда половой акт (в тех из пяти наступает оргазм). Сейчас такие сны тоже снятся. С самого начала они снились 1 раз в 2 месяца, а когда вышла замуж 1 раз в месяц. Снятся молодые, красивые, стройные мужчины, которые являются «выдуманными персонажами». Муж не снится. С детства настороженно относилась к мальчикам, потому что они дразнили ее из-за ее полноты. В 15 лет влюбилась в мальчика, но не целовались и не обнимались с ним. При активном расспросе возраст пробуждения **платонического либидо** – 10 лет, а **эротического** – 15 лет. До мужа ни с кем не целовалась. Познакомилась с будущим супругом в 18 лет в церкви. Сначала он ей

нравился, а она ему нет. Потом она ему тоже понравилась. Когда они вынужденно разошлись с мужем и-за его расстройства, она за ним скучала, хотя сама была инициатором развода. До женитьбы относилась к будущему мужу как к мужчине, а потом, из-за того что у него не получалось, стала относиться к нему как к брату и другу. Сейчас относится к нему так же. Когда после проведенного в период развода лечения супруг сказал, что уже выздоровел, то они поженились повторно. Однако он опять оказался сексуально несостоятельным. Есть один человек, который ей нравится – это их пастор, которому 55 лет. Он не женат. Никаких сексуальных отношений между ними не было. Следует отметить, что до брака именно она проявляла активность в установлении отношений со своим будущим мужем (была их инициатором).

**Пациенту было назначено:** аевит, пентоксифиллин, силденафил по 50 мг за 1 час до планируемого полового акта. От назначения локальной декомпрессии (ЛД) полового члена отказались, так как ему ранее проводили такое лечение, но после него у него головка стала нечувствительной. Через некоторое время чувствительность нормализовалась. Рекомендовано раньше ложиться спать.

Во время следующего посещения пациент сообщил, что силденафил вызвал головную боль. Отмечает, что «член немного стоял. Стоял, стоял, а потом опускался, а через время опять поднимался». Член мог вставить только частично. Никакого удовольствия не получил и «не кончил». Сильно болела голова, покраснело лицо, лоб был горячий. «В этот раз напряжение было лучше, чем раньше. Раз семь пробовали». Я объяснил пациенту, что это побочное действие силденафила («в голове сосуды расширяются так же, как и в члене, и поэтому она болела»). Жена пациента рассказала, что в последний раз он «порвал» ей девственную плеву, но не знает до какой степени. Была проведена коррекция в назначениях. Силденафил был заменен на варденафил. Также к лечению был добавлен экстракт элеутерококка, андриол (в малых дозах) и рекомендовано использование метода «гинекологическое положение» [3], предложенного К. Imieliński [8], с которым мы познакомили супружескую пару.

Через 5 дней позвонил пациент и сообщил, что принял 10 мг варденафила. Головной боли не было, была заложенность носа, он покапал что-то от этого в нос, и ему удалось провести половой акт при хорошей эрекции. Андриол он не нашел, и мы порекомендовали заменить его на провирон, который он потом так и не начал принимать.

Через месяц пациент позвонил нам повторно, поздравил с Новым годом и поблагодарил от себя и жены за полученные результаты. Рассказал, что уже после приема 1 таблетки варденафила эрекция нормализовалась, но он продолжал принимать пентоксифиллин и аевит. Также отметил, что у него усиливается сексуальный интерес к жене, т. е. отмечает появление у себя «сексуального тепла».

Обобщая вышеприведенное, следует отметить, что в данном случае речь шла о виргогамии, обусловленной расстройством эрекции у мужа. Клинический анализ состояния его сексуальной сферы свидетельствует о том, что речь идет о выраженной ретардации сексуального развития и обусловленной ею выраженной конституциональной сексуальной дефицитарности, проявляющейся отсутствием на момент обращения (в 37 лет) сексуального компонента либидо, расстройством эрекции и ослабленным или отсутствующим оргазмом. Предрасполагающим фактором для виргогамии явилось полное отсутствие добрачного

---



сексуального опыта у обоих супругов. Обращает на себя внимание хорошее оволосение, которое входит в противоречие с имеющимися место параметрами психосексуального развития. Гораздо проще было бы оценивать его состояние, если бы речь шла об оволосении, которое бы укладывалось в параметры слабой половой конституции по шкале ее векторного определения [1]. Однако облигатного параллелизма, как известно, в этом плане не существует. Не следует забывать о том, что конечный результат влияния любых гормонов, в том числе и половых, на организм человека и его поведение определяется не только их количеством в крови, но также метаболизмом гормонов и чувствительностью к ним органов-мишеней. Так, мы наблюдали одного пациента, у которого правая половина лобка была полностью покрыта волосами, в то время как они покрывали лишь половину лобка слева. У пациента же, о котором речь идет в данной статье, по всей видимости, имело и имеет место снижение чувствительности к половым гормонам церебральных структур, участвующих в формировании либидо. Адекватное лечение, назначенное пациенту, обеспечило возможность совершения полового акта. С большой долей вероятности можно предполагать, что при половой жизни у него разовьется сексуальный компонент либидо, что уже начало происходить.

### Литература

1. Васильченко Г. С. Половая конституция / Г. С. Васильченко // *Общая сексопатология: Руководство для врачей* / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 216–233.
2. Кочарян Г. С. Приемы рациональной психотерапии в сексологической практике / Г. С. Кочарян // *Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов.* – Харьков, 1987. – С. 422–423.
3. Кочарян Г. С. Современная сексология / Г. С. Кочарян – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
4. Непорочное супружество (виргогамия). – URL: <http://meddovidka.ua/content/view/637/681/> (дата обращения: 17.05.2015).
5. Психологическая энциклопедия. – URL: [http://enc-dic.com/enc\\_psy/Virgogamija-3477.html](http://enc-dic.com/enc_psy/Virgogamija-3477.html) (дата обращения: 19.05.2015).
6. Свядоц А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. / А. М. Свядоц. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
7. Суслов К. В. Виргогамный брак и сексуальная активность / К. В. Суслов, В. М. Рябов – URL: [http://www.mosmedclinic.ru/conf\\_library/25/2/161](http://www.mosmedclinic.ru/conf_library/25/2/161) (дата обращения: 15.05.2015).
8. Imieliński K. Leczenie zaburzen psychoseksualnych / K. Imieliński // *Sexuologia kliniczna* / Pod red. T. Bilikiewicza, K. Imielińskiego. – Warszawa: PZWL, 1974. – S. 323–406.

### References

1. Vasil'chenko G. S. Polovaya konstitutsiya / G. S. Vasil'chenko // *Obshchaya seksopatologiya: Rukovodstvo dlya vrachey* / Pod red. G. S. Vasil'chenko. – M.: Meditsina, 1977. – S. 216–233.
2. Kocharyan G. S. Priemy ratsional'noy psikhoterapii v seksologicheskoy praktike /

G. S. Kocharyan // Sotsial'no-psikhologicheskie i meditsinskie aspekty braka i sem'i: Tez. dokl. 3-y obl. nauch.-prakt. konf. seksopatologov. – Khar'kov, 1987. – S. 422–423.

3. Kocharyan G. S. Sovremennaya seksologiya / G. S. Kocharyan – K.: Nika-Tsentr, 2007. – 400 s.

4. Neporochnoe supruzhestvo (virgogamiya). – URL: <http://meddovidka.ua/content/view/637/681/> (data obrashcheniya: 17.05.2015).

5. Psikhologicheskaya entsiklopediya. – URL: [http://enc-dic.com/enc\\_psy/Virgogamija-3477.html](http://enc-dic.com/enc_psy/Virgogamija-3477.html) (data obrashcheniya: 19.05.2015).

6. Svyadoshch A. M. Zhenskaya seksopatologiya. 5 izd., pererab. i dopol. / A. M. Svyadoshch. – Kishinev: Shtiintsa, 1991. – 184 s.

7. Suslov K. V. Virgogamnyy brak i seksual'naya aktivnost' /K. V. Suslov, V. M. Ryabov – URL: [http://www.mosmedclinic.ru/conf\\_library/25/2/161](http://www.mosmedclinic.ru/conf_library/25/2/161) (data obrashcheniya: 15.05.2015).

8. Imieliński K. Leczenie zaburzen psychoseksualnych / K. Imieliński // Sexuologia kliniczna / Pod red. T. Bilikiewicza, K. Imielińskiego. – Warszawa: PZWL, 1974. – S. 323–406.

Надійшла до редакції 04.02.2015

---

УДК 615.851

## UNDERSTANDING FOCUSING-ORIENTED PSYCHOTHERAPY

Zack Boukydis, Árpád Kántor

Ця стаття описує уміння сфокусовано-орієнтованої психотерапії. Юджин Джендлін першим сформулював теорію переживання, і інтеграцію фокусування в психотерапевтичній практиці. Основні методи фокусовано-орієнтованої психотерапії описані і введені в міжособистісному контексті терапії. Стаття включає в себе список літератури для ознайомлення: теорія практика застосування фокусовано-орієнтованої психотерапії.

Ключові слова: фокусовано-орієнтована психотерапія, психотерапія, психотерапевтична практиці, особистість, felt досвід, felt почуття.

This paper outlines the fundamental understanding of Focusing-Oriented Psychotherapy. Eugene Gendlin was the first to articulate the theory of experiencing, and the integration of focusing into psychotherapeutic practice. The basic methods of focusing-oriented psychotherapy are described and put into the interpersonal context of therapy. The paper includes a resource section so that the reader can read more about the theory, application and recent development of focusing-oriented psychotherapy.

Key words: focusing-oriented psychotherapy, psychotherapy, psychotherapeutic practice, personality, felt experience, felt sense

Эта статья описывает понимание фокусовано-ориентированной психотерапии. Юджин Джендлин первым сформулировал теорию переживания, и интеграции фокусировки в психотерапевтической практике. Основные методы фокусовано-ориентированной психотерапии описаны и введены в межличностном контексте терапии. Статья включает в себя список литературы для ознакомления: теория практика применения фокусовано-ориентированной психотерапии.

Ключевые слова: фокусовано-ориентированная психотерапия, психотерапия, психотерапевтическая практика, личность, felt опыт, felt чувство.

**Introduction.**

This article will provide a background to the development of focusing-oriented therapy, the main elements of this way of being with another person in the therapeutic context; and resources for further understanding the important contributions of focusing-oriented psychotherapy.

In 1970 Joseph Hart wrote a paper on the development of client-centered therapy (Hart, 1970). Hart described three phases. The first phase was called *nondirective psychotherapy*; the second phase – *reflective psychotherapy* (*the most noticeable change is: “the therapist’s emphasis on responding sensitively to the affective rather than just the semantic meaning of the client’s expression”*); and the third phase – *experiential psychotherapy*. In this third phase, Hart recognized Eugene Gendlin’s contribution to the theoretical and practice-oriented development of ways of attending to persons in therapy first inspired by Carl Rogers. Hart’s description of this third phase included a clear emphasis on the client’s experiencing (Gendlin, 1961) in the therapy process; and

attention to the therapist's experiencing while the therapeutic exchange was taking place. Hart's use of the word 'experiencing' was directly informed by Gendlin, especially from Gendlin's doctoral thesis *Experiencing and the Creation of Meaning* (Gendlin, 1997). Gendlin was a student of Carl Rogers, practicing and being supervised at the University of Chicago Counseling Center. At this time, Gendlin was also a doctoral student in philosophy. Gendlin was firmly grounded in client-centered practice of the time, which included being present with a client, reflecting with careful intention, and 'listening'. In this context, Gendlin might emphasize: Listening means attending with one's ears (and attending thought processes), paying particular attention to the therapists' own bodily presence (or experiencing process) as a source of knowing, and the therapist attending to the client's words, expressions and not-yet-verbal, but directly felt bodily experience. The therapist attends to what they see, hear, observe and to what they 'feel' in the non-dual interpersonal space between therapist and client. As practice evolved, this was often called 'experiential reflection' – reflection with the intention to attend to the person's preverbal felt experience.

In his paper, *Theory of Personality Change*, Gendlin (1964) addressed the concern that personality theories at the time, while describing changes in levels or phases of personality, did not actually account for actual change in personality. For him, 'steps' of personality change occurred when a person: first attended in a special way to their implicit, felt-in-the-body. 'felt sense'\*; then interacted with this implicit felt sense with words or images. At this time he called this 'interaction' the metaphorizing process. The words or images had a unique relationship to the implicit felt sense. Gendlin did not say that the words or images were 'metaphors' for the felt experience. This would indicate that a metaphor would hold 'all the meaning' for the implicit felt experience. Rather, he emphasized the metaphorizing process, by which words, images, interact with implicit bodily felt experience. In this process that which is felt in the body, but not yet conscious can contribute to new 'steps' of understanding (Gendlin, 1977) In one way, this is what we might call 'meaning making', or as in his dissertation – experiencing - and the creation of meaning. Meaning was not isolated in either one's 'mind' or one's 'body', but in the unique interaction between an attentive mind and felt experience which was noticed in the body. Thus in this way, meaning is continuously created, and elaborated. In a simple sense one listens to the felt sense and interacts with the words or images that arise (or become conscious) in this process.

*\*The felt sense is what one notices when one asks 'how am I?'. Instead of answering quickly, one might notice, in their body (in the core/ chest – stomach area; where one typically 'feels' things) what they feel. This is 'what is noticed' before words. This is the felt sense.*

Listening to, and interacting with, the felt sense influences 'thinking' in a new way.(Gendlin 2009, 2012). In a therapeutic context, this change related to thinking can change 'patterned' or rigid ways of thinking and perceiving about situations in one's life. Gendlin used the term 'structure bound' to refer to a person's process where their words or images did not refer to their felt experience. As we will see, one central aspect of focusing-oriented therapy is discerning then a person is able to refer to their immediate, felt sense and when they are not able to refer to, and speak from their felt sense.

Gendlin emphasized the way that one's body lives in constant interaction with one's past (as regenerated and felt in the present), and one's current environment (Gendlin; 2012). At any given moment of attention, this not-yet-conscious, but felt, experience in our body can become more

---

conscious. This has been called being at the ‘edge’ of awareness (Gendlin, 1984). The metaphorizing process leads to what Gendlin called a ‘felt shift’. The felt shift could involve sudden discoveries, new words or images, or subtle changes in the ‘felt sense’. Gendlin emphasized that this shift, however subtle or ‘noticeable’ always feels better, more alive. Sometimes there are clear conscious discoveries. Sometimes there are subtle ‘steps’ that lead one to want to continue, to let the process of meaning making continue - toward new understanding – and better living. The client becomes involved in this process, their process, even when the situation might still feel overwhelming, confusing, and so on. Gendlin called this process “carrying forward.”

### **The Emergence of Focusing.**

After his graduate education, Gendlin participated in a large research program called *Therapeutic Relations with Schizophrenics* (Rogers, 1967). Carl Rogers had been challenged to show the conditions under which client-centered therapy might be relevant for work with people who had been labeled schizophrenic. There was a widespread concern that client-centered therapy could only be useful for people who were neurotic, depressed or anxious. The research program took place at Manteno State Hospital in Wisconsin (the U.S. state north of Illinois and Chicago). Gendlin served as a therapist and research collaborator on this project. His papers (i.e. Gendlin, 1963) described with great sensitivity what he was learning about being with and attending to people who rarely were able to engage in typical, expectable modes of communication. In essence, Gendlin describes sitting with people who were silent, maybe appearing withdrawn or catatonic. He spent a lot of time noticing his own felt experience. He was noticing his own felt sense and something which was felt ‘between’ him and the other person. Sometimes, he would talk briefly about what he noticed. And surprisingly out of this process, a relationship between him and the other person would begin to develop.

One fundamental finding from the *Therapeutic Relations with Schizophrenics* research program was that people who were high in experiencing (the ability to pause and listen to, their preverbal felt experience; measured by the Experience Scale; (Klein et al, 1969, 1984) were able to make use of the therapeutic relationship and showed positive change in measures of their personality and healthy functioning over time. Conversely, those who were lower in experiencing, despite adequate therapeutic conditions, were not able to change very well during the course of therapy. While Gendlin was involved with this program, he began to explore the conditions under which a person’s experiencing level could change to a higher level. It was at this time, that Gendlin first described focusing as both a method and a theoretical understanding (Gendlin, 1981) aimed at: 1. Changing experiencing level and 2. Promoting therapeutic change in the interpersonal context of therapy. With Gendlin and his colleagues, a network developed for teaching focusing in clinics and community settings. Out of this teaching network, the Focusing Institute began ([www.focusing.org](http://www.focusing.org)). In his book, Gendlin indicated that one might use the book to learn focusing for themselves or in a focusing partnership (Gendlin, 1981). While the process of teaching focusing was becoming better understood, there were therapists and counselors who learned focusing for themselves and then they began to integrate focusing into the work that they were doing as professionals (Freidman, 1982; McGuire, 1996; Grindler-Katonah, 1999; Ikemi, 2011, 2014).

Gendlin (1977, 1984) and others began to articulate how focusing could be useful in the therapeutic relationship. Some therapists were trained in a client- centered perspective, then person-centered perspective (Freidman, 1982 2005; Grindler-Katonah, 1999). Other therapists had

diverse, psychodynamic training and embraced focusing as a way to enhance the therapeutic relationship and promote change (Preston, 2005, 2008).

Gendlin wrote his book *Focusing-Oriented Psychotherapy* (1996) in order to advance and teach this way of being in the therapeutic relationship. The rest of this paper will indicate key elements in *Focusing-Oriented Psychotherapy*, extensions of this approach to different psychological and health-related issues; and resources for further understanding of focusing-oriented psychotherapy.

### **Key Elements in Focusing-Oriented Psychotherapy**

An overview of focusing training begins with the assumption that the trainee has learned focusing for themselves. This may occur before participation in the training program, or as the first phase of the training program. There are a number of resources for learning focusing (See Resources section at the end of this article). Essentially, learning focusing occurs both for oneself and often in focusing/listening pairs or partnerships.

In his book *Focusing-Oriented Psychotherapy* (1996), Gendlin prioritizes the basic areas of learning and practice: 1. The interpersonal relationship; 2. Listening; 3. Focusing 'invitations' or instructions; and 4. Other 'avenues' of therapeutic response and interaction.

1. The interpersonal relationship. Gendlin discusses the client-therapist relationship "Interpersonal interaction is the most important therapeutic avenue" (Gendlin, 1996, p.283). In this chapter Gendlin talks about the worst kind of therapeutic relationship (one that mimics a teacher-like, parent-child relationship) and the ingredients of a good collaborative therapeutic relationship, one that touches "the person in there" (the person in the client). Gendlin has emphasized the importance of 'authenticity' in the therapist and the therapeutic relationship. Authenticity in this context includes the ability of the therapist to learn to be able to simultaneously notice their own ongoing experience, what they are able to experience in the interaction, and also what they can notice is happening 'in' the client. Although this process may take time to learn for therapist trainees, it means that the therapist is able to interact, freshly from their immediate experience – combined with ongoing thoughtful attention to the interpersonal interaction.

Essentially, the central focus for the therapist in focusing-oriented therapy is noticing whether the client to be able to attend to, and speak from their immediate felt experience, or whether they are having difficulty doing this. In order to understand this, it helps to consider the levels of experiencing in the experiencing scale (Klein et al, 1969; 1986). In the experiencing scale framework, one can ask whether there are observable, measurable steps of personality change occurring in psychotherapy sessions. The EXP Scale indicates seven possible stages of client experiencing. In Stages 1 through 3, talking is objective, intellectualized, and reactive (the speaker tells objective stories). Stage 4 represents the beginning of "direct reference" to felt experiencing: the client turns inward for subjective self description (personal feeling or experience of an event are the subject of the discourse). Stage 5 measures "focusing:" the client asks a self-reflective question like "Why do I always respond like that?" and ponders, sitting quietly with preverbal felt experiencing. Stages 6 and 7 measure the "felt shift," the emergence of new meanings basic to structural personality change. [There is also a Therapist EXP Scale which describes parallel levels of therapist experiencing, Stages 4 – 7 representing varying degrees of empathic involvement.]

2. Experiential listening. In focusing-oriented psychotherapy, the most common response of the therapist is experiential listening (Friedman, 2005). Gendlin has indicated, that when he is

---

unsure of what his happening with the client, he returns to the 'baseline of listening', noticing his experience and attempting to get a clearer sense of the client's experiencing process. In essence, the 'experiential' in experiential listening is an attempt not only to 'be with', but to resonate with, even enliven the client's experiencing process. This may happen subtly, in instances when the client may move from an intellectual description (Stages 1-3) to a Stage 4, or 5 - noticing how it 'feels' in their body, their felt sense as they are talking. Or, (see later), the therapist may make an informed decision to use either a focusing invitation, or in Gendlin's terms, another 'therapeutic avenue' – coming from other therapeutic work which they have learned – and intervene directly. Whenever a response other than listening occurs, Gendlin emphasizes a return to watching the 'difference it makes' in the client's experiencing process.

3. Focusing invitations. When a client is either 'in', or appears to be moving toward, this inward attention, the most appropriate therapist responds are focusing invitations. Focusing invitations ("What's the feel of all of that?"; "What's in that for you?"; "What's in that anger?"; "Maybe you could just be with it and see what comes."; "What seems most central in how that all feels right now?") and are combined with experiential listening, (reflecting the person's words while they continue to pay attention to the 'felt sense' in their body). According to McGuire (1996): "The client can check these words against the felt sense and continue to articulate until words or images are found which exactly fit, or "carry forward," the felt sense. At this moment, there is a "felt shift," a change at the level of ways-of-being-in-the-world. New thoughts, behaviors, and actions follow."(McGuire, 1996; pg.2).

One central training issue, is supporting the trainee as they learn the timing and frequency of these focusing invitations - moderately. Sometimes, the trainee can go from one focusing invitation to the next, without paying attention to the client's experiencing process. The trainee must combine focusing invitations with watching for indications of the client's experiencing process and returning to experiential listening rather than adding more focusing invitations.

4. Other procedures or avenues of therapy. Gendlin indicates that there are procedures and avenues of therapy. "Therapy can consist of totally different kinds of experience. I call these therapeutic 'avenues'. A given therapeutic event can consist of images, role play, words, cognitive beliefs, memories, feelings, emotional catharsis, interpersonal interactions, dreams, dance moves, muscle movement, and habitual behavior." The link is the felt sense: "If we think of ourselves as working with the client's felt sense, then each avenue becomes a way to lead to a felt sense. And, once there is a felt sense, all avenues are ways to carry it forward."(Gendlin, 1996, pp.170-171). In this way, all the other methods or interventions, that a therapist may know from their background and experience, can be integrated into the ongoing therapy. As Gendlin has indicated, when 'bringing in' another method, the ongoing attention is to the 'difference it makes' in the client's experience process. If the client moves in experience to more personal exploration (stages 4-7), then bringing in the method is confirmed. If the client's process remains the same or moves towards more intellectualization (stages 1-3), the therapist is most likely to return to the baseline of experiential listening; watching the client's process, and in time, consider focusing invitations.

The purpose of this fourth category of focusing-oriented psychotherapy, is to indicate that a therapist can integrate other valuable methods, attitudes and theoretical orientations with focusing-oriented psychotherapy. In training, the therapist practices and receives supervision in the basic approach (listening, focusing invitations) and in advanced stages of the training, works on

integration from their evolved understanding of the fundamental practices and attitudes of focusing-oriented psychotherapy.

Friedman (2004) has stated: “In one of his best works, “The Experiential Response,” Gendlin (1968) shows that when they succeed both a client-centered reflection of feeling response and a psychoanalytic interpretation work in the same way. One has to bring in the concept of experiencing to draw out this important similarity. Gendlin says that “a good client-centered response formulates the felt, implicit meaning of the client’s present experiencing.” Similarly, “an effective interpretation must somehow help the patient deal with the inner experiencing to which the interpretation refers ... to grapple with it, face it, tolerate it, and work it through.”

“The explication of new meanings distinguishes Focusing-Oriented Therapy from purely evocative therapies, in which emotions are evoked, but new meanings are not created through Focusing.” (McGuire, 1996). This means that new bodily felt meanings are created in the process (as we discussed in the Introduction to this article), and not simple cognitive constructs without underlying experiential foundations.

Example of How I Do Focusing-Oriented Psychotherapy (Friedman, 1982; pg. 62).

A long term therapist and teacher of focusing-oriented psychotherapy, Neil Friedman gave a simple account of how he does focusing-oriented psychotherapy. In his account we can see how he combines the basics of focusing-oriented psychotherapy with other therapeutic orientations which he has learned in maturing as a therapist.

“Now, how do I embody this attitude? What do I do? What are typical interventions that I make in my particular way of being a experiential (focusing-oriented) therapist?

1. I do focusing. This is absolutely basic to my therapy and perhaps the most novel thing about it.
2. I help clients make direct reference to their felt experiencing.
3. I do listening. I reflect back the felt meaning in my client’s messages so as to gently lower them more deeply into their feelings.
4. I self disclose. I respond from my own experiencing process. I share myself in a way that engages clients in a feeling-full interaction.
5. I do empathic imagining. I feel my way into my client’s world’s to sense where they are ‘at this very minute.’ I empty myself for the moment and become a channel. I utilize the person’s non-verbal behaviors as cues to their present feeling state.
6. I make content-less statements designed to keep a person at a feeling place.
7. I make content-less statements designed to bring a person back to a feeling place.
8. I make interpretations in an experiential way so as to keep a feeling process moving.
9. I combine gestalt methods with focusing.
10. I combine bioenergetic methods with focusing.
11. I do things which are not experientially –oriented per se.

Over the years, focusing-oriented psychotherapy has evolved from the work of those giving attention to special issues in mental health, healing, and spirituality. Currently it has a growing body of literature in many languages (English, Spanish, German, Japanese, Korean, Dutch etc.), training programs in different countries (USA, Canada, United Kingdom, Germany, France, Chile, Japan, Hungary, Palestine, Israel etc.) and a growing community of focusing-oriented psychotherapists (at the moment the International Association of Focusing-Oriented Therapists has members from 21

---



countries). What follows are resources for learning more about the extensions or applications of focusing-oriented psychotherapy. It is hoped that this article will provide enough fundamental understanding that these writings can be accessible and useful.

### **Resources for further understanding of Focusing-Oriented Psychotherapy**

#### **Books:**

Friedman, N. (1982) *Experiential therapy and focusing*. New York: Half Court Press.

Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. New York: Guilford Press.

Gendlin, E. (1986). *Let your Body Interpret your Dreams*. Wilmette IL: Chiron Publications.

Madison, G. (2014). *Theory and practice of focusing-oriented psychotherapy: Beyond the talking cure*. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.

Madison, G. (2014). *Emerging Practice in Focusing-Oriented Psychotherapy: Innovative Theory and Applications*. . Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.

McGuire, K. (1994). *The Experiential Dimension in Psychotherapy*. Available from the Focusing Institute, book store. [www.focusing.org](http://www.focusing.org)

Purton, C. (2004). *Person-Centred Therapy: The Focusing-Oriented Approach*. Palgrave MacMillan: Hampshire UK and New York NY:

Rapoport, L. (2008). *Focusing-Oriented Art Therapy: Using the Body's Wisdom and Creative Intelligence*. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.

**Websites: (these websites have sections that include downloadable pdf.s of articles on topics related to focusing and focusing-oriented therapy).**

#### **The Focusing Institute:**

[www.focusing.org/](http://www.focusing.org/) philosophy of the implicit / Gendlin online library.

This website includes the Gendlin online library: An extensive collection of Gendlin's papers which are available in pdf format.

#### **Focusing-Oriented Psychotherapy:**

[www.focusingtherapy.org](http://www.focusingtherapy.org)

This is the website for the international focusing-oriented therapists' association.

Articles are arranged in topics. Within each topic are articles in pdf format:

General Introductions to Focusing-Oriented Therapy

Major Articles by Eugene Gendlin

Course Papers & Dissertations by FOT students

Focusing-Oriented Couples Therapy

Focusing in Medicine and Medical Settings

Supervision for Focusing-Oriented Therapy

Focusing-Oriented Brief Therapy

Focusing-Oriented Existential Psychotherapy

Mindfulness and Spirituality in Focusing Therapy

Focusing-Oriented Relational Therapy

Bibliography on FOT articles 2011-2014

#### **Research on Focusing:**

See [www.focusing.org](http://www.focusing.org) Applications of Focusing / Research

### References

- Friedman, N. (1982) *Experiential therapy and focusing*. New York: Half Court Press.
- Friedman, N. (2004). Eugene Gendlin's approach to psychotherapy: An awareness of 'experiencing'. [www.americanpsychotherapy.com](http://www.americanpsychotherapy.com) Annals Spring, 23-25.
- Friedman, N. (2005). Experiential listening. *Journal of Humanistic Psychology* Vol. 45 No. 2, Spring 217-238
- Gendlin, E.T. (1961). Experiencing: A variable in the process of therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy*, 15(2).
- Gendlin, E.T. (1963). Subverbal communication and therapist expressivity. *Journal of Existential Psychiatry* 4, 105.
- Gendlin, E.T. A theory of personality change. in Philip Worchel and Donn Byrne (Eds.), *Personality Change*. NY: John Wiley & Sons, 1964, 100-148.
- Gendlin, E.T. (1968). The experiential response. In Hammer (Ed.), *The use of interpretation in treatment*. New York: Grune and Stratton, Inc.**
- Gendlin, E.T. (1977). Experiential focusing and the problem of getting movement in psychotherapy. In D. Nevill (Ed.), *Humanistic psychology: New frontiers*, pp. 117-132. New York: Gardner Press.
- Gendlin, E.T. (1977) *The Experiential Response*. In Hammer, E.F. *Use of Interpretation in Treatment: Technique and Art*. New York: Grune and Stratton, Inc.
- Gendlin, E.T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books. See also [www.focusing.org/Learn](http://www.focusing.org/Learn) Focusing
- Gendlin, E.T. (1984). *The client's client: The edge of awareness*. In R.L. Levant & J.M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach. New directions in theory, research and practice*, New York : Praeger.
- Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. New York: Guilford Press.
- Gendlin, E.T. (1997). *Experiencing and the Creation of Meaning*. Evanston, IL: Northwestern University Press. (Originally published Glencoe IL: The Free Press, 1962)
- Gendlin, E.T. (2009). We can think with the implicit, as well as with fully formed concepts. In Karl Leidlmair (Ed.), *After cognitivism: A reassessment of cognitive science and philosophy*. Springer. pp. 147-161. (see also: [www.focusing.org](http://www.focusing.org) /How to think at the edge).
- Gendlin, E.T. (2012). Implicit precision. In Z. Radman (Ed.), *Knowing without thinking: The theory of the background in philosophy of mind*, Basingstoke: Palgrave Macmillan (2012)
- Hart, J. (1970). The development of client-centered therapy. In J. Hart, & T. Tomlinson, *New Developments in Client-Centered Therapy* (pp. 3-22). Boston: Houghton-Mifflin.
- Ikemi, A. (2011). Empowering the implicitly functioning relationship. *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 10 (1): 28-42
- Ikemi, A. (2014). A theory of focusing-oriented therapy. In G. Madison (Ed.) *Theory and practice of focusing-oriented psychotherapy: Beyond the talking cure*. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.
- Klein, M. H., Mathieu, P.L. Gendlin, E.T., & Kiesler, D.J. *The experiencing scale: A research and training manual*. Madison, WI: University of Wisconsin Extension Bureau of Audiovisual Instruction, 1969.
-

Klein, M.H., Mathieu-Coughlin, P.L., & Kiesler, D.J. The experiencing scales. In L.S. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A Research Handbook*. NY: Guilford, 1986, pp.21-71.

McGuire, K. (1996) Focusing therapy, theory, research, practice and training. *The Folio: A Journal For Focusing and Experiential Therapy*, Vol. 15, No. 1.

Preston, L. (2005) Two interwoven miracles: The relational dimension of focusing-oriented therapy. Available at: <http://www.lynnprestonforp.com/articles>

Preston, L. (2005). The relational heart of focusing-oriented psychotherapy. . Available at: <http://www.lynnprestonforp.com/articles>

Preston, L. (2008). The edge of awareness: Gendlin's contribution to explorations of implicit experience. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 3(4)

Rogers, C. (Ed.). *The therapeutic relationship and its impact: A program of research in psychotherapy with schizophrenics*. Madison, WI: University of Wisconsin Press, 1967.

Надійшла до редакції 03.09.2015

---

УДК 616.895

**NEUROGENIC TREMOR<sup>1</sup> THROUGH TENSION, STRESS AND TRAUMA  
RELEASING EXERCISES ACCORDING TO D. BERCELI IN THE TREATMENT OF  
POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER PTSD****Andreas Herold**

Вправи для зняття напруги, стресу та травматичного досвіду (TRE) складаються з семи вправ, які використовуються для стимулювання нейрогенного тремтіння. Метою цього тремтіння є зменшення симптоматики посттравматичних синдромів стресових розладів ПТСР і наступних скарг, що викликаються стресом. У даній статті описуються основні аспекти синдромів ПТСР, методика вправ TRE, наукова пояснювальна модель, основний принцип вправ і центральні аспекти саморегуляції.

Ключові слова: травма, стрес, фізичні вправи, нейрогенне тремтіння, саморегуляція, травмотерапія, посттравматичний стресовий розлад ПТСР

Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises (TRE) are a sequence of seven exercises used to trigger neurogenic tremor. The aim of this tremor is to reduce symptoms of post-traumatic stress disorder PTSD and other stress-induced symptoms. This article describes the basic features of PTSD, the TRE method, the scientific explanatory model, the principle behind the exercises and the main features of self-regulation.

Key words: trauma, stress, physical exercises, neurogenic tremor, self-regulation, trauma therapy, post-traumatic stress disorder

Упражнения для снятия напряжения, стресса и травматического опыта (TRE) состоят из семи упражнений, служащих для стимулирования нейрогенного дрожания. Целью этого дрожания является уменьшение симптоматики посттравматических синдромов стрессовых расстройств ПТСР и последующих жалоб, вызываемых стрессом. В данной статье описываются основные аспекты синдромов ПТСР, методика упражнений TRE, научная объяснительная модель, основной принцип упражнений и центральные аспекты саморегуляции.

Ключевые слова: травма, стресс, физические упражнения, нейрогенное дрожание, саморегуляция, травмотерапия, посттравматическое стрессовое расстройство ПТСР

*Introduction*

Today, post-traumatic stress disorder (PTSD) is more topical than ever before. The papers, and the news on television or the internet are always reporting on natural catastrophes such as earthquakes, floods, tsunamis, typhoons etc. In addition to this are the acts of violence caused by humans, such as domestic violence, child mistreatment and abuse, rape, acts of war, terrorism, torture, political internment etc. Accidents and medical procedures can also have a traumatic effect.

The ICD-10 definition of trauma is an “exceptional threat” or a “catastrophic level of stress,

---

<sup>1</sup> Recently renamed SITT Self-Induced Therapeutic Tremor (Berceli 2014)

likely to cause a deep despair in almost everyone” (ICD-10: F 43.1, page 207ff.). An event that causes a trauma-related disturbance in one person may elicit a different response in another, who may recover after a certain time and show few or none of the symptoms of PTSD. The traumatic event should not just be considered from the viewpoint of the event ((severity type I – single trauma), type II – multiple trauma (Maercker 2009, page 138ff.)) but also from the perspective of personality and subjective reality (genetics, life story, social integration, resilience etc.). It is the subjective experience of the traumatic situation that is relevant, “the experience of complete helplessness, powerlessness and being at the mercy of somebody/something outside of one’s control is what matters” (Wöller 2006, page 11ff.).

Some people who go through a traumatic event go on to develop symptoms of PTSD which are extremely debilitating and prevent them from leading a normal, fulfilled life: these include intrusive thoughts, stressful dreams/nightmares, flashbacks, symptoms of dissociation and immobility, acute triggers, hyper and hypoarousal, sleep disturbances, avoidance of situations and unwanted thoughts and other symptoms such as depression, anxiety, compulsions and obsessions (Maercker 2009, page 17ff., Sachsse 2004, page 53ff.).

Each large psychotherapy school has developed its own approach to the treatment of post-traumatic stress disorder: cognitive procedure (Horowitz M.J. 2013), psychodynamic, imaginative procedure (PITT Reddemann, 2008, TRIBM Spangenberg 2015), Gestalt therapy (Butollo et al. 2002, Butollo & Karl 2014), combined methods such as EMDR (Shapiro 1998) and brainspotting (Grand 2014), resource-oriented procedure (Sack 2010), mindfulness-based procedure (Folette et al. 2015), body-related therapies (Somatic Experiencing, Levine 1998, 2004), sensorimotor therapy (Ogden et al. 2010), body therapy according to Rothschild (Rothschild 2000), yoga (Emerson & Hopper (2012)) and the procedure presented here (Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises TRE) according to Dr. David Berceci (Berceci 2010, 2012, 2014).

#### *Explanatory model/Etiological concepts*

##### Cognitive Model

According to Horowitz (1976/1997), cognitive patterns (attitudes, beliefs, self-image) are altered by the traumatic event. In particular, “the negative interpretation of the trauma and its consequences may lead to a persistent awareness of the threat and the injury” (Maercker 2009, page 44ff.). The patient’s health can be restored if the cognitive patterns altered by the trauma and the control processes (avoidance, defense, denial) are triggered.

##### Emotional model

Children learn to regulate their emotions when they interact with their parents. The development of emotional tolerance and the regulation of emotions is learnt as they develop (Lammers 2007 page 48ff.) Serious disorders of emotional regulation and the loss of self-regulation are described especially in association with prolonged developmental traumas (Wöller 2006, page 75ff.). A flood of traumatic emotions is produced by corresponding triggers. The reduced affect regulation and impulse control caused by this (flight and fight reaction) is often interpreted by outsiders as inappropriate behavior. “The aggression shown by the traumatized neurotic is not intentional or deliberate. Their aggression is always impulsive and cannot be stifled for long”: (Kardiner 1941, page 97, quoted after Van der Kolk 2000). Disturbed mentalization, the ability to think about one’s own emotions or that of others and adopt an empathetic attitude can manifest as a disorder of reduced emotion regulation. The main features of emotion regulation have been studied

in recent years with research into the neurobiology of trauma (Rüegg 2011, Van der Kolk 2014, Scaer 2014 ).

#### Neurobiological model

From a neurobiological viewpoint, post-traumatic stress disorder PTSD may be considered as a stress processing disorder. In English, PTSD stands for post-traumatic *stress* disorder. The interplay between the information processing systems in the brain (sensory association fields of the neocortex, brain stem, basal ganglia, thalamus, limbic system) is reduced (Rüegg 2011). Research has shown (Van der Kolk 2000, page 200ff.) that disorders exist at the level of psychophysiological effects (over-excitation and loss of stimulus discrimination ability), neurohormonal effects (elevated level of noradrenalin, large fluctuations in cortisol concentrations (Sachsse 2004, page 48ff.), reduced serotonin concentration, increased opioid concentration and neuroanatomical effects (reduced hippocampus volume, chronic activation of the amygdala, reduced activation of Broca's center during flashbacks).

During a traumatic event, the following are activated as a survival reaction: the psychophysical system (autonomic nervous system ANS, sympathetic and parasympathetic branch) and the neurohormonal system (activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis HPA). These produce the reaction pattern of fight, flight freeze (immobility). The fight or flight response (heightened arousal) is triggered by the activation of the psychophysical (ANS) and neurohormonal system. Immobility, freezing (physical) and dissociation (cognitive, mental) are organized by the simultaneous activation of both branches of the ANS (Levine 2010, page 71ff., Scaer 2014, page 81ff.).

In threatening situations impulses are transmitted by the psychophysical system to the musculoskeletal system, enabling the fight, flight and freeze response. The contraction sequences follow the given reaction patterns. If, during a traumatic event, it is not possible to perform the necessary movements, habitual muscle contractions will occur, which are very frequently controlled by the procedural memory ( Scaer 2014 page 67ff.), that lead to pain. "Myofascial pain is (very commonly AH) stress-related, (...) any movement of the body, that is associated in any way with previous failed defensive movements, is highly likely to activate a reflex-type tension" (Scaer 2014, page 277ff.). Muscle cramps occur in particular in the muscle groups of the head, neck, shoulders, erector spinae muscles, hips and legs. The ilio-psoas muscles should be highlighted, as these are subject to reflex-type contractions in a threatening situation (Berceli 2012, S. 29ff.). The muscles of the foot joints, calf muscles, the quadriceps muscle, adductors, diaphragm, sternocleidomastoid muscle and masseter muscle are frequently also involved (Berceli 2014).

#### *Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises (TRE)*

David Berceli, a former Catholic priest, with a PHD in clinical social work and a certified bioenergeticist, has lived in numerous conflict zones such as Israel/Palestine, Sudan, Uganda, Kenya, Yemen, Egypt and Lebanon. He has stayed in areas that have seen military action. Berceli reports (Berceli 2010b, Berceli DVD) that during a grenade attack during the war in Lebanon he took shelter in a cellar with eight other people of varying nationalities. While the bombs rained down, he observed everyone huddling into the fetal position. In the threatening situation the same automatic reflex-type movements were adopted by everyone. "During any traumatic experience the extensor muscles are inhibited so that the flexor muscles can contract." (Berceli 2010b, page 149). This position helps to protect the internal organs and may create a feeling of safety. As already

---

stated above, the following muscles are primarily involved: the calf muscles, the quadriceps muscle, the adductors, the diaphragm, the neck muscles and the muscles of mastication. The main muscle groups that contract in a threatening situation are the ilio-psoas muscle, the trunk, including the pelvis and legs. The ilio-psoas contracts when we assume the fetal position. The compensatory reaction of the erector spinae muscles leads to chronic backache in numerous traumatized people, since the tension in the ilio-psoas is chronically increased.

Berceli has observed that many people who have been traumatized go on to develop a spontaneous tremor. Many attempt to suppress this reaction. Children tremble spontaneously. The tremor in adults is often prevented in the presence of children, so that children do not interpret this tremor as anxiety of the adults (Berceli 2010, page 47ff.). “Tremor is essentially a natural mechanism of the body, so that it can discharge the high level of tension and chemical substances which overload the body at the time of a traumatic incident. The trembling process discharges the body of excessive energy and it returns to a state of rest and relaxation. In fact the ability to shake off a trauma is one of the most archaic reactions of the human animal (Berceli 2012, page 33).

Peter Levine, founder of Somatic Experiencing Trauma Healing, also describes how, after an accident when he was run over by a car, he was “overcome by a spontaneous tremor that was able to discharge enormous survival energy” (Levine 2010, page 34) (...) “that he had learned to accept and welcome primitive tremors and trembling and spontaneous body movements, instead of fearing and suppressing them” (Levine 2010, page 38).

Behavioral biology has taught us that following life-threatening situations (attack by a predator), mammals shake off the pent-up energy during the flight reaction or freeze reaction. There are numerous videos on YouTube that document this tremor. It is a natural mechanism that helps mammals to discharge the compressed energy following a threat and allows them to continue to live “normal” lives. Mammals in the wild are not able to develop PTSD, because after developing the freeze reaction after being attacked by prey, they always develop this tremor response. In Levine’s (Levine 1997, 2010) Somatic Experiencing Trauma Healing (SE), the concept of discharge of pent-up energy represents a primary feature in the treatment of PTSD. “Trauma symptoms are not caused by the external event. They develop when excessive energy is not discharged by the body. This energy remains trapped in the nervous system and can have a devastating impact on body and mind” (Levine O.J,Bl.4 ).

The TRE exercises may be used in groups, in individual therapy and as a self-help method alone at home.

#### *Mechanism of action of tremor*

The subjective effect of the tremor triggered by the seven TRE exercises (see below for description of the exercises) is experienced by almost all people as a feeling of peace and relaxation, a reduction of hyperarousal, an improved body image, a greater ability to tolerate affects (containment) and an enlarged Window of Tolerance (Ogden et al. 2010, page 67ff ).

According to Scaer (2007, page 19ff.) (Berceli 2010a, page 3ff.), the tremor mechanism can reduce or inhibit the activity of the amygdala, so that the neuronal networks with trauma content become slowly erased in the procedural memory. The neurogenic tremor appears to be able to erase negative neural nets and form positive neural nets. Scaer confirms that the freeze or immobility response is imprinted forever in the procedural memory unless it is erased by the discharge action.

Cassiani-Ingoni (Berceli 2010a, page 4ff. no bibliographical reference) describes the effect

of the tremor mechanism in this way: repeated trembling causes a change in the neuro-muscular interface i.e. changes are detected at the level of the neurotransmitters. Changes in the proprioceptive information may occur in the central and peripheral nervous system.

Using an EEG, Cassiani-Ingoni was able to prove that similar brainwave activity is triggered by the tremor mechanism as occurs during meditation (Berceli 2014). Alpha-waves are known to be associated with feelings of peace and relaxation, happiness and self-awareness.

Camarotti (Berceli 2010a, page 6ff. no bibliographical reference) describes that neurogenic tremor regulates the release of serotonin and cerebral GABA and as a consequence reduces hyperarousal due to the reduced activity of the amygdala.

#### *The TRE exercises*

A short description of the TRE exercises and the tremor mechanism (Berceli 2012, Berceli DVD )

#### Exercise 1

Tilt both feet (if possible remove shoes and socks) onto their edges so they are facing in the same direction, with one foot on its outer edge and the other on its inner edge. Stay in this position for 30 seconds and then do the same on the other side for another 30 seconds. Continue with this exercise until you have done five repetitions on either side. Then stand on both legs and shake them vigorously.

#### Exercise 2

Shift your weight onto one foot, with the other foot remaining on the floor to maintain your balance. If you have problems with your balance you can put one hand on the wall. Lift the heel of the standing foot as high as possible and then lower it again to the floor. Repeat this movement until, on a stress scale of 1-10, you achieve a personal stress level of 7. This may cause a tension, a burning or a mild pain in the calf. This is completely normal, however you can decrease the stress slightly. Then stand on both legs and shake the worked leg vigorously to relieve the pain, burning or tension. Then work the other leg.

#### Exercise 3

Hold one foot behind the body using the hand of the same side. Bend the knee of the standing leg as low as possible as if you were going to sit down, and then lengthen it again (squats). The heel remains on the floor. Repeat this movement until on a stress scale of 1-10, you achieve a personal stress level of 7.

#### Exercise 4

Stretch your legs wide apart until you feel a tension in the muscles of the inner sides of the legs. Bend forward until you touch the floor. You should feel a stretch in the inner side of the thighs (adductors) and in the backs of the knees (hamstring tendons). Take three deep breaths. Walk both hands slowly towards one of your feet. Take three slow and deep breaths holding this position. Then walk your hands to the other foot. Hold this position for three deep breaths. Then walk your hands back to the middle and stretch your arms backwards through your legs. Hold this position for three deep breaths. At the end of the exercise return slowly to the upright position.

#### Exercise 5

Clench both fists and place them directly behind you above your pelvis. Push your pelvis slightly forwards until there is a slight arch in your back. You should feel a stretch in the front side of your thigh. Then turn gently to the back, starting from the hips, open your mouth and look behind

---



you into a corner of the room. Turn, again starting from the hips, in the opposite direction and look behind you. Then come to the upright position again.

#### Tremor exercise 1 against the wall

Lean with your back against a wall, as if there were a chair under you. This will load the thigh muscles (quadriceps). You may start to feel a slight pain, burning, tension or even a tremor in these muscles after a few minutes. As soon as it starts to hurt, move approximately 5 cm further up the wall. The tremor may become more pronounced and the pain subside. After approximately five minutes of tremor, peel yourself off the wall and allow your upper body to hang forwards. The tremor may increase; remain in this position for approximately three to four minutes.

#### Tremor exercise 2 on the floor (preferably lying on a mat)

Lie down on a mat on the floor with knees open and the soles of your feet touching. Lift your pelvis from the floor for one minute and make sure that the knees remain relaxed and wide apart. Place your pelvis back on the floor and leave your knees open and relaxed for a further minute. Move your knees approximately 5 cm closer together. Find the position that triggers a tremor. Simply allow the involuntary movements of the tremor or shaking to happen, until you feel it is time to stop. To end the exercise, stretch out the feet. Another alternative is to place the soles of the feet flat on the ground. Keep the knees slightly apart and the tremor and shaking will resume. Allow this movement to spread into your pelvis and your lower back region. To end the exercise, allow your feet to slide back until they are flat on the ground. You may turn on your side if you prefer this position.

If you experience anything unpleasant during the tremor (thoughts, pictures, physical sensations), you can interrupt the tremor mechanism at any time by letting your feet slide down (see self-regulation below).

#### Integration

When the tremor has ended, you should rest for a while and integrate your experiences. If you are working in a group or with a TRE practitioner, additional integration can occur through the spoken exchange. If you are exercising on your own, it is beneficial to make brief notes of your experiences.

#### *Self-regulation*

Self-regulation plays an extremely important role during the tremor in the TRE process. (See Boon et al. 2013, Vohs & Baumeister 2011)

If someone does not have sufficient capacity for self-regulation, cognitions, emotions or sensations during the tremor cannot be regulated.

It is very important that the physiological excitation that occurs during the TRE process is regulated: very strong feelings result in hyperarousal, very weak feelings (numbing) in hypoarousal.

In the majority of traumatized people, the window of tolerance (Ogden et al. 2010, 67ff.) is narrow. The aim of the tremor mechanism is to enlarge the window of tolerance.

The aim of self-regulation during the TRE process is to teach clients to tolerate physical sensations, cognitions or emotions without becoming overloaded.

If the tremor process is performed too quickly or for too long, after too rapid an activation of the parasympathetic nervous system immobility, freezing and dissociation can set in again. Therefore it is very important to be able to recognize the first signs of overload (holding one's

breath, tension, nervousness). If it proves too much for the clients, the tremor process should be stopped. Overload can occur in the first few minutes of the tremor it may become more intense when the tremor starts.

To stop the process, the client is asked to stretch out their legs in order to ground themselves and orientate themselves.

The TRE exercises should later be carried out by clients on their own at home as a form of self-help method, after they have learned them in a group or on their own with a practitioner. The main principles of self-regulation should be understood and practiced. The aim is to be able to work with TRE alone and without the assistance of the practitioner.

#### *Duration of the tremor*

A commonly-asked question is how frequently should the TRE exercises be performed, and for how long? In Bercelli 2012, page 102, Bercelli describes that these exercises are natural for the body, and can therefore be performed every day without causing any harm. (...) Once you have started doing the exercises, and you have performed them for the first time, and you have experienced no negative physical, psychological or emotional reactions, they can be repeated every second day. In this way the body will slowly adjust to the tremor and allow the tension in the body to slowly reduce. After a while, the exercises will not have to be done so often, maybe approximately every three days or twice a week. However, if you are performing the exercises less often the body will start to build up stress again and become tense. Therefore the exercises will have to be performed more frequently again.

#### *Two example cases: TRE with soldiers from the ATO (anti-terrorist operation) war zone in the Ukraine*

(Translation from Russian into German by A. Herold)

A psychiatrist in a psychiatric clinic in the town of V, Ukraine, reports that she had ten sessions with a soldier who had returned from the ATO (war zone in Eastern Ukraine). During the first session he was able to perform the exercises in a limited capacity only because of the trauma he had suffered. But the second time he was able to participate more actively and was able to perform the exercises as they should be done.

During the first three sessions the soldier reported that he felt a tremor in his feet and also in his body, but very mild, somewhere deep inside. The tremor was barely noticeable on the outside. During the course of the sessions a tremor developed in the right foot (his left foot was wounded), however it subsided rapidly. Then the tremor developed in both feet, and was noticeable on the outside and also within the body. Initially, no tremor developed in the upper body, the shoulders or the arms. His hands had only a slight tremor. During the last session there was a significant tremor in the legs when he was exercising against the wall and then also on the floor. After we performed an intervention with a hand towel (wringing out the towel), a tremor developed in the shoulders and arms. The tremor was not very powerful, but it could be clearly seen. During this time the soldier reported that he felt a deep relaxation and peace. He had not felt so relaxed since returning from the ATO war zone. His sleep also improved significantly, and the feeling of inner tension and the headaches subsided.

A clinical psychologist, the head of a crisis intervention center in the small town of S. in Ukraine, reports on the following case: it relates to a soldier who had taken part in hostilities in the

---

ATO zone. During a grenade attack the patient was propelled away by a shock-wave caused by the projectiles, and suffered concussion. He was otherwise unharmed. When admitted for rehabilitation he complained of pain in the arms, hands and feet. His muscles were very tense, he was not sleeping well and he was very agitated.

Four sessions of TRE were carried out. As the patient had suffered concussion, exercise 4 (with the head bent forwards) was not performed and only the floor tremor exercise was done.

During the first session, the leg muscles, calf muscles and quadriceps muscle quickly began to tremble very intensely. As a result, the pelvis began to move a lot. The patient's eyes were closed. He was asked to remain in contact with the therapist and report how he felt. We were only able to do five minutes in the first session.

At the end he reported that his legs felt like cotton wool. When he was blown up he also had the feeling that his legs were made of cotton wool, and he became anxious and panicky. The therapist asked him to orientate himself, to sit up and feel the ground and slowly stand up with her assistance. He then proceeded to walk around the room with the therapist's help, stamping his feet. The feeling of cotton wool in the legs disappeared and the patient reported that he was very tired and would like to sleep.

During the next three sessions the muscles of the legs and the pelvis trembled and there was also a tremor in the arms and ribcage. The cotton wool feeling in the legs did not recur again. During the exercises the breathing movement was superficial, later it became deeper and a clear exhalation was audible.

After using TRE the patient reported that the pain in his muscles had disappeared. Initially he had experienced a strong feeling of relaxation and later this changed to a feeling of vitality. His sleep significantly improved.

#### *Efficacy studies*

D. Berceli's website ([www.traumaprevention.com/research](http://www.traumaprevention.com/research)) presents seven studies on the efficacy of TRE; these were predominantly performed in the USA and South Africa. As far as the German-speaking countries are concerned, Nibel (2015) presented his own investigations at the Conference of the Association of Ergonomics (Gesellschaft für Arbeitswissenschaft) in Karlsruhe (27.2.2015). His findings were: better body awareness and body image, psychological changes, such as clarity of thought and feeling, greater self-efficacy and self-confidence, positive changes in social relationships, fewer negative symptoms such as inner unrest, anxiety, the disappearance of specific health disorders such as pain, tingling and tinnitus (PowerPoint slide 13).

#### **References**

- Berceli D (2010), *The Revolutionary Trauma Release Process*, Vancouver: Namaste
- Berceli D (2010a), *The Effects of Neurogenic Tremors on the Human Body*, Manuscript
- Berceli D (2010b), *Neurogenes Zittern. Eine Körperorientierte Behandlungsmethode für Traumata in grossen Bevölkerungsgruppen*, in: *Trauma & Gewalt*, 4. Jahrgang, Heft 2/2010, S. 149ff.
- Berceli D (2012), *Körperübungen für die Traumaheilung*, Papenburg: Niba-ev.
- Berceli D (2014), *Powerpoint Modul I*
- Berceli D (o.J.) *DVD The Revolutionary Trauma Release Exercises*, Namaste Publishing
- Butollo W, Hagl M, Krüsmann M (1998), *Leben nach dem Trauma*, München: Pfeiffer

- Butollo W, Karl R (2012), Dialogische Traumatherapie, Stuttgart: Klett-Cotta
- Boon S, Steele K, Van der Hart O (2013), Traumabedingte Dissoziation bewältigen, Paderborn: Junfermann
- Dilling H et al. (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F), Bern, Huber
- Emerson D, Hopper E (2012), Trauma-Yoga, Heilung durch sorgsame Körperarbeit, Lichtenau/Westfalen: Probst
- Follete VM, et al. (2015), Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma, New York, London: Guilford
- Grand D (2014), Brainspotting, Kirchzarten: VAK
- Horowitz MJ (1976/1997), Stress Response Syndroms, Nortvale, New York: Jason Aronson
- Horowitz MJ (2013), Stress Response Syndromes, PTSD, Grief, Adjustment and Dissociative Disorders, Lanham Maryland: Jason Aronson
- Lammers CH (2007), Emotionsbezogene Psychotherapie, Stuttgart: Schattauer
- Levine P (1998), Trauma-Heilung, Essen: Synthesis
- Levine P (2010), Sprache ohne Worte, München: Kösel
- Levine P (o.J.), Manuel Somatic Experiencing Training, Das erste Jahr, B1.4
- Maerker A. (Hrsg.) (2009), Posttraumatische Belastungsstörungen, Heidelberg: Springer
- Nibel H (2015), Let us shake it, Baby. TRE Trauma and Tension Releasing Exercises als neues vielversprechendes Angebot in der betrieblichen Gesundheitsförderung Powerpoint Vortrag auf der Konferenz der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft, Karlsruhe 27.2.2015
- Ogden P, Minton K, Pain C (2010), Trauma und Körper, Paderborn: Junfermann
- Reddemann L (2004) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT – Das Manual, Stuttgart: Klett-Cotta
- Rothschild B (2000), The Body Remembers, New York: Northon
- Rüegg JK (2011), Gehirn, Psyche und Körper, Stuttgart: Schattauer
- Sack M (2010), Schonende Traumatherapie, Stuttgart: Schattauer
- Scaer R (2007), The Body Bears the Burden, New York, London: Routledge
- Scaer R (2014), Das Trauma-Spektrum, Lichtenau/Westfalen: Probst
- Shapiro F (1998), EMDR, Grundlagen und Praxis, Paderborn: Junfermann
- Shore, A (2007), Affektregulation und die Reorganisation des Selbst, Stuttgart: Klett-Cotta
- Spangenberg E (2015), Behutsame Trauma-Integration (TRIMB), Stuttgart: Klett-Cotta
- Van der Kolk B, McFarlane AC, Weisaeth L (2000) Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze, Paderborn: Junfermann
- Van der Kolk B (2014), The Body Keeps the Score, New York: Viking
- Vohs KD, Baumeister RF (Hrsg.) (2011), Handbook of Self-Regulation, Neu York, London: Guilford
- Wöller W (2006), Trauma und Persönlichkeitsstörungen, Stuttgart, New York, Schattauer

УДК 616.895

**НЕЙРОГЕННОЕ ДРОЖАНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ TRE-УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ СНЯТИЯ НАПРЯЖЕНИЯ, СТРЕССА И ТРАВМЫ ПО МЕТОДИКЕ ДОКТОРА ДЭВИДА БЕРСЕЛИ ПРИ ИЗБАВЛЕНИИ ОТ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА ПТСР**

Андреас Герольд

Вправи для зняття напруги, стресу та травматичного досвіду (TRE) складаються з семи вправ, які використовуються для стимулювання нейрогенного тремтіння. Метою цього тремтіння є зменшення симптоматики посттравматичних синдромів стресових розладів ПТСР і наступних скарг, що викликаються стресом. У даній статті описуються основні аспекти синдромів ПТСР, методика вправ TRE, наукова пояснювальна модель, основний принцип вправ і центральні аспекти саморегуляції.

Ключові слова: травма, стрес, фізичні вправи, нейрогенне тремтіння, саморегуляція, травматерапія, посттравматичний стресовий розлад ПТСР

Tension, Stress und Trauma Releasing Exercises (TRE) are a sequence of seven exercises used to trigger neurogenic tremor. The aim of this tremor is to reduce symptoms of post-traumatic stress disorder PTSD and other stress-induced symptoms. This article describes the basic features of PTSD, the TRE method, the scientific explanatory model, the principle behind the exercises and the main features of self-regulation.

Key words: trauma, stress, physical exercises, neurogenic tremor, self-regulation, trauma therapy, post-traumatic stress disorder

Упражнения для снятия напряжения, стресса и травматического опыта (TRE) состоят из семи упражнений, служащих для стимулирования нейрогенного дрожания. Целью этого дрожания является уменьшение симптоматики посттравматических синдромов стрессовых расстройств ПТСР и последующих жалоб, вызываемых стрессом. В данной статье описываются основные аспекты синдромов ПТСР, методика упражнений TRE, научная объяснительная модель, основной принцип упражнений и центральные аспекты саморегуляции.

Ключевые слова: травма, стресс, физические упражнения, нейрогенное дрожание, саморегуляция, травматерапия, посттравматическое стрессовое расстройство ПТСР

### **Введение**

Тема „Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)“ является как никогда актуальной. В дневной прессе, в новостях по телевидению или в интернете все чаще сообщают о природных катастрофах, таких как землетрясение, наводнения, цунами, тайфуны и о других. Затем следуют насилия, причиняемые людьми, такие как бытовое насилие, жестокое обращение и насилие детей, изнасилование, военные действия, терроризм, пытки, политические аресты и т.д. Несчастные случаи и медицинские вмешательства, также могут повлиять на возникновение травм.

При определении травмы в МКБ-10/ICD-10 речь идет о „чрезвычайной угрозе“ или о „катастрофически большом объеме нагрузки, которая почти у каждого могла бы вызвать глубокое отчаяние“ (МКБ-10/ICD-10: F 43.1, Диллинг и другие (2011) стр. 207 и след. стр.). Случается, так, что какое-то происшествие вызывает у одного человека нарушения, вследствие травмы, а другой человек просто отдохнет какое-то время и у него вообще не будет или будут небольшие симптомы ПТСР. Травматическое происшествие следует рассматривать не только с точки зрения происшествия (степень тяжести, тип I - единичная травма), тип II – сложная травма (Меркер 2009, стр. 138 и след. стр.)), но также и с перспективы личности и субъективной реальности (генетика, анамнез жизни, социальный уклад, жизнестойкость (Resilience) и т.п.). Субъективное переживание травматической ситуации имеет решающее значение, „переживание полной беспомощности, бессилия и состояния зависимости характеризуют травму“ (Вёллер 2006, стр.11 и след. стр.).

Впоследствии развиваются симптомы ПТСР, чрезвычайно мешающие ведению нормальной полноценной жизни: интрузии, тяжелые сны/ночные кошмары, воспоминания (Flashbacks), диссоциации и проявления неподвижности (Freeze, Immobility), острый триггер, гипер- и гипозраул, нарушение сна, мысленные и ситуативные избегания и другие симптомы, такие как депрессии, страхи, принуждения и зависимости (Меркер 2009, стр.17 и след. стр., Захссе 2004, стр. 53 и след. стр.).

Каждая крупная психотерапевтическая школа разработала свой подход в лечении посттравматического стрессового расстройства: когнитивный метод (Горовиц 2013), психодинамический, воображаемый метод (PITТ Реддеманн, 2008, TRIBM Шпангенберг 2015), гештальттерапевтический метод (Бутолло и другие 2002, Бутолло & Карл 2014), комбинированные методы, как десенсибилизация и переработка движением глаз EMDR (Шапиро 1998) и психотерапевтический метод Brainspotting (Гранд 2014), метод, ориентированный на ресурсах (Зак 2010), основанный на внимательности метод (Фолетте и другие 2015), телесные терапии (соматический опыт, Somatic Experiencing, Левин 1998, 2004), сенсомоторная терапия (Огден и другие 2010), физическая терапия по Ротшильд (Ротшильд 2000), Йога (Эмерсон & Хоппер (2012)) и представленный здесь метод упражнений для снятия напряжения, стресса и травы TRE) по методике доктора Дэвида Берсели (Берсели 2010, 2012, 2014).

Объяснительные модели / этиологические концепции

### **Когнитивные модели**

По Горовицу (1976/1997) когнитивные схемы меняются в результате травматического происшествия (установки, убеждения, самовосприятие). Прежде всего: «отрицательная интерпретация травмы и ее последствий может привести к длительному восприятию угрозы и причинению вреда» (Меркер 2009, стр. 44 и след. стр.). Здоровье можно восстановить, если будут разрешены измененные в результате травмы когнитивные схемы и процессы контроля (избегание, защита, отрицание).

### **Эмоциональные модели**

Дети учатся регулировать эмоции при взаимодействии с родителями. Развитию эмоциональной толерантности, регулированию эмоций учатся в процессе развития (Ламмерс 2007 стр. 48 и след. стр.). Серьезные нарушения эмоционального регулирования, потери

---

саморегуляції описуються, прежде всего, с учетом продолжительных повреждений развития (Вёллер 2006, стр. 75 и след. стр.). Переполнение в результате травматических эмоций возникает в результате соответствующего триггера. Возникаемое при этом пониженное регулирование аффекта и контроль импульсивности (реакция бегства и борьбы) производит со стороны впечатление неадаптивного поведения. „Агрессивность травматического невротика не является преднамеренной или умышленной. Его агрессия всегда импульсивна, ее невозможно долго сдерживать “(Кардинер 1941, стр.97, цит. Ван дер Кольк 2000). Нарушенная ментализация, способность размышлять над собственными или чужими эмоциями и сострадательно к чему-либо относиться, могут характеризовать нарушение пониженного эмоционального регулирования. Централь-ные аспекты эмоционального регулирования исследовались за последние годы в области нейробиологии травмы (Рюэгг 2011, Ван дер Кольк 2014, Скаер 2014 ).

### **Нейробиологические модели**

Посттравматическое стрессовое расстройство ПТСР с точки зрения нейробиологии может рассматриваться как нарушение переработки стресса. По-английски Posttraumatic Stress Disorder PTSD. Взаимодействие между системами информационной переработки в мозге (сенсорные ассоциативные поля неокортекса, ствол головного мозга, базальные узлы, таламус, лимбическая система (Рюэгг 2011) понижается. Исследование показало, (Ван дер Кольк 2000, стр. 200 и след. стр.) что нарушения сохраняются на уровне психофизиологических эффектов (перевозбуждение и потеря способности распознавания раздражителя) на уровне нейрогормональных эффектов (повышенный уровень норадреналина, большие колебания в концентрации кортизола (Захссе 2004, стр.48 и след. стр.), пониженная концентрация серотонина, повышенная концентрация опиоида), на уровне нейроанатомических эффектов (уменьшенный объем гиппокампа, хроническая активизация миндалевидного тела (Amygdala), пониженная активизация центра Брока во время воспоминаний).

При травматическом происшествии, с точки зрения реакции на выживаемость, активируются: психофизическая система (автономная нервная система ANS, симпатическая и парасимпатическая область) и нейрогормональная система (активизация оси гипо-таламус-надпочечников ГГН, англ. НРА). Они создают схему реагирования бегства, борьбы, оцепенения (неподвижность, замирание). Реагирование бегства и борьбы (сильное волнение) срабатывает посредством активизации психофизической (ANS) и нейрогормональной системы. Неподвижность, замирание (телесное) и диссоциация (когнитивная, психическая) создаются благодаря одновременной активизации обеих областей ANS (Левин 2010, стр. 71 и след. стр., Скаер 2014, стр. 81и след. стр.).

При угрожающих ситуациях, посредством психофизической системы, в костно-мышечную систему передаются импульсы, которые дают возможность реагировать бегством, борьбой и неподвижностью. Процессы сокращения следуют установленным схемам реагирования. Если при травматическом происшествии невозможно выполнить необходимые движения, то это приводит к привычным сокращениям, которые очень часто управляются процедурной памятью (Скаер 2014 стр. 67 и след. стр.), ведущей к болям. „Миофасциальные боли (очень часто АН) зависят от стресса, (...) любое движение тела, как-

либо связанное с прежними безуспешными защитными движениями, с высокой вероятностью активирует рефлекторное напряжение “(Скаер 2014, стр. 277 и след. стр.). Мышечные судороги, прежде всего, проявляются в мышечных частях головы, на шее, в плечах, в крестцово-остистых мышцах, в тазобедренной части, в ногах. Необходимо отметить подвздошно-поясничные мышцы (Ilio-Psoas), которые рефлекторно сжимаются при угрожающей ситуации. (Берсели 2012, стр. 29 и след. стр.). Зачастую также задействованы мышцы голеностопных суставов, икроножные мышцы, четырёхглавые мышцы, приводящие мышцы, диафрагма, грудино-ключично-сосцевидная мышца и жевательная мышца. (Берсели 2014).

### **Упражнения для снятия напряжения, стресса и травмы (TRE)**

Дэвид Берсели, бывший католический служащий, принадлежащий к религиозному ордену, с докторской степенью по клинической социальной работе, сертифицированный биоэнергетик, проживал в многочисленных зонах конфликта, таких как Израиль / Палестина, Судан, Уганда, Кения, Йемен, Египет и Ливан. Он останавливался в областях, в которых происходили военные действия. Берсели рассказывает (Берсели 2010б, Берсели DVD), что в период войны в Ливане, во время бомбардировки, он находился с восемью другими людьми разных национальностей в одном подвале. Когда бомбы взрывались, он наблюдал, как все сжимались в комок в позе зародыша. При угрожающей ситуации все совершали одинаковые автоматические рефлекторные движения. «Во время каждого травматического опыта мышцы-разгибатели приостанавливаются так, что сгибательные мышцы могут стягиваться» (Берсели 2010б стр.149). Эта поза представляет защиту для внутренних органов и может вырабатывать чувство безопасности. Задействованы, прежде всего, (как уже представлено выше) икроножные мышцы, четырёхглавая мышца, приводящие мышцы, диафрагма, мышцы шеи и жевательные мышцы. В центре мышечных групп, сокращающихся при угрожающей ситуации, стоит подвздошно-поясничная мышца (Ilio-Psoas), которая связывает друг с другом туловище, таз и ноги. Поза зародыша возникает, прежде всего, в результате сокращения подвздошно-поясничной мышцы. В результате компенсаторной реакции крестцово-остистой мышцы у многих травмированных людей появляются хронические боли в спине, потому что напряжение подвздошно-поясничной мышцы хронически повышено.

Берсели наблюдал, что у многих людей, которые были травмированы, временами проступает спонтанное дрожание. Многие люди пытаются подавить эту реакцию, дети дрожат спонтанно. Часто, дрожание взрослых в присутствии детей скрывается, чтобы дети не подумали, что эта дрожь является страхом взрослых (Берсели 2010, стр. 47 и след. стр.). «В сущности, дрожь является естественным механизмом тела, при помощи которого, оно снимает высокий уровень напряжения и химических субстанций, которыми тело перегружено на момент травматического случая. В результате процесса дрожания тело снимает излишнюю энергию и возвращается назад в состояние покоя и расслабления. Способность сбрасывать травму, является, собственно, одной из архаических реакций человеческого организма. (Берсели 2012, стр. 33).

Питер Левин, основатель соматического опыта (Somatic Experiencing) травматического исцеления, тоже описывает, как он после своего несчастного случая, когда на него на улице наехал автомобиль: «смог остановить огромную энергию выживаемости

---



посредством спонтанной дрожи» (Левин 2010, стр. 34) (...) «и научился принимать и приветствовать примитивную дрожь, трепетание и спонтанные движения тела, вместо того, чтобы их бояться и подавлять» (Левин 2010, стр. 38).

Из биологии поведения известно, что млекопитающие при жизненно угрожающих ситуациях (нападение хищника), убирают накапливаемую энергию при помощи реакции бегства или неподвижности дрожью. Существует множество видео в Youtube, документирующие эту дрожь. Речь идет о естественном механизме, который помогает млекопитающим сбросить сжатую энергию после угрозы и далее вести «нормальную» жизнь. В работе Левина (Левин 1997, 2010) соматический опыт травматического исцеления, концепт сброса (Discharge) накапливаемой энергии представляет центральный аспект по лечению синдрома стрессовых расстройств ПТСР. «Симптомы травмы вызываются не в результате внешнего происшествия. Они возникают, если избыточная энергия не сбрасывается с тела. Эта энергия остается фиксированной в нервной системе и может оказывать на тело и психику разрушительное влияние,, (Левин б.г., лист 4 ).

Упражнения для снятия напряжения, стресса и травмы (TRE) могут выполняться в группах, как индивидуальная терапия и как метод самопомощи, используемый самостоятельно дома.

### **Механизм действия дрожи**

Субъективное действие тремора, вызванного пятью TRE-упражнениями (описание упражнений смотрите внизу) заключается почти у всех людей в чувстве покоя и расслабления, в снижении гиперэрауэла (Hyperarousal), в улучшенном физическом ощущении, в большей способности переносить аффекты (защитная оболочка (Containment)) и в увеличенном периоде толерантности (Window of Tolerance) (Огден и другие 2010, стр. 67 и след. стр.).

Согласно Скаеру (2007, стр.19 и след. стр.) Берсели (2010а, стр.3 и след. стр.), механизм тремора может уменьшать или сдерживать активность миндалевидного тела так, что нейронные сети с содержанием травмы в процедурной памяти медленно стираются. Нейрогенный тремор, как будто, может стирать отрицательные невральные сети (neural nets) и создавать положительные невральные сети. Скаер утверждает, что реакция замиранья или неподвижности навсегда запечатлевается в процедурной памяти, пока она не сотрется, в результате действия разрядки.

Кассиани-Ингони (Берсели 2010а, стр.4 и след. стр. без библиографической ссылки) описывает влияние механизма тремора так, что в результате повторной дрожи в нервно-мышечном соединении возникает изменение, т.е. изменения устанавливаются на уровне нейромедиаторов. Изменения могут возникать в центральной и периферической нервной системе на уровне проприоцептивной информации. В ЭЭГ, Кассиани-Ингони смог доказать, что в результате механизма тремора проявляется подобная активность кривых, отражающих изменения биопотенциалов головного мозга, как в случае медитации (Берсели 2014). Альфа-волны, как известно, отвечают за чувства покоя и расслабления, радости и самоосмысления.

Камаротти (Берсели 2010а, S6 и след. стр. без библиографической ссылки) описывает, что нейрогенная дрожь регулирует выброс серотонина и церебральной ГАМК, и впоследствии, из-за пониженной активности миндалевидного тела, снижается гиперэрауэла.

**TRE-упражнения**

Краткое описание TRE-упражнений и механизма дрожи (Берсели 2012, Берсели DVD)

**Упражнение 1**

Согните обе стопы (обувь и носки лучше снять) в одинаковом направлении, став на ваши боковые части стоп. В таком положении, одной стопой вы стоите на ее наружной боковой стороне, а другой на ее внутренней боковой стороне. Оставайтесь в этой позе 30 секунд (или два три глубоких вдоха) и затем переведите корпус в другое направление, и снова оставайтесь 30 секунд в положении с согнутыми стопами. Продолжайте сгибание ваших стоп обеих ног по пять раз в каждом направлении. Затем встаньте на обе ноги и хорошенько их встряхните.

**Упражнение 2**

Перенесите вес на одну стопу, другая стопа остается на полу для балансировки равновесия. Если вам тяжело держать равновесие, вы можете опереться одной рукой о стену. Поднимите пятку стоящей ноги как можно выше и затем снова опустите ее на пол. Повторяйте это движение так часто, пока по шкале нагрузки от 1 до 10 вы не достигните вашей персональной нагрузки до уровня 7. При этом иногда может вызываться напряжение, жжение или легкая боль в икроножной мышце. Это абсолютно нормально, однако вы можете слегка уменьшить нагрузку. Затем встаньте на обе ноги и хорошенько встряхните работающую ногу, чтобы освободиться от болей, жжения и напряжения. После этого поработайте другой ногой.

**Упражнение 3**

Возьмите стопу рукой той же стороны позади корпуса. Согните в колене опорную ногу как можно сильнее, как будто вы хотите присесть, и снова выпрямитесь (приседание). Пятка остается на полу. Повторяйте это движение так часто, пока и здесь, по шкале нагрузки от 1 до 10 вы не достигните вашей персональной нагрузки до уровня 7.

**Упражнение 4**

Поставьте ноги на такой ширине, чтобы вы почувствовали напряжение внутренних мышц ног. Нагнитесь вперед, пока не коснетесь пола. Вы должны почувствовать растяжение во внутренней стороне бедра (приводящие мышцы) и в подколенных впадинах (подколенное сухожилие). Сделайте три глубоких вдоха. Обеими ладонками потихоньку переберитесь к одной стопе. Задержитесь в этой позе, сделав три медленных и глубоких вдоха. Затем, обеими ладонками потихоньку переберитесь к другой стопе. Задержитесь в этой позе, сделав три глубоких вдоха. После этого переберитесь ладонками к центру и протяните руки между ногами назад. В этой позе также задержитесь, сделав три глубоких вдоха. В конце упражнения медленно вернитесь в исходное прямое положение.

**Упражнение 5**

Сожмите два кулака и положите их сзади на верхнюю часть вашего таза. Надавите на таз слегка вперед, чтобы получился легкий изгиб в спине. Вы должны почувствовать растяжение в передней части бедра. Затем плавно повернитесь от бедер назад, откройте рот и посмотрите при этом позади себя в угол комнаты. Снова повернитесь от бедер в противоположную сторону и посмотрите назад. В конце упражнения снова вернитесь в исходное прямое положение.

---

#### Упражнение дрожания 1 у стены

Облокотитесь спиной на стену так, будто под вами стоит стул. Таким образом, вы нагружаете мускулатуру бедер (четырёхглавая мышца). Возможно, через пару минут вы почувствуете легкую боль, жжение, напряжение или даже дрожь в этих мышцах. Как только немного почувствуете боль, приподнитесь по стенке приблизительно на 5 см вверх. Может быть, что дрожь усилится, а боль уменьшится. Приблизительно через 5 минут дрожи оторвитесь от стены и опрокиньте верхнюю часть корпуса вперед. Возможно, дрожь усилится, оставайтесь в этом положении около трех-четырёх минут.

#### Упражнение дрожания 2 на полу (предпочтительно лежать на мате)

Лягте на мат на полу, уприте друг в друга подошвы, открыв колени. Поднимите на минуту таз от пола и обратите внимание на то, чтобы колени оставались расслабленными и широко открытыми. Положите таз на пол и оставьте колени на следующую минуту в открытом и расслабленном положении. Приблизите колени друг к другу приблизительно на 5 см. Найдите положение, при котором может возникнуть дрожь. Позвольте произвольным движениям дрожи или вибрации просто пройти, пока вы не почувствуете, что пора прекратить. Для окончания упражнения, выпрямите ноги. Существует другая возможность, если вы ровно поставите подошвы ног на пол. Держите колени слегка открытыми, и дрожь, и вибрация продолжатся. Пусть это движение распространится дальше на область вашего таза и нижней части спины. Чтобы закончить упражнение, опустите ноги скольжением вниз так, чтобы они лежали ровно на полу. Вы можете повернуться на бок, если вам такое положение больше нравится.

Если во время дрожи у вас возникнет какое-то неприятное чувство (мысли, внутренние картинки, ощущения тела), вы можете в любую минуту прервать механизм тремора, опустив ноги вниз (смотрите саморегуляцию внизу).

#### Интеграция

После окончания дрожи следует некоторое время отдохнуть и интегрировать пережитое. При работе в группе или с терапевтом, практикующим TRE терапию, в результате разговорного обмена может возникать дополнительная интеграция. При самостоятельном выполнении упражнений, пережитое предпочтительно вкратце записывать.

#### Саморегуляция

Саморегуляция во время дрожи в процессе выполнения TRE-упражнений играет чрезвычайно важную роль. (смотрите Бун и другие 2013, Вос & Баумейстер 2011)

Если человек не обладает достаточным объемом саморегуляции, то во время дрожи не могут регулироваться наступающие восприятия, эмоции или ощущения.

В процессе выполнения TRE-упражнений очень важно регулировать наступающее психологическое волнение: очень сильные чувства возникают из-за гиперэраузла, а слишком слабые чувства (оцепенение), возникают из-за гипоэраузла.

Окно толерантности (Window of Tolerance) (Огден и другие 2010, 67 след. стр.) у большинства травмированных людей очень слабое. Целью механизма дрожи является увеличение окна толерантности.

Целью саморегуляции в процессе TRE-упражнений является, научить клиентов переносить физические ощущения, восприятия и эмоции без перенапряжения. Если процесс дрожи выполняется очень быстро или очень медленно, то после слишком быстрой

---

активизации парасимпатической нервной системы может снова проявиться неподвижность, замирание и диссоциация. Поэтому, очень важно распознать первые признаки овладения данными чувствами. (задержка дыхания, напряжение, нервозность). Если они сильно одолевают клиента, то процесс тремора следует остановить. Одоление может наступить в первые минуты тремора или может показаться, когда начинается дрожь, что оно становится интенсивней. Для остановки процесса клиента просят выпрямить ноги, заземлиться (Grounding) и сориентироваться.

TRE-упражнения, по методике самопомощи, клиенту следует выполнять позже самому дома, после того, как он выучил их в группе или один с практикующим врачом. Центральные пункты саморегуляции следует понять и потренироваться в их выполнении. Целью является, умение работать с TRE-упражнениями самостоятельно и без помощи практикующего терапевта.

#### Длительность дрожи

Постоянно спрашивают, как долго и как часто следует выполнять TRE- упражнения. Берсели пишет (Берсели 2012, S.102), что эти упражнения являются естественным для тела и их можно делать каждый день без причинения себе вреда. (...) Если выполнение упражнений как раз начато, и их делали первый раз, при этом не проявились какие-либо негативные физические или эмоциональные реакции, то в течение месяца их можно повторять каждый второй день. Таким образом, тело потихоньку принаравливается к дрожи и позволяет, чтобы напряжение тела постепенно снижалось. После этого нет необходимости в таком частом повторении упражнений. Их можно делать каждый третий день или два раза в неделю. Если впоследствии упражнения делаются реже, то тело снова начинает накапливать стресс и перенапрягаться. В таком случае, следует снова увеличить частоту выполнения упражнений.

### **Два показательных случая: TRE с солдатами из района военных действий АТО в Украине**

Психиатр в психиатрической больнице в городе В., Украина

Случай из практики – применение TRE-терапии. Проведено 10 занятий с солдатом, который вернулся из зоны АТО.

На первом занятии он выполнял все упражнения в очень облегченном варианте, говорил, что не может в полном объеме из-за травм. Но уже начиная со второго занятия он выполнял упражнения активно, в полном объеме, большое количество повторов.

На первых нескольких занятиях он говорил, что чувствует тремор в ногах и в теле, но где-то глубоко внутри. Внешние проявления тремора тоже были очень незначительные. В ходе занятий у него появился тремор сначала в правой ноге (у него была травма левой ноги), но он быстро исчезал. Потом тремор стал проявляться в обеих ногах, стал больше выражен внешне, солдат говорил, что также чувствует тремор внутри тела. Не смотря на упражнения по усилению тремора, никак не удавалось добиться тремора в верхней части туловища, руках, отмечался незначительный тремор кончиков пальцев. На последнем занятии тремор был отчетливо выражен в ногах в положении стоя и лежа, и после выполнения упражнения с выкручиванием полотенца у солдата появился тремор в плечах и руках. Тремор был не очень сильным, но отчетливым. Во время этого солдат сказал, что почувствовал очень глубокое расслабление и спокойствие. Позже в беседе он говорил, что не чувствовал себя

---

расслабленным вообще с тех пор, как вернулся из зоны АТО. Также солдат рассказал, что с момента начала занятий TRE-терапией у него улучшился ночной сон, исчезло чувство внутреннего напряжения, исчезли головные боли.

Клинический психолог, в г. С., Украина

Работа с военнослужащим дисатником, участником военных действий в Украине.

О пациенте: при исполнении военных обязанностей на территории Украины военных действий был отброшенный ударной волной в последствии чего получил контузию, больше никаких повреждений не было. В период реабилитации были жалобы на боли в мышцах рук и ног, при наблюдении тело было сковано, мышцы сильно напряжены, плохой сон, повышенная тревога.

Личные наблюдения применяя метод TRE.

Проводились 4 занятия .

Учитывая , что у пациента была контузия , применялись только упражнения с ногами (без сгибания туловища и опускания головы) упражнения лежа на спине.

Во время первого занятия мышцы тела начали довольно быстро и активно реагировать. Активно работали икроножные мышцы и четырехглавые мышцы бедра (внешне это выглядело, как будто они перебежали сверху в низ, снизу верх). Впоследствии активно начал работать таз, глаза пациента закатывались вверх, в связи с этим пациента постоянно просили не закрывать глаза, быть постоянного в контакте с психологом и рассказывать о своих ощущениях. Первое занятие проводилось не более 5 минут. По завершению пациент рассказал, что его ноги "ватные" такими они были когда его отбросило ударной волной, тогда он чувствовал панику. Психолог просил сначала сидя постучать ступнями о пол, тогда подняться и с помощью поддержке консультанта пройтись и с большей силой ступать ступнями. Когда ощущение "ватности" исчезло, пациент поделился ощущением усталости и большого желания спать.

Следующие 3 занятия, мышцы ног, таза также активно работали, активизировались движения рук и грудной клетки, которая вытягивалась вверх. Ощущение "ватности" ног отсутствовали. Во время выполнения упражнений дыхание было поверхностное, затем глубокое с голосовым выдохом.

После применения метода TRE, пациент сообщил, что у него исчезли боли в мышцах и напряжения, сначала было ощущение сильной расслабленности, что впоследствии изменилось на ощущение бодрости и улучшения сна

Исследования эффективности

На веб-странице доктора Д. Берсели ([www.traumaprevention.com/research](http://www.traumaprevention.com/research)) представлены семь исследований относительно эффективности TRE, которые проводились, главным образом, в США и в Южной Африке. Перед немецкоязычной публикой Нибель (2015) представила собственное расследование на конференции эргономического общества «Gesellschaft für Arbeitswissenschaft» в Карлсруэ (27.2.2015). Обнаружилось: лучшее восприятие тела и лучшее физическое ощущение, физические изменения, такие как большая ясность в мышлении и в чувствах, большая самоэффективность и самоуверенность, положительные изменения в социальных отношениях, меньше отрицательных состояний, таких как внутреннее беспокойство, страхи, исчезновение специфических нарушений здоровья, таких как боли, зуд и шум в ушах (слайд Powerpoint 13).

**Литература**

- Berceli D (2010), *The Revolutionary Trauma Release Process*, Vancouver: Namaste
- Berceli D (2010a), *The Effects of Neurogenic Tremors on the Human Body*, Manuscript
- Berceli D (2010b), *Neurogenes Zittern. Eine Körperorientierte Behandlungsmethode für Traumata in grossen Bevölkerungsgruppen*, in: *Trauma & Gewalt*, 4. Jahrgang, Heft 2/2010, S. 149ff.
- Berceli D (2012), *Körperübungen für die Traumaheilung*, Papenburg: Niba-ev.
- Berceli D (2014), *Powerpoint Modul I*
- Berceli D (Hrsg.) (2015) *Shake it off Naturally*, o.O.: Create Space Independent Publishing Platform
- Berceli D (o.J.) *DVD The Revolutionary Trauma Release Exercises*, Namaste Publishing
- Butollo W, Hagl M, Krüsmann M (1998), *Leben nach dem Trauma*, München: Pfeiffer
- Butollo W, Karl R (2012), *Dialogische Traumatherapie*, Stuttgart: Klett-Cotta
- Boon S, Steele K, Van der Hart O (2013), *Traumabedingte Dissoziation bewältigen*, Paderborn: Junfermann
- Dilling H et al. (2011), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)*, Bern: Huber
- Emerson D, Hopper E (2012), *Trauma-Yoga, Heilung durch sorgsame Körperarbeit*, Lichtenau/Westfalen: Probst
- Follete VM, et al (2015), *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma*, New York, London: Guilford
- Grand D (2014), *Brainspotting*, Kirchzarten: VAK
- Horowitz MJ (1976/1997), *Stress Response Syndroms*, Nortvale, New York: Jason Aronson
- Horowitz MJ (2013), *Stress Response Syndromes, PTSD, Grief, Adjustment and Dissociative Disorders*, Lanham Maryland: Jason Aronson
- Lammers CH (2007), *Emotionsbezogene Psychotherapie*, Stuttgart: Schattauer
- Levine P (1998), *Trauma-Heilung*, Essen: Synthesis
- Levine P (2010), *Sprache ohne Worte*, München: Kösel
- Levine P (o.J.), *Manuel Somatic Experiencing Training, Das erste Jahr*, B1.4
- Maerker A. (Hrsg.) (2009), *Posttraumatische Belastungsstörungen*, Heidelberg: Springer
- Nibel H (2015), *Let us shake it, Baby. TRE Trauma and Tension Releasing Exercises als neues vielversprechendes Angebot in der betrieblichen Gesundheitsförderung* Powerpoint Vortrag auf der Konferenz der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft, Karlsruhe 27.2.2015
- Ogden P, Minton K, Pain C (2010), *Trauma und Körper*, Paderborn: Junfermann
- Reddemann L (2004) *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT – Das Manual*, Stuttgart: Klett-Cotta
- Rothschild B (2000), *The Body Remembers*, New York: Northon
- Rüegg JK (2011), *Gehirn, Psyche und Körper*, Stuttgart: Schattauer
- Sack M (2010), *Schonende Traumatherapie*, Stuttgart: Schattauer
- Scaer R (2007), *The Body Bears the Burden*, New York, London: Routledge
- Scaer R (2014), *Das Trauma-Spektrum*, Lichtenau/Westfalen: Probst
- Shapiro F (1998), *EMDR, Grundlagen und Praxis*, Paderborn: Junfermann
- Shore, A (2007), *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*, Stuttgart: Klett-Cotta
-

Spangenberg E (2015), Behutsame Trauma-Integration (TRIMB), Stuttgart: Klett-Cotta

Van der Kolk B, McFarlane AC, Weisaeth L (2000) Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze, Paderborn: Junfermann

Van der Kolk B (2014), The Body Keeps the Score, New York: Viking

Vohs KD, Baumeister RF (Hrsg.) (2011), Handbook of Self-Regulation, New York, London: Guilford

Wöller W (2006), Trauma und Persönlichkeitsstörungen, Stuttgart, New York, Schattauer

Надійшла до редакції 24.08.2015

---

**Розділ: Психотерапія та культура**

УДК 616.89 – 008.444.9 -053.6

**АГРЕССИВНОСТЬ ПОДРОСТКОВ: СОЦИАЛЬНЫЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ****Сандомирский М. Е.**

Проблема зростання підліткової агресивності є закономірним наслідком соціально-психологічних процесів, що відбуваються в російському суспільстві в останні роки. Вирішення цієї проблеми потребує системного підходу, з урахуванням як соціальних, психологічних, так і психосоматичних детермінант агресії підлітків.

Ключові слова: підліткова агресія, інфантильність, психосоматичні розлади

Adolescent aggression rising is a natural consequence of socio-psychological processes that take place in Russian society during the last decade. In order to solve this problem it is necessary to apply systematic approach, taking into account both the social, psychological and psychosomatic determinants of adolescent aggression.

Keywords: adolescent aggression, immaturity, psychosomatic disorders

Проблема роста подростковой агрессивности является закономерным следствием социально-психологических процессов, происходящих в российском обществе в последние годы. Решение этой проблемы требует системного подхода, с учетом как социальных, психологических, так и психосоматических детерминант агрессии подростков.

Ключевые слова: подростковая агрессия, инфантильность, психосоматические расстройства

***Актуальность проблемы***

Актуальной темой для обсуждения в психологическом и педагогическом профессиональном сообществе служит рост подростковой агрессивности. Примерами, вызвавшими массовый социальный резонанс, послужили январский "школьный расстрел", когда ученик 10-го класса московской школы №263 застрелил учителя, а вместе с ним убил одного полицейского и ранил другого [2; 18]. Жестокое убийство, совершенное детскими руками, производит шокирующее впечатление - это жестокость вдвойне. Теперь широкий обсуждается еще одно "детское" преступление, совершенное с недетской жестокостью: в конце марта в Ленинградской области 12-летний подросток облил ровесника керосином и поджег [4].

Соответственно *целью статьи* представляется комплексный анализ феномена подростковой агрессивности с учетом ее социальных, социомедиийных, неврологических и психосоматических истоков, а также практические рекомендации по профилактике агрессии подростков.

***Анализ представлений о подростковой агрессивности***

Упомянутые резонансные случаи подростковой жестокости - трагедии не только самих жертв и их близких, это еще и трагедия общества [16]. Речь идет не об отдельных



трагических случаях, привлечших публичное внимание: это лишь видимая часть проблемы, наподобие вершины айсберга, действительный же ее масштаб гораздо шире. Рост агрессивности подростков имеет в современном российском обществе глубокие корни, переплетающиеся с базовыми противоречиями последнего.

Конечно, при анализе эпизодов уголовных преступлений, связанных с подростковой агрессией, первым делом рассматривается версия психического нездоровья несовершеннолетних преступников, совершающих столь жестокие деяния. В большинстве таких трагедий, как «школьные расстрелы», судебно-психиатрическая экспертиза устанавливает психопатологический след [2; 15]. Необходимо, чтобы общество помнило об этом и соответственно относилось к подобным преступникам, разясняя болезненные причины их антисоциального поведения. Важно создать таким образом анти-пример, демотиватор для подростков. Иначе у душевно нездоровых молодых людей, особенно социопатических личностей, воодушевленных сетевой популярностью агрессивных «героев», может возникать стремление повторить подобные «подвиги», чтобы ценой чужих жизней «прославиться» - агрессивный нарциссизм [16].

Однако помимо обычной психопатологии, в таких трагедиях значительную роль играет душевное нездоровье общества. Подобного рода инциденты происходят вырастают на определенной социально-психологической почве [14]. Необходимо учитывать, что помимо личностно-индивидуальных социально-психологических источников, агрессия имеет еще и биологические, инстинктивные корни [3], в иерархически организованной «пирамиде инстинктов» относящиеся не только к инстинкту самосохранения, но и к социальному инстинкту [8]. Соответственно, определенный уровень агрессивности не только присущ каждому индивиду, но и может играть адаптивную роль - такая агрессия рассматривается как конструктивная [1]. В этом проявляется социально-психологическое противоречие феномена агрессии: на индивидуальном, интрапсихическом уровне она может выполнять функцию психологической защиты, а на межличностном, социально-психическом уровне быть деструктивной, дезадаптивной и антисоциальной. Таким образом на индивидуальном уровне агрессия входит в структуру дезадаптивных стратегий поведения [6]. На социальном же уровне агрессия становится проявлением противоречия, глубинного конфликта личности и общества.

Рост подростковой агрессивности, наблюдаемый в российском обществе в последние годы - печальная закономерность, имеющая глубокие социально-психологические корни и рассматриваемая в качестве социальной эпидемии [10]. Агрессия - системное социальное явление, необходимо посмотреть на него системно и бороться с этим явлением всем обществом. Мало признать, что в агрессивности подростков так или иначе виноваты их родители. Надо еще понять, что в ней отражаются как собственные проблемы родителей, так и особенно нарушение семейной коммуникации, общения родителей с детьми. На это влияет большое количество факторов, анализировать которые нужно в совокупности, системно, с учетом их взаимного влияния (в том числе синдрома «взаимного отягощения»).

1) *Агрессивная информационная среда.* Сюда необходимо отнести как агрессивный видеоконтент (его роль в формировании подростковой агрессивности была показана еще А. Bandura, в рамках теории социального научения агрессии [21]), так и агрессивный игровой контент интернета. К сожалению, полностью изолировать детей и подростков от

этого контента не удастся, несмотря на законодательные запреты, посыпавшиеся, как из рога изобилия. Виновата еще и цифровая социализация [11] - чем больше в детстве компьютер заменяет родителей и игры со сверстниками, а в подростковом возрасте живое общение, тем больше у ребенка/подростка формируется дефицит ментализации, оборотной стороной которого является жестокость и готовность к агрессии. Как писали классики философии, человек становится таковым, глядя на свое отражение в зеркале других людей. Если же "зеркалом" для ребенка становится компьютер, с которым (не с гаджетом, конечно, а с экранными героями игр) он себя идентифицирует, то у него формируется душевная черствость, неэмпатичность [16].

2) *Агрессивная, деструктивная социальная среда.* Вспоминая известную максиму, жить в агрессивном обществе и быть свободным от агрессии нельзя. Происходит рост уровня агрессии в обществе в целом, вместе с параллельным падением уровня сочувствия, эмпатии, что убедительно показывают результаты исследований института психологии РАН [19]. Российскому обществу не хватает сочувствия и социальной сплоченности – это оборотная сторона проблемы агрессивности [14].

3) *Феномен агрессивного поколения ("поколение жесть").* Опережающие темпы роста агрессивности молодежи могут рассматриваться как социально-психологическое эхо "лихих 90-х", тех стрессов, которые в эти первые годы жизни сегодняшних подростков были пережиты их родителями; соответственно в российском обществе сформировалась особая возрастная группа – «поколение жесть» [15]. Если с молоком матери ребенок не впитал в себя способность сочувствовать, то вырастая, он с легкостью проявляет агрессию – поскольку не умеет сочувствовать людям, просто не может мысленно поставить себя на место жертвы агрессии. Масштабы этого явления стали заметны в начале 2000х годов, когда в подростковый возраст вступили рожденные на рубеже конца 1980-х и начала 1990-х годов. Оказалось, что эти подростки более жестоки и агрессивны.

В этом проявилась известная в криминальной психологии закономерность: если беременная женщина или кормящая мать испытывает сильный и длительный стресс, это существенно повышает вероятность антисоциального поведения ее ребенка в пубертатном возрасте [10]. Агрессивным подросткам не просто «не хватает доброты» [18], их морально-нравственный и эмоциональный дефицит граничит с психопатологией [12].

Те социальные стрессы, через которые проходили молодые матери в период распада СССР, стали психологической «миной замедленного действия», сработавшей через 10-12 лет, когда в переходный возраст вступило новое агрессивное поколение. Это стало типичной картиной для всех стран постсоветского пространства [10; 17]. Теперь уже и дети, рожденные в более позднее время, тоже вырастают склонными к насилию, поскольку агрессия в молодежной среде имеет свойство транслироваться от старших к младшим, на основе реакции группирования и подражания. Это социальная эпидемия – как «дедовщина» в армии. Здесь проявляется такой базовый механизм формирования агрессивности, как социальное научение [21], особенно актуальный для детей и подростков [20]. Подростки помладше подражают своим неформальным групповым лидерам (замещающим авторитетные родительские фигуры), что приводит к устойчивости культа жестокости и насилия [14].

---

4) *Кризис семьи*. Влияние агрессивной информационной и социальной среды усиливается вследствие кризиса семьи как социального института. Происходит углубление разрыва поколений, дети и родители психологически отдаляются друг от друга. Формируется пассивная, отчужденная семейная среда, в которой подростки не получают ту поддержку, которая им необходима. Семья перестает выполнять эту важнейшую функцию – а школа не торопится начать ее обеспечивать [16].

5) *Социальные факторы школьной среды*. Нужно учесть также фактор относительной депривации, психологического неравенства, связанного с неравенством экономическим, социальным расслоением в школьной среде. Малообеспеченные подростки проявляют агрессию по отношению к сверстникам из более обеспеченных семей, так как считают себя несправедливо обделенными. И наоборот, подростки из обеспеченных семей считают, что им всё дозволено по отношению к малообеспеченным одноклассникам [14].

6) *Инфантилизация*. Прогрессирующая инфантилизация, особенно заметная у представителей "поколения Z", проявляется в частности задержкой морально-нравственного развития, соответственно неустойчивостью моральных норм, размытостью смысложизненных ориентиров, "убеганием" от взрослой гражданской позиции. Отсюда у инфантильных подростков и неумение прогнозировать последствия своих поступков, и нежелание принимать на себя за эти поступки ответственность, а в результате – бездумная легкость выплескивания агрессии на окружающих.

7) *Психосоматические причины*: одним из следствий инфантильности современных подростков является и "детскость" эмоционального реагирования. Сюда необходимо отнести как эмотивность, эмоциональное «застревание», склонность к кумуляции негативных эмоций (D-тип личности), «разбаласированность» эмоций, так и их недифференцированность, неумение подростков различать собственные эмоциональные состояния, что снижает возможности самоконтроля последних. Это соответствует характеристикам психосоматической инфантильной личности [22]. Отсюда у подростков неумение (и неготовность) справляться со своими эмоциями экологичным способом, без ущерба для себя и окружающих [16]. Кроме того, инфантильность эмоционального реагирования проявляется также в ресоматизации эмоций (по М. Schur), возрастании интенсивности их телесного проявления вкупе с регрессионным «бегством в тело» от внутренних конфликтов. В результате у инфантильных подростков актуализируется триада неадаптивных психологических защит, имеющих регрессионную природу: психосоматические расстройства, патологические зависимости, а также агрессивное поведение [7]. Таким образом, агрессивное поведение, как экстремальный способ разрядки аффекта, может выступать в качестве альтернативы транзиторных психосоматических дисфункций.

8) *Неврологические причины*: все больше появляется детей с перинатальной энцефалопатией (ПЭП) и минимальной мозговой дисфункцией (ММД), гиперактивностью (СДВГ). В пубертате у значительной части из них (до 30%) данные расстройства не исчезают полностью, а перерастают в девиантное поведение, депрессии, патологические зависимости и психосоматические расстройства, а также склонность к агрессии [5].

9) *Педагогические причины*: рост интенсивности "школьного стресса", связанного как с проблемами взаимодействия подростка в школе, со сверстниками и учителями, так и

возрастанием "информационного прессинга" учебной программы в связи с ЕГЭ-ориентированностью обучения в старших классах [16].

Еще один фактор нездоровой психологической атмосферы в российских школах – то, что нередко учителя проявляют психологическую неподготовленность и некомпетентность. В педагогической среде существует «двойной негативный отбор»: часть педагогов выбрала профессию не по призванию, а просто потому, что не смогла поступить в иной ВУЗ и устроиться на другое место работы. Эти люди собственную неудовлетворенность жизнью переносят на детей, и у таких педагогов часто наблюдается профессиональное эмоциональное выгорание [12]

10) *Социомедийный фактор*. Нужно подчеркнуть, что подростковая агрессивность не только носит характер социальной эпидемии [10], но еще и в эпоху «социомедийной революции» интернета, популярности среди подростков виртуального общения в социальных сетях и других социомедийных сервисах заразительность подобной эпидемии, контагиозность агрессии возрастает [16]. Наглядной иллюстрацией служит феномен *harry slapping*, когда акты агрессии в отношении сверстников подростки сопровождают видеосъемкой с последующим распространением в сети интернет и через MMS, тем самым дополняя физическое насилие еще и насилием психологическим, моральным давлением, изощренным унижением жертвы. Подробно мы комментировали эту проблему в фильме И. Павлюка и С. Чемерис «Ген жестокости» (2007).

#### *Практические рекомендации*

Для противодействия этой эпидемии необходим системный подход, комплексный социальный проект по снижению подростковой агрессии, созданию системы психологической поддержки для детей и подростков.

##### *1) Усилиями образовательных учреждений*

а) Первое, самое очевидное - психодиагностика, задачей которой должен быть скрининг, выявление группы риска, включающей психологически неблагополучных школьников, причем не только агрессивных, но и в целом «проблемных», нуждающихся в психологической помощи. Стоит отметить, что суицидальные тенденции и рост агрессивности – это две половинки одной медали, и рост суицидов (то есть самоагрессии) в подростковой среде тесно связан с агрессией. При выявлении таких особых подростков (группы риска) с ними должна проводиться индивидуальная психолого-коррекционная работа. Психологи сейчас есть во многих школах, однако в их функциональные обязанности подобная углубленная диагностика и коррекция не входят [14].

б) Занятия для детей и подростков по практической психологической подготовке, факультативные либо включенные в курс «Основы безопасности жизнедеятельности». Многие специалисты (включая главного психиатра РФ, проф. З.И. Кекелидзе) высказывались за то, что в школе необходимо ввести обязательное преподавание психологии, начиная с младших классов. Однако возникают сложности, ввиду перегруженности учебной программы а вот именно проблемно-ориентированные занятия, направленные на решение типовых проблем среди разных возрастных групп школьников, вполне уместны. Занятия не теоретические, а практические, в доступной игровой форме – разбор (в формате социодрамы) типовых конфликтов школьного возраста (со сверстниками, с учителями, с родителями), способов их «мирного», конструктивного урегулирования. Детей и подростков

---

нужно обучать простым и эффективным навыкам преодоления стрессов, повышения психологической адаптивности [12].

в) Кроме того, нужна психологическая поддержка и для педагогов, систематическая работа психологов с педагогическими коллективами – психологическое обеспечение педагогической деятельности. Учителя всегда так или иначе участвуют в подростковых конфликтах: либо являются действующими лицами конфликтных ситуаций, либо потенциальными миротворцами-посредниками, однако нередко не справляются с подобной ролью, оказываются не в состоянии погасить разгорающийся конфликт. Поэтому необходимы регулярные занятия по повышению их психологической компетенции, а также профилактике психологического выгорания и снижению уровня профессионального стресса [14].

г) Сегодня предлагается в российских школах ввести аттестацию школьных психологов [13]. Она нужна – но еще более необходима их мотивация, ибо сегодня эта работа непрестижна. Нужна и методическая поддержка школьных психологов, и централизованное методическое руководство их работой. Также нужна и коллективная профессиональная поддержка, супервизия - то, в чем они могут найти опору и стать менее зависимыми от административного давления. Нужна и координация их работы - в частности, с психиатрической службой.

## *2. Совместные инициативы образовательных учреждений и других структур*

а) Занятия для детей и подростков по практической психологии, конечно, потребуют больших затрат труда ведущих их психологов. Для того, чтобы помочь школе, помочь детям, в этой работе смогли бы специалисты, работающие в автономных психологических центрах (на аутсорсинговой основе), либо волонтеры. Пора бы вспомнить и про подростковые клубы, различные формы работы с подростками по месту жительства [12].

б) Нужны "школы" для родителей, краткий курс занятий, призванных помочь им повысить «родительскую компетентность», установить эмоциональный контакт с собственными детьми, а также достичь взаимопонимания с педагогами. Зачастую родители не умеют выполнять важнейшую функцию – давать своим детям эмоциональную поддержку (часто потому, что и сами были такой поддержки в детстве лишены). А многие срывают на детях свои негативные эмоции - так и возникает известный порочный "треугольник", в котором родитель – "преследователь", а ребенок обречен постоянно играть роль "жертвы". И постепенно аккумулирует желание найти на эту роль кого-то другого, за пределами семьи, самому стать "преследователем". При передаче от родителей к детям агрессия приумножается и меняет свое качество. Агрессия родителей в отношении детей – чаще всего не физическая, а словесная или косвенная. Агрессия же детей в отношении сверстников или других "замещающих объектов" реализуется в физической форме [16].

## *3) В информационном социальном пространстве*

а) Нужна массированная социальная реклама в СМИ, исходящая из общих принципов социальной психотерапии [9], направленная как на профилактику агрессивного поведения, так и повышение психологической культуры общества.

б) Нужен "безопасный интернет" для детей, с соответствующим контентом. И хотя он сегодня появляется (например, доменная зона "дети"), но юных пользователей еще нужно туда привлечь, использовать геймификацию, различные творческие конкурсы.

в) Целесообразно, чтобы к такой деятельности подключились мобильные операторы (они могли бы действительно широко продвинуть в массы общедоступную телефонную психологическую помощь) и ведущие интернет-ресурсы [16].

#### *Выводы*

Таким образом, рассматриваемая проблема роста подростковой агрессивности является закономерным следствием социально-психологических процессов, происходящих в российском обществе в последние годы. Решение этой проблемы требует системного подхода, с учетом как социальных, психологических, так и психосоматических детерминант агрессии подростков.

#### **Литература**

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. – СПб.: Изд. Психоневр. НИИ им. Бехтерева, 1996
  2. Евдокимова Д. Экспертиза покажет // «Новые Известия». - 06.02. 2014. Эл. ресурс. Режим доступа: <http://www.newizv.ru/accidents/2014-02-06/196667-ekspertiza-pokazhet.html>
  3. Лоренц К. Агрессия. - М.: "ПРОГРЕСС", 1994
  4. Лутченкова А. Школьник облил керосином и поджёг ровесника в Ленобласти // «Метро» Эл. ресурс. Режим доступа: <http://www.metronews.ru/novosti/shkol-nik-oblil-kerosinom-i-podzjog-rovesnika-v-lenoblasti/ТрoнсЕ---ТvVSnmtxjXCU/>
  5. Мишан Ю. Синдром дефицита внимания // Women Health. - август 2013 Эл. ресурс. Режим доступа: <http://www.whrussia.ru/zdorovye/kak-lechit/2637/>
  6. Налчаджян А. Агрессия человека- СПб.: Питер, 2007.
  7. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия. – М.: Класс, 2005.
  8. Сандомирский М. Е.. Ближайшие перспективы психотерапии: нейропсихотерапия, или нейрофизиологический подход в терапии // Психотерапия. Спец. Выпуск: Матер. Четв. Паназиатского Конгресса «Психотерапия и консультирование в эпоху перемен» 18-20 мая 2007. – С. 126-135
  9. Сандомирский М.Е. Социальная и социомедийная психотерапия // Психотерапия. – 2011. – №10. – Материалы Международного конгресса «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация» Москва 7-9 октября 2011 г. – С. 110-122
  10. Сандомирский М. Е. Социально-психологические аспекты массовой психотерапии и предотвращении социальных эпидемий среди молодежи // Социальный психолог. – 2012. – Вып 2(24) - С. 87-99
  11. Сандомирский М. Е. Интернет-индуцированный цифровой психоморфоз, инфантильность и социомедийная психотерапия // Психотерапия. Материалы Конгресса. Объединенный Евроазиатский конгресс по психотерапии. Выпуск №2. – 2013. – №8 (128) – С. 33-41
  12. Сандомирский М. Е. Школьный расстрел и трагедия общества. // «Эхо Москвы». – 2014 – Эл. ресурс. Режим доступа: <http://www.echo.msk.ru/blog/re3/1251342-echo/>
  13. Сандомирский М. Е. Во всем виноваты психологи? // «Эхо Москвы». – 2014. – Эл. ресурс. Режим доступа: <http://www.echo.msk.ru/blog/re3/1252226-echo/>
  14. Сандомирский М. Е. В таких трагедиях значительную роль играет душевное
-

нездоровье общества // ЦПА ТАСС. 02.02.2014. - Эл. ресурс. Режим доступа: <http://tass-analytics.com/opinions/1506>

15. Сандомирский М. Е. Не в силах убить себя сам // «Профиль» 17.02.2014. - Эл. ресурс. Режим доступа: <http://www.profile.ru/pryamayarech/item/79140-ne-v-silakh-ubit-sebya-sam>

16. Сандомирский М. Е. Агрессия подростков как социально-психологическая проблема: кто виноват и что делать? // «Открытая линия» - Апрель 2014

17. Сигида А. Россию погубит "поколение жесть" // «Утро.ру» 04.07.2012. Эл. ресурс. Режим доступа: <http://www.utro.ru/articles/2012/07/04/1056954.shtml>

18. Улитина Т. Нам не хватает доброты. // «Гудок» Вып. № 32 (25467) 26.02.2014 - С. 6 Эл. ресурс. Режим доступа: <http://www.gudok.ru/newspaper/?ID=1037214>

19. Юревич А. В., Юревич М. А. Динамика психологического состояния российского общества: экспертная оценка // Нравственность современного российского общества: психологический анализ / Отв. ред. А. Л. Журавлев, А. В. Юревич. – М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2012. – 413 с. – С. 21-41

20. Bandura A., Walters R.H. Adolescent Aggression. - N.Y., 1959.

21. Bandura A., Aggression: A Social Learning Analysis. - N.J.: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1973.

22. Ruesch J. The Infantile Personality: The Core Problem of Psychosomatic Medicine // Psychosom Med. - 1948. - May-June, Vol. X, № 3. - Pp. 134-144

### References

1. Ammon G. Dinamicheskaja psihiatrija. – SPb.: Izd. Psihonevr. NII im. Behtereva, 1996
2. Evdokimova D. Jekspertiza pokazhet // «Novye Izvestija». - 06.02. 2014. Jel. resurs. Rezhim dostupa: <http://www.newizv.ru/accidents/2014-02-06/196667-ekspertiza-pokazhet.html>
3. Lorenc K. Agressija. - M.: "PROGRESS", 1994.
4. Lutchenkova A. Shkol'nik oblil kerosinom i podzhjog rovesnika v Lenoblasti // «Metro» Jel. resurs. Rezhim dostupa: <http://www.metronews.ru/novosti/shkol-nik-oblil-kerosinom-i-podzhjog-rovesnika-v-lenoblasti/TponcE---TvVSnmtxjXCU/>
5. Mishan Ju. Sindrom deficita vnimanija // Women Health. - avgust 2013 Jel. resurs. Rezhim dostupa: <http://www.whrussia.ru/zdorovye/kak-lechit/2637/>
6. Nalchadzhjan A. Agressija cheloveka- SPb.: Piter, 2007.
7. Sandomirskij M.E. Psihosomatika i telesnaja psihoterapija. – M.: Klass, 2005.
8. Sandomirskij M.E. Blizhajshie perspektivy psihoterapii: nejropsihoterapija, ili nejrofiziologicheskij podhod v terapii // Psihoterapija. Spec. Vypusk: Mater. Chetv. Panaziatskogo Kongressa «Psihoterapija i konsul'tirovanie v jepohu peremen» 18-20 maja 2007. – S. 126-135
9. Sandomirskij M.E. Social'naja i sociomedijnaja psihoterapija // Psihoterapija. – 2011. - №10. – Materialy Mezhdunarodnogo kongressa «Integrativnye processy v psihoterapii i konsul'tirovanii. Psihoterapija zdorovyh. Mediacija» Moskva 7-9 oktjabrja 2011 g. – S. 110-122.
10. Sandomirskij M.E. Social'no-psihologicheskie aspekty massovoj psihoterapii i predotvrashhenii social'nyh jepidemij sredi molodezhi // Social'nyj psiholog. – 2012. – Vyp. 2(24) – S. 87-99.
11. Sandomirskij M.E. Internet-inducirovannyj cifrovoj psihomorfoz, infantil'nost' i

sociomedijnaja psihoterapija // Psihoterapija. Materialy Kongressa. Ob#edinennyj Evroaziatskij kongress po psihoterapii. Vypusk №2. - 2013. - №8 (128) - S. 33-41

12. Sandomirskij M. E. Shkol'nyj rasstrel i tragedija obshhestva. // «Jeho Moskvu». – 2014 - Jel. resurs. Rezhim dostupa: <http://www.echo.msk.ru/blog/re3/1251342-echo/>

13. Sandomirskij M. E. Vo vsem vinovaty psihologi? // «Jeho Moskvu». – 2014. - Jel. resurs. Rezhim dostupa: <http://www.echo.msk.ru/blog/re3/1252226-echo/>

14. Sandomirskij M. E. V takih tragedijah znachitel'nuju rol' igraet dushevnoe nezdorov'e obshhestva // CPA TASS. 02.02.2014. – El. resurs. Rezhim dostupa: <http://tass-analytics.com/opinions/1506>

15. Sandomirskij M. E. Ne v silah ubit' sebja sam //«Profil'» 17.02.2014. - Jel. resurs. Rezhim dostupa: <http://www.profile.ru/pryamayarech/item/79140-ne-v-silakh-ubit-sebja-sam>

16. Sandomirskij M. E. Agressija podrostkov kak social'no-psihologicheskaja problema: kto vinovat i chto delat'? // «Otkrytaja linija» - Aprel' 2014

17. Sigida A. Rossiju pogubit "pokolenie zhest'" // «Utro.ru» 04.07.2012. Jel. resurs. Rezhim dostupa: <http://www.utro.ru/articles/2012/07/04/1056954.shtml>

18. Ulitina T. Nam ne hvataet dobroty. // «Gudok» Vyp. № 32 (25467) 26.02.2014 - S. 6 Jel. resurs. Rezhim dostupa: <http://www.gudok.ru/newspaper/?ID=1037214>

19. Jurevich A. V., Jurevich M. A. Dinamika psihologicheskogo sostojanija rossijskogo obshhestva: jekspertnaja ocenka // Nравstvennost' sovremennogo rossijskogo obshhestva: psihologicheskij analiz / Otv. red. A. L. Zhuravlev, A. V. Jurevich. – M.: Izdatel'stvo «Institut psihologii RAN», 2012. – 413 s. – S. 21-41

20. Bandura A., Walters R.H. Adolescent Aggression. - N.Y., 1959.

21. Bandura A.. Aggression: A Social Learning Analysis. - N.J.: Prentice-Hall, Englewood Cliffts, 1973.

22. Ruesch J. The Infantile Personality: The Core Problem of Psychosomatic Medicine // Psychosom Med. - 1948. - May-June, Vol. X, № 3. - Rr. 134-144

Надійшла до редакції 15.05.2015

---



**Розділ: Гендерна психотерапія**

УДК 159.98-058.8:159.942.2

**ИСКАЖЕНИЯ ОБРАЗА ПАРТНЕРА ПРИ СИНДРОМЕ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ХОЛОДА» (на примерах из консультативной практики)****Терещенко Н. Н.**

У статті на прикладах з консультативної практики проаналізовані варіанти викривлення образу партнера і відповідні цим варіантам психокорекційні стратегії при синдромі «емоційного холоду». Психокорекційні стратегії у випадках викривлення образу партнера повинні бути спрямовані більшою мірою на структури синдрому «емоційного холоду», які забезпечують ці спотворення. Викривлення можуть бути пов'язані як з міжособистісної залежністю, так і з контрзалежністю, так і зі страхом психологічної інтимності та іншими феноменами. Найбільш характерним для викривлення образу партнера при синдромі «емоційного холоду» є втрата реальних, динамічних рис особистості партнера, що значно ускладнює можливість побудови задовільних, стабільних відносин психологічної інтимності.

Ключові слова: синдром «емоційного холоду», сімейне консультування, викривлення образу партнера.

The article on examples of counseling practices analyzed variants of the distortion of partner image corresponding to these options psychocorrectional strategy of the syndrome of "emotional coldness". Psychocorrectional strategy in cases of distortion of the image of the partner should be focused more on the structure of the syndrome of "emotional coldness" to ensure these distortions. Distortion may be associated with interpersonal dependency, and with contradiction and with the fear of psychological intimacy and other phenomena. The most characteristic distortion of the image of a partner in the syndrome of "emotional coldness" is the loss of the real, dynamic personality traits partner, which complicates the possibility of constructing satisfactory, stable relations of psychological intimacy.

Key words: syndrome of "emotional coldness", family counseling, distortion of the image of a partner.

В статье на примерах из консультативной практики проанализированы варианты искажения образа партнера и соответствующие этим вариантам психокоррекционные стратегии при синдроме «эмоционального холода». Психокоррекционные стратегии в случаях искажения образа партнера должны быть направлены в большей степени на структуры синдрома «эмоционального холода», обеспечивающие эти искажения. Искажения могут быть связаны как с межличностной зависимостью, так и с контрзависимостью, так и со страхом психологической интимности и другими феноменами. Наиболее характерным для искажения образа партнера при синдроме «эмоционального холода» является утрата реальных, динамических черт личности партнера, что значительно усложняет возможность построения удовлетворительных, стабильных отношений психологической интимности.

Ключевые слова: синдром «эмоционального холода», семейное консультирование, искажение образа партнера.

В современном обществе институт семьи утратил или значительно в меньшей степени стал осуществлять ряд традиционных эксклюзивных функций, среди которых экономическая, социальная, сексуальная, репродуктивная и др. [1, 2]. Тем не менее, несмотря на большую вариативность социально принимаемых форм совместного существования (гостевые и дистанционные браки, «свободные отношения» и т.п.) традиционная семья остается предпочтительной для большинства людей. На замену традиционным функциям семья все больше приобретает психотерапевтическую функцию, связанную с поддержкой, установлением эмоциональной близости, со-бытием супругов.

Исследователи говорят о появлении нового явления, который называется «интимный брак» [3]. Именно качество отношений, а не осуществление социальных и экономических функций, в интимном браке становятся основным фактором, объединяющих пару вместе. Способность устанавливать эмоционально близкие, интимные отношения являются необходимыми в современной семье. Жалобы на неудовлетворительные партнерские отношения становятся одним из наиболее частых при обращении за помощью к специалисту в семейном и добрачном консультировании.

Нами было введено понятие синдрома «эмоционального холода» [4] для того, чтобы объединить различные феномены межличностных отношений, которые препятствуют установлению отношений психологической интимности. Межличностная зависимость, контрзависимость, интимофобия, любовная аддикция, невротическая любовь – эти различные по форме девиации межличностных отношений, по содержанию являются сходными, так как для любого из описанных феноменов характерен «эмоциональный холод», дистанцированность от партнера. Эмпирические исследования демонстрируют, что такие противоположные по форме межличностная зависимость и контрзависимость на самом деле представляют собой различные полюса континуума «эмоционального холода». А яркие и бурные проявления чувств при невротической любви лишь маскируют страх перед подлинной близостью с партнером.

Ранее [5] нами было показано, что проявления синдрома «эмоционального холода» могут не осознаваться супругами, поэтому, связанные с ним проблемы, формулируются в формате жалоб на ревность, измены, проблемы с детьми и т.п. Ригидные семейные роли могут способствовать реализации синдрома «эмоционального холода» в супружеских отношениях и препятствовать психокоррекции этого синдрома. Люди с синдромом «эмоционального холода» склонны к выбору супруга с такими личностными особенностями, которые способствуют уходу от психологической близости.

Одной из важных проблем, осложняющих психологическую коррекцию партнерских отношений при синдроме эмоционального холода является искажение образа партнера. В литературе [6] описаны следующие варианты искажения образа партнера при синдроме «эмоционального холода», а именно «*драматизация*» образа партнера и партнерских отношений, которые наполняются страстями, драматическими переживаниями, экстравагантными поступками и событиями, «*сверхобобщение*», при котором все поступки партнера описываются как закономерные, предсказуемые, реализующие тот или иной

---

сценарий; «черно- белое» восприятие, при котором партнер воспринимается категорично и однозначно. Следует отметить, что в консультативной практике чаще всего встречается сочетание различных форм искажения образа партнера, однако одна из них в большинстве случаев является преобладающей.

Цель работы: проанализировать варианты искажения образа партнера и соответствующие этим вариантам психокоррекционные стратегии при синдроме «эмоционального холода».

Метод исследования: анализ случаев консультативной практики.

Люди с синдромом «эмоционального холода» склонны *драматизировать образ партнера*, приписывая ему и своим отношениям заостренные, сверхэмоциональные черты. При этом драматизация может иметь как позитивный смысл (сверхидеализация партнера), так и негативный (обесценивание, агрессивные чувства). Следует отметить, что наличие нормальной идеализации, способность выражать агрессию являются одними из важных факторов успешных партнерских отношениях [7]. Кроме того, идеализация отношений характерна для этапа влюбленности и является условием формирования любовных отношений и привязанности. В данном случае речь идет о выраженной драматизации отношений при синдроме «эмоционального холода», препятствующей установлению отношений психологической интимности.

Например, за консультацией обратился мужчина А., 39 лет, имеющий многолетние отношения в форме гостевого брака с женщиной О. на несколько лет старше его. Причиной его обращения было то, что, по его словам, женщина хотела прекратить отношения с ним в связи с бесперспективностью. А. хотел продолжать отношения, боялся остаться в одиночестве. В его описании О. выступала как идеальная партнерша, «чувствующая его на расстоянии», принимающая его таким, как он есть. Мужчина рассказывал о том, что она прощала ему измены, помогала в ситуациях финансовых затруднений, он мог «плакать у нее на коленях». А. говорил о том, что в их отношениях присутствует мистическое начало и если он ее потеряет то, больше никого и никогда не сможет полюбить.

Анализ данного случая в контексте синдрома «эмоционального холода» позволяет заключить, что А. имеет отношения межличностной зависимости, которые он выстраивает с женщиной материнского типа. Всепрощающая женщина О., безусловно принимающая все его недостатки, годами, живущая с ним в форме гостевого брака без обязательств с его стороны, с одной стороны идеализируется, а с другой стороны – построить отношения психологической близости с ней не удастся. Склонность к межличностной зависимости в данном случае сочетается со страхом психологической интимности, который не позволяет строить стабильные долгосрочные партнерские отношения. Маятникообразные отношения – симбиотическое слияние с О., которое сменяется уходом и сексуальными отношениями с другими женщинами, а затем возвращением и примерением с О., позволяли мужчине сохранить иллюзию собственной свободы и приглушить ощущение страха психологической близости. Драматизация образа О. служила для того, чтобы, с одной стороны, позволять А. «погружаться» в симбиотическую связь, а с, другой стороны, не видеть в О. реальную женщину, отдельную личность, имеющую свои желания, чувства, ожидания. Таким образом, драматизация в таком варианте обеспечивает полюс «Псевдочувства» синдрома «эмоционального холода», который предполагает наличие экстремальных форм любовных

переживаний, являющихся фасадными, скрывающими отсутствие реальной близости между партнерами.

Мишенью психокоррекционной помощи в данном случае является страх психологической интимности, который препятствует построению партнерских отношений «мужчина-женщина», ведущий к отношениям «мужчина-сын – женщина-мать».

«Сверхобобщение» в восприятии партнера при синдроме «эмоционального холода» способствует сохранению ригидного образа партнера, препятствующего построению отношений в режиме «здесь и сейчас». Как было указано выше, люди с синдромом «эмоционального холода» склонны к выбору супруга с такими личностными особенностями, которые способствуют уходу от психологической близости. Поэтому именно эти личностные особенности подчеркиваются, фокусируются, утверждается, что они являются основными, а проявления не соответствующие ригидному образу игнорируются, не замечаются.

Так, на прием обратилась женщина Е., 31 год, состоящая в браке 8 лет, с жалобами на неудовлетворительные отношения с мужем. По ее словам муж был холодным, эмоционально дистанцированным. Они редко проводили время вместе, выходные и отпуск она чаще всего проводила с подругами, с которыми у нее было больше общих интересов, чем с мужем. В процессе работы выяснилось, что выражение эмоций для нее также является проблематичным.

На одной из встреч Е. рассказала о том, что поссорилась с мужем из-за того, что в очередной выходной он сказал, что уходит с друзьями на рыбалку, не посоветовавшись с ней. По ее словам, она очень бурно выражала эмоции, плакала, говорила о том, что он игнорирует ее чувства, безразличен к ней. Муж ответил, что он не знал, что для нее это так важно, что не понимает в чем дело. Через некоторое время сказал, что он не поедет на рыбалку, потому что вспомнил, что ему нужно сделать важную работу. После этого предложил ей сходить на лыжную прогулку, на которой они много говорили о своих отношениях. В рассказе о прошедших выходных Е. была в большей степени сконцентрирована на начале истории, снова и снова возмущалась по поводу того, что муж, не посоветовавшись, собирался на рыбалку. Складывалось впечатление, что все последующие его действия, направленные на примирение и близость, были гораздо менее важными, чем игнорирование ее интересов в начале истории.

Таким образом, у Е. сформирован ригидный образ мужа, который на самом деле имеет сложности в коммуникации и в установлении отношений психологической интимности, при этом его потребности в эмоциональной близости и действия, направленные на ее установление, не допускаются в этот образ или интерпретируются как исключения или не настолько важные поступки. Такое «сверхобобщение» искажает образ партнера, затрудняет понимание Е. собственной роли в формировании неудовлетворительных семейных отношений. Также как и в случае с драматизацией сверхобобщение препятствует установлению партнерских отношений с реальной личностью. Все, что не укладывается в ригидный образ партнера, практически не имеет шанса быть воспринятым, имеющим оказать влияние на отношения.

Психокоррекционной мишенью в случае Е. является ее собственная контрзависимость (полюс «Холод» синдрома «эмоционального холода»), за которой, как оказалось, стоит ощущение обиды на мужчин, связанное с особенностями ее дочерне-отцовских отношений в

---

родительской семье.

«Черно-белое» восприятие, в котором партнер имеет четкие оценочные черты, чаще всего в формате «плохо-хорошо». При этом эти черты являются разрозненными, расщепленными, которые трудно совместить в одном человеке. Образ партнер не воспринимается как целостный, скорее как набор различных качеств хороших или плохих по отношению к человеку с синдромом «эмоционального холода». Это вызывает противоречивые чувства по отношению к партнеру, которые одновременно притягивает и отталкивает.

Например, за психологической помощью обратилась Н. 23 лет, для которой было сложно принять решение о вступлении в брак с молодым человеком, с которым она встречалась около 2 лет. Пара часто ссорилась, потом мирилась. У Н. было много обид и претензий к своему молодому человеку, который, с ее слов, вел себя часто «по-свински», мог нагрубить, был безответственным. На вопрос, почему Н. сохраняет эти отношения, девушка ответила, что иногда ее молодой человек бывает совсем другим: заботливым, внимательным, любящим. Когда Н. рассказывала о своем парне, могло сложиться впечатление, что она говорит о двух разных людях, настолько позитивно она оценивала один образ и негативно – другой. О причинах таких кардинальных перемен в поведении своего партнера Н. не могла ничего сказать, считала, что все зависит от его настроения или от каких-то других не связанных с их отношениями событий. О своем поведении она говорила, как о реактивном, в связи с его поступками. То есть злилась она, когда он ее злил, проявляла заботу, когда он был нежен с ней. Е. было сложно принять решение о вступлении в брак со своим молодым человеком, а он настаивал на браке и просил принять решение как можно скорее.

В данном случае синдром «эмоционального холода» у Е. проявляется как невозможность принять и проявить собственные чувства, ее межличностная зависимость выражается в форме того, что партнер воспринимается ею эгоцентрично, то есть с точки зрения того, как он относится к ней. Поэтому все его поступки оцениваются только в контексте его отношения к ней «плохо» или «хорошо». Отметим, что в специальных эмпирических исследованиях [8] было показано, что для девушек с межличностной зависимостью характерным является преобладание эгоцентричных черт в образе брачного партнера (заботливый, любящий, помогающий, верный), в ущерб социальным (социальный статус, профессия, материальное обеспечение и т.п.) и личностным (связанным с его характером, личностными ценностями и т.п.) характеристикам. В то время, как девушки, не склонные к отношениям межличностной зависимости, при оценке партнера в большей степени опираются на его личностные и социальные характеристики

Психокоррекционной мишенью в этом случае является незрелая эмоциональная сфера девушки. Психокоррекция должна быть направлена на ее собственные чувства и переживания, которые должны стать определяющими в формировании отношения к партнеру. Можно сказать, что необходимо сменить внешний локус контроля на внутренний.

Таким образом, было показано, что описанные в результате эмпирических исследований, типам искажения образа партнера при синдроме «эмоционального холода» подтверждаются случаи в консультативной практике. Психокоррекционные стратегии в случаях искажения образа партнера должны быть направлены в большей степени на структуры синдрома «эмоционального холода», обеспечивающие эти искажения. Искажения

могут быть связаны как с межличностной зависимостью, так и с контрзависимостью, так и со страхом психологической интимности и другими феноменами. Наиболее характерным для искажения образа партнера при синдроме «эмоционального холода» является утрата реальных, динамических черт личности партнера, что значительно усложняет возможность построения удовлетворительных, стабильных отношений психологической интимности.

### Литература

1. Голод С.И. Социолого-демографический анализ состояния и эволюции семьи // Социол. исслед. - 2008. - № 1. - С. 40-49.
2. Андреева Т. В. Психология современной семьи. Монография. / Татьяна Владимировна Андреева – СПб.: Речь, 2005. – 436 с.
3. Пейдж С. Близость /Пейдж С. // Психология и психоанализ любви. Учебное пособие для факультетов психологии, педагогики и социальной работы. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ – М». 2007. – С. 486 – 520.
4. Синдром «эмоционального холода» в межличностных отношениях: аддиктивный контекст [Кочарян А.С., Терещенко Н.Н., Асланян Т.С., Гуртовая И. В.] // Вісник Харківського університету. Сер. Психологія. – Х.: Вид-во ХНУ, 2007. - №771. – с. 115-119.
5. Терещенко Н.Н. Особенности синдрома «эмоционального холода» в супружеских отношениях (на примерах из консультативной практики)/Н.Н. Терещенко// Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: психологія. Харків: ХНУ.– 2015. - Вип.58, №1. – С. 107-111.
6. Асланян Т. С. Структурні та функціональні характеристики симптомокомплексу «емоційного холоду» у жінок/Асланян Тетяна Сергіївна. – Дис. ...канд. психол. наук: 19.00.01 – Харків, 2010. – 201 с.
7. Кернберг О. Ф. Отношения любви: норма и патология / Кернберг О. Ф. //Пер. с англ. М. Н. Георгиевой. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. – 256 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 76).
8. Літвінова В. Я. Особливості психосемантичної структури уявлень про шлюбного партнера у дівчат, схильних до міжособистісної співзалежності/ Літвінова Вероніка Яківна. – Дис. ...канд. психол. наук: 19.00.01 – Харків, 2013. – 199 с.

#### Literatura:

1. Golod S.I. Sotsiologo-demograficheskiy analiz sostoyaniya i evolyutsii semi // Sotsiol. issled. – 2008. - # 1. - S. 40-49.
2. Andreeva T. V. Psihologiya sovremennoy semi. Monografiya./Tatyana Vladimirovna Andreeva – SPb.: Rech, 2005. – 436 s.
3. Peydzh S. Blizost /Peydzh S. // Psihologiya i psihoanaliz lyubvi. Uchebnoe posobie dlya fakultetov psihologii, pedagogiki i sotsialnoy raboty. – Samara: Izdatelskiy Dom «BAHRAH - M». 2007. – S. 486 – 520.
4. Sindrom «emotsionalnogo holoda» v mezhlichnostnyih otnosheniyah: addiktivniy kontekst [Kocharyan A. S., Tereschenko N. N., Aslanyan T. S., Gurtovaya I. V.] // Visnyk Harkivskogo universytetu. Ser. Psihologiya. – H.: Vid-vo HNU, 2007. – №771. – S. 115-119.
5. Tereschenko N. N. Osobennosti sindroma «emotsionalnogo holoda» v supruzheskih otnosheniyah (na primerah iz konsultativnoy praktiki)/N.N. Tereschenko // Visnyk Harkivskogo

natsionalnogo universitetu Imeni V. N. KarazIna. Seriya: psihologija. Harkiv: HNU.– 2015. - Vyp.58. – №1. – S. 107-111.

6. Aslanyan T. S. StrukturnI ta funktsIonalnI harakteristiki simptomokompleksu «emotsIynogo holodu» u zhInok/Aslanyan Tetyana SergIYivna. – Dis. ...kand. psihol. nauk: 19.00.01 – Harkiv, 2010. – 201 s.

7. Kernberg O. F. Otnosheniya lyubvi: norma i patologiya / Kernberg O. F. //Per. s angl. M. N. Georgievoy. – M.: Nezavisimaya firma “Klass”, 2000. – 256 s. – (Biblioteka psihologii i psihoterapii, vyip. 76).

8. Litvinova V. Ya. Osoblyvosti psihosemantichnoji struktury uyavlen pro shlyubnogo partnera u divchat, shilnih do mizhosobistisnoji spivzalezhnosti/ Litvinova Veronika Yakivna. – Dis. ...kand. psihol. nauk: 19.00.01 – Harkiv, 2013. – 199 s.

Надійшла до редакції 10.08.2015

---

**Розділ: Медична психологія: теоретичні та прикладні питання**

УДК 159.196:616.89:614.253:001.8

**ПРОБЛЕМА КОМПЛАЙЄНСУ ПАЦІЄНТІВ В СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ****Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О.**

У статті розкрито зміст феномена комплайєнсу пацієнтів, запропоновано його структурно-функціональну модель, що ґрунтується на основних положеннях психологічної теорії діяльності та теорії функціональних систем. Визначено основні умови та закономірності формування комплайєнсу, а також його етапи (початковий, основний та заключний). Встановлено, що кожний з етапів становлення комплайєнсу характеризується специфічними умовами, що відіграють ключову роль для його розвитку саме на цьому етапі.

**Ключові слова:** комплайєнс, психічні розлади, неврологічні розлади, лікувально-реабілітаційний процес, структурно-функціональна модель

The article reveals the content of the phenomenon of compliance of patients, suggested his structural-functional model based on the basic provisions of the psychological theory of activity and the theory of functional systems. The basic conditions and laws of formation of compliance, as well as its stages (initial, basic and final). It was found that each of the stages of the establishment of compliance is characterized by specific conditions, which play a key role in its development at this stage.

**Key words:** compliance, psychiatric disorders, neurological disorders, treatment and rehabilitation process, structural-functional model

В статье раскрыто содержание феномена комплайенса пациентов, предложено его структурно-функциональную модель, основанную на основных положениях психологической теории деятельности и теории функциональных систем. Определены основные условия и закономерности формирования комплайенса, а также его этапы (начальный, основной и заключительный). Установлено, что каждый из этапов становления комплайенса характеризуется специфическими условиями, которые играют ключевую роль для его развития именно на этом этапе.

**Ключевые слова:** комплайєнс, психические расстройства, неврологические расстройства, лечебно-реабилитационный процесс, структурно-функциональная модель

Проблема дотримання хворими призначеного лікування існувала протягом всієї історії медицини, однак лише в останнє десятиліття вона стала предметом самостійних досліджень, в ході яких було запропоновано англomовний термін «комплаєнс» («compliance» – згода, поступливість, пристосування). Аналіз сучасного стану проблеми комплайєнсу дозволяє констатувати, що на сьогодні відзначається домінування певного «екстенсивного» підходу до вивчення цього конструкту, коли має місце накопичення значної кількості емпіричного матеріалу стосовно його рівня у тих чи інших груп хворих та



різноманітних чинників, що його зумовлюють [2, 3, 5, 13–16]. Разом з тим практично відсутні дослідження, спрямовані на вивчення змістовних характеристик комплайенсу як складного психологічного феномену, які б розкривали механізми та закономірності його формування та функціонування, що необхідно для прогнозування та корекції терапевтичної поведінки хворих.

Метою дослідження було визначити та здійснити психологічний аналіз основних умов та закономірностей формування комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади і на цій основі розробити його структурно-функціональну модель.

Було обстежено 123 особи, з них 63 (51,3 %) чоловіка, 60 (48,7 %) жінок у віці від 18 до 67 років (середній вік  $42,6 \pm 14,2$  роки). 58 хворих на неврологічні розлади (НР), а саме судинні захворювання головного мозку (СЗГМ). 65 хворих на психічні розлади (ПР): з діагнозом «Шизофренія» – 29 осіб (44,7 %), «Рекурентний депресивний розлад легкого ступеня» – 27 осіб (41,5 %), «Біполярний афективний розлад. Поточний депресивний епізод» – 9 осіб (13,8 %).

В дослідженні використовувались методи теоретичного аналізу та моделювання, спостереження, психодіагностичний і математико-статистичний. Для оцінки комплайенсу хворих застосовувались «Методика діагностики рівня комплайентності» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2014) та «Методика діагностики типу комплайенсу хворих» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2014). Для діагностики різних психологічних аспектів лікувального процесу використовувались методика для оцінки терапевтичного середовища медичного закладу «Тип терапевтичного середовища» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, 2009), «Методика діагностики типу терапевтичного альянсу у пацієнтів» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2014), «Методика оцінки довіри/недовіри в системі відносин «лікар-пацієнт» (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2012) та «Методика діагностики рівня інституціональної довіри в медицині» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2014). Математико-статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей (за критерієм ф-Фішера та U-Манна-Уїтні) та кореляційного аналізу. Обчислювання отриманих даних проводилось за допомогою пакету програм SPSS 15.0 for Windows.

Ми розглядаємо комплайенс як складний поведінковий симптомокомплекс пацієнта, що формується на основі його індивідуальних характеристик (особистісних якостей, мотивацій, установок, рольових позицій, переконань, емоційних реакцій), визначається особливостями захворювання та умовами лікувально-реабілітаційного процесу і спрямований на виконання лікарських рекомендацій. Комплайенс включає систему оцінок, установок, переконань (установчо-оціночний компонент), емоційних реакцій (емоційний компонент), мотивацій (мотиваційний компонент) та дій (поведінковий компонент) пацієнта [11, 12].

Феномен комплайенсу може бути розглянуто у двох площинах – з позиції його рівня та типологічних особливостей. Рівень комплайенсу є динамічною характеристикою, що відображає реалізовану в поведінці згоду на лікування, готовність до терапевтичної співпраці та участі у довготривалих лікувально-реабілітаційних програмах. Тип комплайенсу відображає індивідуальні особливості системи оцінок, установок, переконань, мотивацій і

дій пацієнта щодо лікувально-реабілітаційних заходів [12].

В результаті проведених досліджень було виділено три рівні комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади: високий, середній та низький. Показано, що у 29,3 % пацієнтів має місце високий рівень комплайенсу, у 39,0 % – помірний, у 31,7 % – низький. У хворих на неврологічні розлади переважає високий рівень комплайенсу (44,8 %); у 34,5 % з них має місце помірний рівень, у 20,7 % – низький. У 43,1 % пацієнтів з психічними розладами відзначається помірний рівень комплайенсу, у 41,5 % – низький, у 15,4 % – високий. Також визначено 8 основних типів комплайенсу пацієнтів: конструктивний (найбільш оптимальний) (8,1 %), формальний (18,8 %), пасивний (12,2 %), симбіотичний (8,1 %), нестабільний (6,5 %), негативістичний (11,4 %), дефіцитарний (8,1 %) та змішаний (26,8 %). Показано, що у 34,5 % пацієнтів з неврологічними захворюваннями має місце змішаний тип комплайенсу, у 22,4 % – формальний, у 17,2 % симбіотичний, у 10,3 % – конструктивний, у 6,9 % – пасивний, у 5,3 % – негативістичний, у 3,4 % – нестабільний. У 20,0% хворих на психічні розлади відзначається змішаний тип комплайенсу, у 16,9 % – негативістичний, у 16,9 % – пасивний, у 15,4 % – дефіцитарний, у 15,4 % – формальний та у 9,2 % – нестабільний тип.

В процесі досліджень було встановлено складну взаємодію преморбідних індивідуально-особистісних характеристик пацієнтів; їх мотивації лікування та одужання; внутрішньої картини хвороби; довіри до лікаря та медицини в цілому; терапевтичного альянсу з лікарем; особливостей репрезентації терапевтичного середовища медичного закладу; суб'єктивної оцінки ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, які функціонують на підґрунті об'єктивних характеристик терапевтичного середовища медичного закладу, лікувально-реабілітаційного процесу та мікросоціального оточення хворого і утворюють основні інтрапсихічні механізми формування та регуляції комплайенсу.

Також було визначено основні умови формування комплайенсу пацієнтів (табл.). До об'єктивних умов належать середовищні та індивідуальні. Основними середовищними умовами є: об'єктивні характеристики терапевтичного середовища медичного закладу; специфіка лікувально-реабілітаційного процесу; об'єктивна ефективність лікувально-реабілітаційних заходів; характеристики мікросоціального оточення хворого. До об'єктивних індивідуальних умов належать клінічні (нозологічна належність хворого; особливості перебігу захворювання, його тяжкість і тривалість; кількість госпіталізацій) та соціально-демографічні (вік; гендерна належність; рівень освіти; соціально-економічні особливості) характеристики пацієнтів. Суб'єктивними умовами є основні психологічні особливості хворих та психологічні складові лікувально-реабілітаційного процесу.

В процесі становлення та функціонування комплайенсу виділено три етапи: початковий (початок формування основних компонентів комплайенсу), основний (остаточне формування рівня та типу комплайенсу) та заключний (при гострих захворюваннях в ситуації одужання пацієнта та відсутності потреби у подальшому лікуванні цей етап співпадає із завершенням процесу лікування; в разі наявності хронічних захворювань, які потребують довготривалого лікування, іноді протягом життя, цей етап комплайенсу практично відсутній і представляє собою пролонгацію основного етапу). Кожний з цих етапів характеризується специфічними

---

умовами, що відіграють ключову роль для розвитку комплайенсу саме на цьому етапі. На початковому етапі найбільше значення мають такі характеристики, як мотивація лікування та одужання; міжособистісна довіра до лікаря; інституціональна довіра до медицини в цілому; а також особливості терапевтичного альянсу.

Таблиця

Умови, етапи та закономірності формування комплайенсу хворих

Передумови формування комплайенсу	Етап становлення комплайенсу	Суб'єктивні умови формування комплайенсу	Об'єктивні умови формування комплайенсу
<ul style="list-style-type: none"> <li>- преморбідні особистісні характеристики (характерологічні особливості; специфіка копінг-стратегій; мотиваційної та ціннісно-сислової сфери особистості);</li> <li>- специфіка установок та атитюдів щодо медицини;</li> <li>- особливості знань та переконань щодо методів лікування.</li> </ul>	Початковий	<ul style="list-style-type: none"> <li>- мотивація лікування та одужання;</li> <li>- міжособистісна довіра до лікаря;</li> <li>- інституціональна довіра до медицини;</li> <li>- особливості ТА.</li> </ul>	<p>Середовищні умови:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- об'єктивні характеристики ТС медичного закладу;</li> <li>- специфіка лікувально-реабілітаційного процесу;</li> <li>- об'єктивна ефективність лікувально-реабілітаційних заходів;</li> <li>- характеристики мікросоціального оточення хворого.</li> </ul> <p>Клінічні умови:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- нозологічна належність хворого;</li> <li>- особливості перебігу захворювання, його тяжкість і тривалість;</li> <li>- кількість госпіталізацій.</li> </ul> <p>Соціально-демографічні умови:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вік хворих;</li> <li>- гендерна належність;</li> <li>- рівень освіти;</li> <li>- соціально-економічні особливості.</li> </ul>
	Основний	<ul style="list-style-type: none"> <li>- суб'єктивна оцінка ефективності лікування;</li> <li>- мотивація лікування та одужання;</li> <li>- особливості внутрішньої картини хвороби;</li> <li>- готовність до зміни стилю життя;</li> <li>- усвідомлення перспективи одужання;</li> <li>- міжособистісна довіра до лікаря;</li> <li>- особливості ТА.</li> </ul>	
	Заключний	<ul style="list-style-type: none"> <li>- суб'єктивна оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.</li> </ul>	

На основному етапі найбільш вагомими умовами виступають: суб'єктивна оцінка ефективності лікування; мотивація лікування та одужання; особливості внутрішньої картини

хвороби; готовність до зміни стилю життя; усвідомлення перспективи одужання; міжособистісна довіра до лікаря та особливості терапевтичного альянсу в цілому. На заключному етапі найбільш значущою умовою формування комплайенсу є суб'єктивна оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

Слід зазначити, що власне комплайенс значною мірою залежить від кожної конкретної ситуації взаємодії, в рамках якої він реалізується. Разом з тим, за межами конкретних обставин знаходиться система установок, оцінок, переконань особистості щодо подібних ситуацій та сталих способів реагування на них, які утворюють певну базу для подальшої реалізації тієї чи іншої форми поведінки. В свою чергу, досвід, отриманий в кожній ситуації певною мірою впливає на систему установок, оцінок та переконань особистості, що сприяє її трансформації. Все це утворює певні передумови формування комплайенсу.

На підставі теоретичного аналізу існуючих уявлень щодо сутності феномену комплайенсу, чинників його формування та функціонування і результатів власних досліджень [8 – 12] нами за допомогою методу моделювання розроблено структурно-функціональну модель комплайенсу хворих. Методологічне підґрунтя для створення цієї моделі склали психологічна теорія діяльності А. Н. Леонтьєва [4], теорія функціональних систем П. К. Анохіна [1] та концепція психологічної системи діяльності В. Д. Шадрікова [7].

Аналізуючи поняття комплайенс у категоріях теорії діяльності, можна сказати, що за різних умов і на різних етапах свого становлення він може набувати статусу дії, операції, або навіть окремої діяльності. Частіше за все комплайенс представляється у вигляді дії, що має свою конкретну ціль (виконання призначень лікаря) та забезпечує реалізацію діяльності пацієнта, спрямовану на відновлення здоров'я. За умов сприятливого перебігу захворювання та усвідомлення реальних перспектив одужання (при гострій патології), мотив відновлення здоров'я поступово перестає бути домінуючим в мотиваційній структурі особистості, набуває статусу допоміжного (проміжної цілі) в рамках інших значущих діяльностей людини. В такому випадку комплайенс представляється як сукупність операцій. За умов, коли ціль виконувати лікарські призначення набуває власної спонукальної та смислоутворюючої сили (стає мотивом), комплайенс набуває статусу окремої діяльності.

Переходячи до розгляду моделі комплайенсу, необхідно зазначити, що він виникає, розвивається та функціонує в рамках специфічного виду діяльності людини, а саме – діяльності, що спрямована на відновлення здоров'я. Відповідно, провідним мотивом цієї діяльності, що усвідомлюючись, набуває статусу загальної цілі, є одужання (або максимально можливе відновлення здоров'я). Безумовно, здоров'я є надзвичайно високою цінністю, адже безпосередньо пов'язане з якістю та тривалістю життя людини. Разом з тим, за своїм змістом ця цінність певною мірою є відносною у тому сенсі, що слугує умовою для реалізації інших життєвих цілей та цінностей. За визначенням ВООЗ, «здоров'я являє собою такий стан людини, що по-перше, характеризується відсутністю хвороби, а по-друге, повним фізичним, психічним та соціальним благополуччям» [6, с. 22]. Хвороба розглядається як «небажані збої та пагубні за своїми наслідками зміни у різних системах людини, що порушують нормальне функціонування та знижують якість та тривалість життя» [6, с. 27]. Таке визначення здоров'я через відсутність хвороби, на наш погляд, наглядно демонструє особливості сприйняття цього явища і наділення його особистісним смислом. Дійсно, за

---

умов нормального функціонування, цінність здоров'я для людини є досить абстрактною, її суб'єктивна значущість залишається потенціальною. За умов же порушення здоров'я, виникає і усвідомлюється потреба у його відновленні, мотив одужання набуває своєї спонукальної сили. В цьому контексті значущість здоров'я визначається «масштабом» впливу хвороби на ключові сфери життя людини.

Отже, структурно-функціональна модель комплайєнсу побудована на базі основних положень психологічної теорії діяльності та теорії функціональних систем і містить 7 основних блоків (рис.).

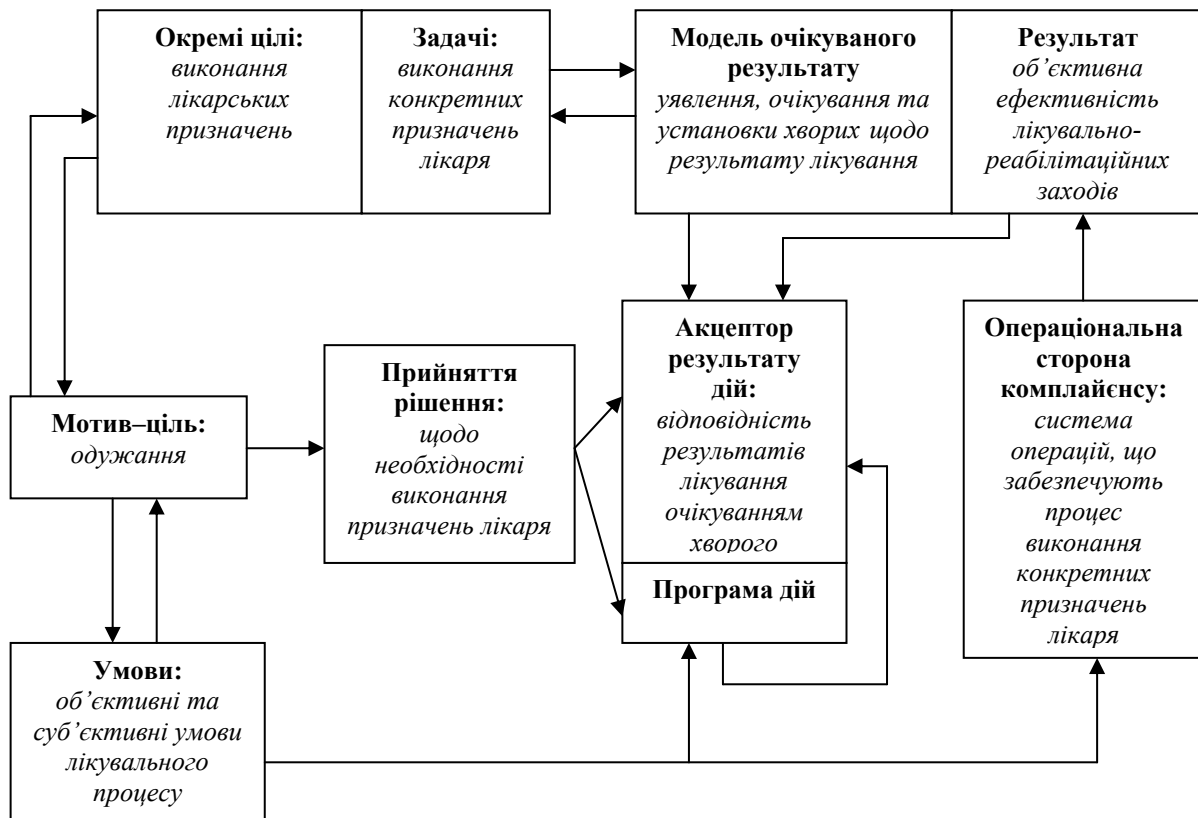


Рисунок. Структурно-функціональна модель комплайєнсу пацієнтів

1. *Мотиваційний блок* включає мотив діяльності – одужання, її окремі цілі та задачі – виконання конкретних призначень лікаря.
2. *Блок прийняття рішень* щодо необхідності дотримання лікувально-реабілітаційної програми.
3. *Блок моделі очікуваного результату* включає уявлення, очікування та установки хворих щодо результату лікування.
4. *Блок програми дій* містить сукупність рішень хворого щодо процесу виконання лікарських призначень і лікування взагалі та образ послідовності дій, спрямованих на їх реалізацію.
5. *Операціональний блок* включає систему операцій, які забезпечують процес виконання лікарських призначень.
6. *Блок контролю* містить акцептор результату дій, що забезпечує процес відпрацювання основних параметрів необхідного результату лікування та визначення відповідності реальних результатів очікуванням хворого.

7. Блок об'єктивних та суб'єктивних умов і чинників лікувального процесу, до яких належать: об'єктивні характеристики терапевтичного середовища медичного закладу; специфіка лікувально-реабілітаційного процесу; об'єктивна ефективність лікувальних заходів; характеристики мікросоціального оточення хворого; клінічні та соціально-демографічні характеристики пацієнта; основні психологічні особливості хворого та психологічні складові лікувально-реабілітаційного процесу.

Визначені блоки тісно пов'язані між собою, вони виникають одночасно на початкових етапах формування комплайенсу, є неадитивними, розвиваються нерівномірно та гетерохронно.

Таким чином, отримані результати мають суттєве значення для подальшого розвитку наукових уявлень щодо феномену комплайенсу, а також можуть скласти підґрунтя для розробки методів його оптимізації у різних груп пацієнтів.

### Література

1. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / П. К. Анохин. – М.: Медицина, 1975. – 225 с.
  2. Гуревич К. Г. Комплаенс больных, получающих гипополипидемическую терапию / К. Г. Гуревич, Ю. В. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2004. – № 1. – С. 67-72.
  3. Данилов Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 13–20.
  4. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
  5. Лутова Н. Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика / Н. Б. Лутова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 59–64.
  6. Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / под ред. А. Л. Журавлева, М. И. Володиной, Т. В. Галкиной. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014. – 318 с.
  7. Шадриков В. Д. Психология деятельности человека / В. Д. Шадриков. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. – 464 с.
  8. Шестопалова Л. Ф. Особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью / Л. Ф. Шестопалова // Аддикция в современном научном пространстве: Междунар. научн.–практ. конф. – Курск, 2012. – С.152–156.
  9. Шестопалова Л. Ф. Комплаенс больных с алкогольной зависимостью: монография / Л. Ф. Шестопалова, Н. Н. Лесная. – Х.: ХНУ имени В. Н. Каразина, 2012. – 156 с.
  10. Шестопалова, Л. Ф. Доверие в отношениях врача и пациента // Л. Ф. Шестопалова, О. О. Бородавко. – Х. : ХНУ имени В. Н. Каразина, 2014. – 132 с.
  11. Шестопалова Л. Ф. Уровневые и типологические особенности комплаенса больных с психическими и неврологическими расстройствами / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Вісник Харківського національного університету
-

ім. В. Н. Каразіна, Сер. «Психологія». – 2014. – Випуск 55, № 1110. – С. 130–135.

12. Шестопалова Л. Ф. Умови і закономірності формування комплайєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади (психологічний аналіз) / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10, № 1 (37). – С. 3–7.

13. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia / A. Bellack // Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia. – 2001. – Vol. 3, № 2. – P. 136–137.

14. Chaplin R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 347–349.

15. Chaplin R. Negotiating styles adopted by consultant psychiatrists when prescribing antipsychotics / R. Chaplin, P. Lelliott, A. Quirk et al // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 43–50.

16. Misdrahi, D. Compliance in schizophrenia: predictive factors, considerations and implications / D. Misdrahi // Encephale. – 2002. – Vol. 28. – P. 266–272.

### References

1. Anohin P. K. Oчерki po fiziologii funkcional'nyh sistem / P. K. Anohin. – М.: Medicina, 1975. – 225 s.

2. Gurevich K. G. Komplajens bol'nyh, poluchajushhих gipolipidemicheskiju terapiju / K. G. Gurevich, Ju. V. Belousov // Kachestvennaja klinicheskaja praktika. – 2004. – № 1. – S. 67–72.

3. Danilov D. S. Komplajens v medicine i metody ego optimizacii (klinicheskie, psihologicheskie i psihoterapevticheskie aspekty) / D. S. Danilov // Psihijatrija i psihofarmakoterapija. – 2008. – Т. 10, № 1. – S. 13–20.

4. Leont'ev A. N. Dejatel'nost'. Soznanie. Lichnost' / A. N. Leont'ev – М.: Politizdat, 1975. – 304 s.

5. Lutova N. B. Komplajens i psihopatologicheskaja simptomatika / N. B. Lutova // Obozrenie psihijatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Behtereva. – 2012. – № 3. – S. 59–64.

6. Psihologicheskoe zdorov'e lichnosti i duhovno-nravstvennyye problemy sovremennogo rossijskogo obshhestva / pod red. A. L. Zhuravleva, M. I. Volovikovej, T. V. Galkinoj. – М.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2014. – 318 s.

7. Shadrikov V. D. Psihologija dejatel'nosti cheloveka / V. D. Shadrikov. – М.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2013. – 464 s.

8. Shestopalova L. F. Osobennosti komplajensa bol'nyh s alkohol'noj zavisimost'ju / L. F. Shestopalova // Addikcija v sovremennom nauchnom prostranstve: Mezhdunar. nauchn.–prakt. konf. – Kursk, 2012. – S.152–156.

9. Shestopalova L. F. Komplajens bol'nyh s alkohol'noj zavisimost'ju: monografija / L. F. Shestopalova, N. N. Lesnaja. – H.: HNU imeni V. N. Karazina, 2012. – 156 s.

10. Shestopalova L. F. Doverie v otnoshenijah vracha i pacienta // L. F. Shestopalova, O. O. Borodavko. – H.: HNU imeni V. N. Karazina, 2014. – 132 s.

11. Shestopalova L. F. Urovnevye i tipologicheskie osobennosti komplajensa bol'nyh s psihicheskimi i nevrogicheskimi rasstrojstvami / L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O. Borodavko // Visnyk Harkivs'kogo nacional'nogo universitetu im. V. N. Karazina, Ser.

«Psihologija». – 2014. – Vypusk 55, № 1110. – S. 130–135.

12. Shestopalova L. F. Umovy i zakonmirnosti formuvannja komplajensu hvoryh na nevrologichni ta psihichni rozlady (psihologichnij analiz) / L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O. Borodavko // Medicinskaja psihologija. – 2015. – T. 10, № 1 (37). – S. 3–7.

13. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia / A. Bellack // Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia. – 2001. – Vol. 3, № 2. – P. 136–137.

14. Chaplin R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 347–349.

15. Chaplin R. Negotiating styles adopted by consultant psychiatrists when prescribing antipsychotics / R. Chaplin, P. Lelliott, A. Quirk et al // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 43–50.

16. Misdrahi, D. Compliance in schizophrenia: predictive factors, considerations and implications / D. Misdrahi // Encephale. – 2002. – Vol. 28. – P. 266–272.

Надійшла до редакції 20.10.2015

---



УДК 616.89:616.6:159.922.7/.8(075.8):613.953.13

**ДО ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ СИСТЕМИ  
«МАТИ – ДИТИНА» ЗА РІЗНИХ УМОВ ВИГОДОВУВАННЯ НЕМОВЛЯТИ****Маркова М. В., Кришталь Є. В., Лобойко Л. І.**

На основі комплексного обстеження протягом року після вдалих неускладнених пологів 154 жінок та їхніх дітей, доведено, що тип вигодовування дитини не є ключовим чинником формування взаємовідносин у системі «мати – дитина» на відміну від психологічного благополуччя, рівня готовності до материнства, усвідомлення батьківства, сімейних взаємин.

Ідентифіковані психоемоційні, індивідуально-психологічні та психосоціальні чинники деформації взаємодії «мати – дитина». Науково обґрунтована, розроблена і впроваджена система медико-психологічного супроводу, спрямована на оптимізацію взаємодії в материнсько-дитячій діаді, яка складається з п'яти стадій та має на меті: а) редукцію післяпологових психопатологічних симптомів, нормалізацію психоемоційної сфери матерів; б) пошук і активізацію їх індивідуальних, діадних і сімейних ресурсів; в) розвиток індивідуальних та подружніх адаптивних стратегій вирішення проблем; г) підвищення материнської, діадної та сімейної психологічної компетентності. Загальним принципом розробленої системи є її інтегративність, а базовими засобами – групова, когнітивно-поведінкова, персоналістична, сімейна та когнітивно орієнтована психотерапія, допоміжними – естетотерапія (бібліо-, музико-, арттерапія) та техніки релаксації. Впровадження зазначеного медико-психологічного супроводу дозволило досягнути редукції психопатологічної симптоматики у більшості матерів, підвищити рівень усвідомленості батьківства та покращити рівень психомоторного розвитку дітей ( $p \leq 0,05$ ).

*Ключові слова:* медико-психологічний супровід, материнсько-дитяча взаємодія, тип вигодовування.

Based on a comprehensive examination within one year after successful uncomplicated births 154 women and their children, it is proved that the type of feeding is not the key factor in the formation of relationships in the «mother – child» as opposed to psychological well-being and readiness for motherhood, parenting awareness, family relationships.

Identified psycho-emotional, individual psychological and psychosocial factors interact strain «mother – child». Evidence-based, designed and implemented a system of medical and psychological support aimed at optimizing the interaction in the mother-child dyad, which consists of five stages and aims at: a) reduction of postpartum psychopathological symptoms, normalization of maternal psycho-emotional sphere, b) search for and activation of individual, dyadic and family resources, and c) the development of individual and marital adaptation strategies for solving problems, and d) improve maternal, dyadic and family psychological competence. The general principle of the developed system is its integrative and basic facilities - group, cognitive-behavioral, personal, family and cognitively oriented psychotherapy, support – esthetotherapy (libraries, music-, art-therapy), and relaxation techniques. Implementation of this medical and psychological support possible to achieve reduction of psychopathological symptoms of women, raise awareness of

parenting and improve the level of psychomotor development of children ( $p \leq 0,05$ ).

*Keywords:* medical and psychological support, the system «mother – child», a type of infant feeding.

На основе комплексного обследования в течение года после удачных неосложненных родов 154 женщин и их детей, доказано, что тип вскармливания ребенка не является ключевым фактором формирования взаимоотношений в системе «мать - ребенок», в отличие от психологического благополучия, готовности к материнству, осознания родительства и состояния семейных взаимоотношений.

Идентифицированы психоэмоциональные, индивидуально-психологические и психосоциальные факторы деформации взаимодействия «мать - ребенок». Научно обоснована, разработана и внедрена система медико-психологического сопровождения, направленная на оптимизацию взаимодействия в материнско-детской диаде, состоящая из пяти стадий: а) редукции послеродовых психопатологических симптомов, нормализации психоэмоциональной сферы матерей, б) поиска и активизации их индивидуальных, диадных и семейных ресурсов, в) развития индивидуальных и супружеских адаптивных стратегий решения проблем, г) повышения материнской, диадной и семейной психологической компетентности. Общим принципом разработанной системы является ее интегративность, а базовыми средствами - групповая, когнитивно-поведенческая, персоналистическая, семейная и когнитивно ориентированная психотерапия, вспомогательными - эстетотерапия и техники релаксации. Внедрение указанного медико-психологического сопровождения позволило достичь редукции психопатологической симптоматики у большинства % матерей, повысить уровень осознанности отцовства и улучшить уровень психомоторного развития детей.

*Ключевые слова:* медико-психологическое сопровождение, материнско-детское взаимодействие, тип вскармливания.

Одним з ключових факторів гармонійного розвитку дитини є формування належного рівню взаємодії в системі «мати – дитя», викривлення якого в постнатальному періоді обумовлює створення хронічної психотравмуючої ситуації для немовляти, що призводить до порушень процесу адаптації, відхилень і затримок в психомоторному розвитку. Гармонійна взаємодія системи «мати – дитина» на протязі першого року після пологів, залежить від взаємодії складної системи чинників, кожен з яких відіграє велику роль в реалізації вроджених програм поведінки дитини. Одним з таких чинників, верифікація впливу якого на процес формування адекватних стосунків в дитяче-материнській діаді в останні роки стає все більш актуальною проблемою, є тип вигодовування дитини.

З одного боку, загальновідомим та беззаперечним є факт корисності природного вигодовування для дитини, насамперед, першого року життя, яке ВООЗ визнало «золотим стандартом» харчування немовлят. Крім вигод харчового характеру, природне вигодовування підвищує захисні механізми дитини, стимулює її імунну систему, заощаджує людські та природні ресурси, формує тісний зв'язок між матір'ю і дитиною, а також є профілактичним засобом щодо виникнення у матері фіброзно-кістозних мастопатичних станів та, за рахунок секреції пролактину й окситоцину – сприяє підвищенню материнського задоволення й альтруїзму.

З іншого боку, новітній стан розвитку індустрії штучного вигодовування немовлят,

---

дозволяє максимально наблизити склад дитячих сумішей до складу грудного молока. На думку сучасних педіатрів, «...в наші дні штучне вигодовування вже не уявляється обов'язковою та неминучою життєвою драмою і реальним погіршенням якості життя...». Також не доводиться сумніватися, що значна кількість людей в сучасному світі благополучно вирости і без грудного вигодовування, що означає наявність у дитяче-материнській діаді ресурсів та інших можливостей для досягнення фізичної та емоційної близькості немовляти з матір'ю, яка є запорукою розвитку гармонійної особистості дитини.

Між тим, враховуючи тенденції сучасності, а саме, той факт, що в світі, починаючи з 50-60-х рр. XX сторіччя, число жінок, які здійснюють грудне вигодовування, неухильно зменшується, необхідними на сьогодні є наукові дослідження феномену взаємодії в системі «мати – дитина» в аспекті їх залежності від типу годування немовляти, що дозволило б розробити та впровадити в клінічну практику систему медико-психологічного супроводу, спрямовану на оптимізацію стосунків в дитяче-материнській діаді та нівеляцію можливого шкідливого впливу штучного вигодовування на розвиток дитини першого року життя. В Україні 5% жінок в даний час взагалі не прикладають дитину до грудей; 30-40% жінок годують грудьми в середньому до 2-х місяців.

Враховуючи вищезазначене, **метою роботи** було на основі системного підходу до аналізу і комплексної оцінки взаємодії системи «мати – дитина» на протязі першого року життя дитини, розробити систему її медико-психологічного супроводу, спрямовану на оптимізацію стану дитяче-материнської взаємодії в умовах штучного вигодовування.

Дослідження складалось з п'яти обстежень, які були розподілені на три етапи. Перше обстеження здійснювали на 14 – 21 день після пологів, на момент педіатричного огляду дитини, інші – друге, третє, четверте і п'яте – через кожні 3 місяці після першого. Перший етап (перше та друге обстеження) мав на меті верифікацію динаміки психоемоційного стану жінок в післяпологовому періоді в аспекті адаптації системи «мати – дитина», а також ідентифікацію негативного впливу штучного вигодовування на психомоторний розвиток дитини та стан взаємодії у материнсько-дитячій діаді, на основі чого визначали мішені медико-психологічного впливу.

На другому етапі здійснювали заходи медико-психологічного супроводу з паралельним динамічним спостереженням за психомоторним розвитком дитини в контексті змін в діадній системі відносин (третє – п'яте обстеження). Результати третього етапу (п'ятого обстеження, через рік після пологів) трактувались нами як оцінка ефективності запропонованих заходів медико-психологічного супроводу системи «мати – дитина» на протязі першого року після пологів.

Отже, на базі комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська поліклініка № 9», протягом року після вдалих неускладнених пологів, нами були обстежені 154 жінки і їхні діти з типовим типом розвитку раннього віку.

Критеріями включення в обстеження були: перша вагітність без ускладнень і перші благополучні пологи; оцінка соматичного стану дитини за шкалою Апгар  $\geq 7$  балів; відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів; наявність повної сім'ї разом з подружжям. Кількість обстежених жінок змінювалась з терміном обстеження. Середній вік пацієнток склав 24,5 років. На момент першого обстеження серед дітей було 73 дівчинки та 81 хлопчик. З огляду на мету дослідження, на першому етапі роботи жінки були розподілені

на дві групи в залежності від типу вигодовування. До основної групи увійшли матері, які годували дитину штучно: 75 осіб на момент першого обстеження, до групи порівняння – 79 жінок, що годували дитину природнім способом.

На другому етапі роботи, з огляду на отримані результати, стратифікація обстежених на групи здійснювалась в залежності від стану їх психоемоційної сфери. Таким чином, основну групу (ОГ) склали 63 жінки з порушенням психоемоційного стану, групу порівняння (ГП) – 77 психологічно благополучних жінок. Серед матерів ОГ 32 жінки, які виявили бажання взяти участь в розроблених нами заходах медико-психологічного супроводу, склали терапевтичну підгрупу (ОГТ). Інші 31, які відмовились від участі в медико-психологічній роботі, склали контрольну підгрупу (ОГК). Заходи медико-психологічного супроводу були розпочаті після другого обстеження, тобто через 3,5 місяці після пологів, та тривали до кінця дослідження (п'ятого обстеження). Таким чином, починаючи з третього обстеження, в роботі аналізувалися дані трьох груп діад «мати – дитина»: терапевтична (n=32), контрольна (n=31) та порівняльна (n=77).

Психодіагностичне дослідження було спрямовано на вивчення складових, стан яких визначав рівень діадичної взаємодії в системі «мати – дитина».

Першою такою складовою нами визначений стан психоемоційної сфери жінок, для дослідження якого було використано методику діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, Единбурзьку шкалу післяпологової депресії та клінічні рейтингові шкали депресії і тривоги М. Гамільтона. В якості провідної особистісної характеристики, стан якої визначає ступінь емоційної зрілості та, за останніми даними, є підґрунтям для розвитку станів післяпологової депресії та деформації взаємодії в системі «мати – дитина», вивчали алекситимію, рівень якої визначали за допомогою Торонтської алекситимічної шкали.

В якості другої складової ми розглядали ступінь готовності жінки та усвідомлення нею різних аспектів материнства. Ступінь готовності до материнства оцінювали, керуючись розробленою С. Ю. Мещеряковою класифікацією рівнів психологічної готовності. Аналіз особливостей материнського ставлення проводили з використанням опитувальника «Усвідомлене батьківство», розробленого М. О. Єрмікіною та Р. В. Овчаровою.

Стан третьої складової визначали за аналізом наявності і вираженості психосоціальних факторів, які мають вплив на стан здоров'я жінки (з використанням Z-кодів за МКХ-10), а також якості подружніх і сімейних, у тому числі, материнсько-дитячих, стосунків. Стан материнсько-дитячих та специфіку сімейних відносин вивчали за допомогою методики PARI, яка містить оцінку 23 аспектів-ознак, що стосуються різних сторін ставлення матері до дитини і життя в родині. Оцінка психомоторного розвитку дітей проводилася за шкалою Л. Т. Журби і Є. М. Мастюкової, за якою у кожний віковий період вивчалися 10 показників психомоторного розвитку.

Отримані у дослідженні дані було оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows.

За аналізом динаміки особистісної і реактивної тривожності у обстежених жінок встановлено переважання високих значень реактивної тривожності після пологів і нівелювання їх до середніх показників через 3,5 місяці.

При дослідженні ознак післяпологової депресії на першому обстеженні одинична симптоматика постнатальної депресії була виявлена у 101 жінки (66%), відсутність

---

симптомів відзначалася у 53 осіб (34%). Через 3,5 місяця у обстежених відзначалася тенденція до збільшення кількості жінок без депресії (34% проти 56%) і до зменшення кількості обстежених з ознаками післяпологової депресії (60% проти 25%). Однак практично вчетверо зросла кількість жінок з вираженою постнатальною депресією (5% проти 20%). В цілому, через 3,5 місяці після пологів відсутність постнатальної депресії встановлено у 77 молодих матерів (що складає 55%), поодинокі її ознаки виявлені у 35 осіб (25%), виражена післяпологова депресія визначалася у 28 пацієнток (20%).

По виразності виявлених психопатологічних феноменів обстежені розподілилися наступним чином. У більшості жінок в ранньому післяпологовому періоді мали місце окремі депресивні включення (60%) і симптоми тривоги (66%), а симптоматика на рівні малого депресивного епізоду була характерна 5% обстежених. Через 3,5 місяці після пологів кількість жінок з мозаїчно представленими симптомами депресії і тривоги зменшилася (25% і 30%, відповідно), проте відбулося збільшення числа пацієнток з клінічно вираженими порушеннями психоемоційної сфери: психопатологічні прояви рівня малого депресивного епізоду було діагностовано у 20%, тривожного розладу – у 15% обстежених.

В динаміці післяпологового періоду встановлено зменшення кількості жінок з тривожно-депресивними симптомами, однак, у решти встановлена тенденція посилення їх вираженості. По більшості досліджуваних параметрів середній бал їх вираженості збільшувався з часом після пологів. Так, у жінок через 3,5 місяці після пологів відзначалося збільшення вираженості почуття провини, інсомнічні прояви, психічної і соматичної тривоги по всім її складовим. При цьому вираженість показників депресивного настрою була практично незмінна в динаміці. Однак, враховуючи зменшення з часом кількості осіб з даними симптомами (101 жінка при дослідженні на 14 – 21 день після пологів і 63 – через 3,5 місяця), прогресивність депресії і тривоги у даного контингенту стає очевидним фактом.

Таким чином, на підставі вивчення динаміки стану психоемоційної сфери жінок в ранньому післяпологовому періоді, можна стверджувати, що протягом першого місяця після пологів у рамках формування адаптації до материнства, більшість жінок (66%) відчують окремі симптоми тривожного й депресивного характеру, які у основній частині з них нівелюються протягом 3 місяців після пологів. Між тим, у іншій частині жінок (45%) ці явища, не отримуючи зворотного розвитку, прогресують до клінічно окреслених порушень (20%) або мозаїчно представлених психопатологічних включень (25%), які характеризуються, переважно, соматичними масками тривожних і депресивних проявів.

Пошук взаємозв'язків між станом психоемоційної сфери жінок та типом годування дитини, встановив відсутність таких. Відсутність клінічної симптоматики через 14 – 21 день після пологів було виявлено у 31% жінок зі штучним типом вигодовування дитини і у 38% – з природним його типом. Окремі депресивні включення мали місце у 63% жінок групи ШВ1 та 58% осіб групи ПВ1, симптоматика на рівні малого депресивного епізоду була характерна для 6% обстежених ШВ1 та 4% жінок ПВ1; симптоми тривоги були діагностовані у 69% матерів ШВ1 і 62% – групи ПВ1. Через 3,5 місяці після пологів спостерігалось збільшення кількості психологічно благополучних жінок (57% з тих, хто вигодовував дитину штучно і 53% матерів з природним типом годування малюка). Також встановлено зменшення кількості жінок з мозаїчно представленими симптомами депресії (28% осіб ШВ2 і 23% жінок

ПВ) і тривоги (33% матерів ШВ2 та 27% осіб ПВ2). Проте, відбулося збільшення числа пацієнток з клінічно вираженими порушеннями психоемоційної сфери: психопатологічні прояви рівня малого депресивного епізоду були діагностовані у 16% матерів ШВ2 і 21% жінок ПВ2, тривожного розладу – у 10% осіб ШВ2 та 20% обстежених ПВ2.

Така ж тенденція встановлена при вивченні рівню та розподілу алекситимії у обстежених жінок. Серед осіб з порушенням психоемоційної сфери високий рівень алекситимії був діагностований у 63%, між тим як серед психологічно благополучних жінок – у 16%. Середні показники алекситимії виявились притаманними 26% пацієнток ОГ та 48% ГП. Низька вираженість алекситимії була характерна тільки 4% матерів ОГ і 36% ГП. Подальший аналіз вираженості алекситимії не виявив динаміки її характеристик в залежності від типу годування дитини.

Вивчення рівню готовності до материнства довело відсутність достовірної різниці за розподілом цього показника серед жінок з різним типом годування дитини, проте, дозволило встановити достовірні відмінності в залежності від стану психоемоційної сфери матерів. Низька готовність до материнства виявилась притаманною виключно жінкам з порушенням психоемоційної сфери, серед яких 43% дотримувались штучного, а 38% – природного типу годування дитини. У інших жінок, в яких були діагностовані психоемоційні розлади, стан готовності до материнства був на середньому рівні (57% осіб зі штучним та 64% обстежених з природним типом годування).

Для жінок з низькою готовністю до материнства були характерні небажання та / або коливання в прийнятті рішення народити дитину, наявність негативних відчуттів і переживань в період вагітності, відсутність відчуття спільності з народженою дитиною, вони відчували роздратування від необхідності догляду за дитиною, намагалися уникати тактильних контактів з нею, були орієнтовані на «суворий» стиль виховання та годування за чітким розкладом.

Жінки з високим рівнем готовності до материнства, навпаки, не відчували коливань в ухваленні рішення мати дитину, раділи, дізнавшись про вагітність, відзначали переважаючі позитивних відчуттів і переживань при спілкуванні з дитиною, були орієнтовані на позитивний емоційно-тактильний контакт з нею, були, в основному, прибічницями стратегії «м'якого» виховання та годування за потребою дитини.

Аналіз ступеню вираженості усвідомленості батьківства за його компонентами також підтвердив наявність достовірних розбіжностей у жінок в залежності від стану психоемоційної сфери, а не типу годування дитини. Так, психологічно благополучні жінки мали більшу вираженість усіх компонентів усвідомленого батьківства, порівняно з обстеженими з порушенням психоемоційної сфери. Найбільші показники у жінок без психоемоційних розладів спостерігались при оцінці компонентів батьківських установок та очікувань, а також батьківського ставлення. Треба зазначити, що за параметром батьківських установок і очікувань жінки з психоемоційними розладами мали найбільш високі показники, що наближувались до значень психологічно благополучних жінок, проте, наявність низьких оцінок за іншими компонентами усвідомленості батьківства та невідповідність їх з високими очікуваннями від появи дитини створювало підстави для виникнення внутрішньоособистісних протиріч та ставало додатковим підґрунтям для розвитку порушень психоемоційної сфери.

---

За аналізом наявності і вираженості психосоціальних факторів, які мають вплив на стан здоров'я жінки (з використанням Z-кодів за МКХ-10), нами були виділені ті з них, що мали достовірний вплив на стан взаємодії в системі «мати – дитина». Також при аналізі дії патологічних психосоціальних факторів встановлені розбіжності між жінками з різним станом психоемоційної сфери та відсутність достовірних розбіжностей в залежності від типу вигодовування дитини. Принциповою відмінністю між психологічно благополучними обстежуваними та жінками з психоемоційними розладами, була наявність в останніх проблем, пов'язаних зі стосунками подружжів та неадекватної сімейної підтримки, що призводило до виникнення проблем, пов'язаних з адаптацією до зміни життя, сприяло розвиткові психоемоційних порушень та негативно впливало на стан даїдної взаємодії між матір'ю та дитиною. Крім того, приблизно для третини жінок з психоемоційними розладами, як тих, що годували дитину природним шляхом, так і тих, які використовували штучне вигодовування, вагітність була небажаною, що обумовлювало сприйняття жінкою вагітності, пологів та післяпологового періоду як довгострокової психотравмуючої ситуації. Крім небажання та / або коливання в прийнятті рішення народити дитину, для них було характерним наявність негативних відчуттів і переживань в період вагітності, відсутність відчуття спільності з народженою дитиною, що також сприяло формуванню деформації материнсько-дитячої взаємодії.

Для більш поглибленої оцінки специфіки сімейних та материнсько-дитячих відносин, нами здійснено дослідження за допомогою методики PARI. За показниками першого блоку методики щодо визначення стану родинних відносин, максимальна розбіжність результатів між психологічно благополучними та неблагополучними жінками, незалежно від типу вигодовування дитини, була за шкалою 17, яка визначає стан подружньої взаємодії та підтримки. Високими також виявились розбіжності за шкалою 7, яка характеризує конфліктність подружніх стосунків. Отже, встановлено, що в родинях жінок з діагностованими порушеннями психоемоційної сфери мали місце сімейні конфлікти, байдужість чоловіка до сімейних справ та відсутність необхідної сімейної підтримки. Такі жінки були повністю занурені у справи сім'ї, відчували себе жертвою обставин, були незадоволені своєю роллю господині і необхідністю домінувати у вирішенні сімейних питань через безучасність і «невключення» чоловіка у справи сім'ї, в той же час, були психологічно залежні від нього. Між тим, серед психологічно благополучних жінок, незалежно від типу годування дитини, встановлені сприятливі сімейні обставини, обумовлені відсутністю подружніх конфліктів, включеністю чоловіка до сімейних справ та адекватною родинною підтримкою.

Характеризуючи материнсько-дитячі відносини обстежених, вивчені за допомогою другої частини методики PARI, необхідно відзначити, що вони також мали достовірні відмінності залежно від рівня психоемоційного благополуччя жінок, а не від типу вигодовування дитини. Для матерів з порушеннями психоемоційної сфери були притаманні проблеми у взаємодії системи «мати – дитина»: слабкий емоційний контакт, відсутність комунікації з дитиною і ухилення від контакту з нею, заперечення партнерських відносин з нею, високий ступінь роздратованості по відношенню до дитини, надмірна суворість і авторитарність, «нестворення» базового почуття безпеки і, як наслідок, – відсутність прагнення займатися розвитком дитини. З іншого боку, такі жінки почасти відчували

надмірну саможертвність в ролі матері та надмірну концентрацію на дитині, гіперопіку через підвищений страх заподіяти дитині шкоду. На відміну від цих жінок, психологічно благополучним матерям були притаманні тенденції щодо прийняття дитини та врахування її особливостей як окремого індивідуума, встановлення оптимального емоційного контакту з нею, відсутність надмірної дистанції та надмірної концентрації на дитині.

Оцінка психомоторного розвитку дітей довела існування тенденції щодо відставання його показників у дітей матерів з порушенням психоемоційної сфери, порівняно з немовлятами психологічно благополучних жінок. Так, станом через 3,5 місяці після пологів середні показники психомоторного розвитку дітей матерів з розладами психоемоційної сфери, як з природним, так і штучним типами вигодовування, були нижчими порівняно з показниками розвитку дітей психологічно благополучних жінок. Аналіз маркерів діадної взаємодії виявив, що жінки, яким були притаманні тривожно-депресивні прояви, відрізнялись відсутністю емпатичності до потреб дитини, униканням тактильних та вербальних контактів з дитиною, не захоплювались спілкуванням з дитиною та не були задоволені нею.

Розроблена нами система медико-психологічного супроводу була спрямована на оптимізацію взаємодії «мати – дитина» та базувалась на засадах наказу МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», яким визначена необхідність медико-психологічної підготовки сім'ї до пологів у відповідних школах відповідального батьківства. Враховуючи специфіку контингенту, заходи медико-психологічного супроводу проводились по вихідним, по суботах (іноді й неділях), в рамках створеної школи вихідного дня. Середня тривалість одного психотерапевтичного заняття складала 1 – 1,5 години. Всього система медико-психологічного супроводу була розрахована на 9 місяців: початок її впровадження припадав на термін 3,5 місяців після пологів, завершальний етап – по досягненні дитиною 1 року. Структура та складові розробленої системи медико-психологічного супроводу представлені на рис.

Отже, медико-психологічний супровід системи «мати – дитина», незалежно від типу її вигодовування, є етапною системою заходів, що складається з психодіагностичної та психокорекційної складових. Така структура знижує фрустраційне навантаження матері, підвищує індивідуальні, діадні і сімейні ресурси, дозволяє індивідуалізувати підхід до дитини з підвищенням рівню батьківської компетентності.

Перша стадія, яка включала 2 індивідуальних заняття при здійсненні першого та другого обстеження, була спрямована на психодіагностику і формування мотивації до участі в заходах медико-психологічного супроводу.

Психодіагностичне дослідження було спрямовано на вивчення змістовних факторів (складових), стан яких визначав рівень діадичної взаємодії в системі «мати – дитина».

Друга, третя і четверта стадії містили в собі медико-психологічні впливи. Загальним принципом медико-психологічних втручань була визнана їх інтегративність, а базовими засобами – групова, когнітивно-поведінкова, персоналістична, сімейна та когнітивно орієнтована психотерапія, допоміжними – естетотерапія (бібліо-, музико-, арттерапія) та техніки релаксації.

---



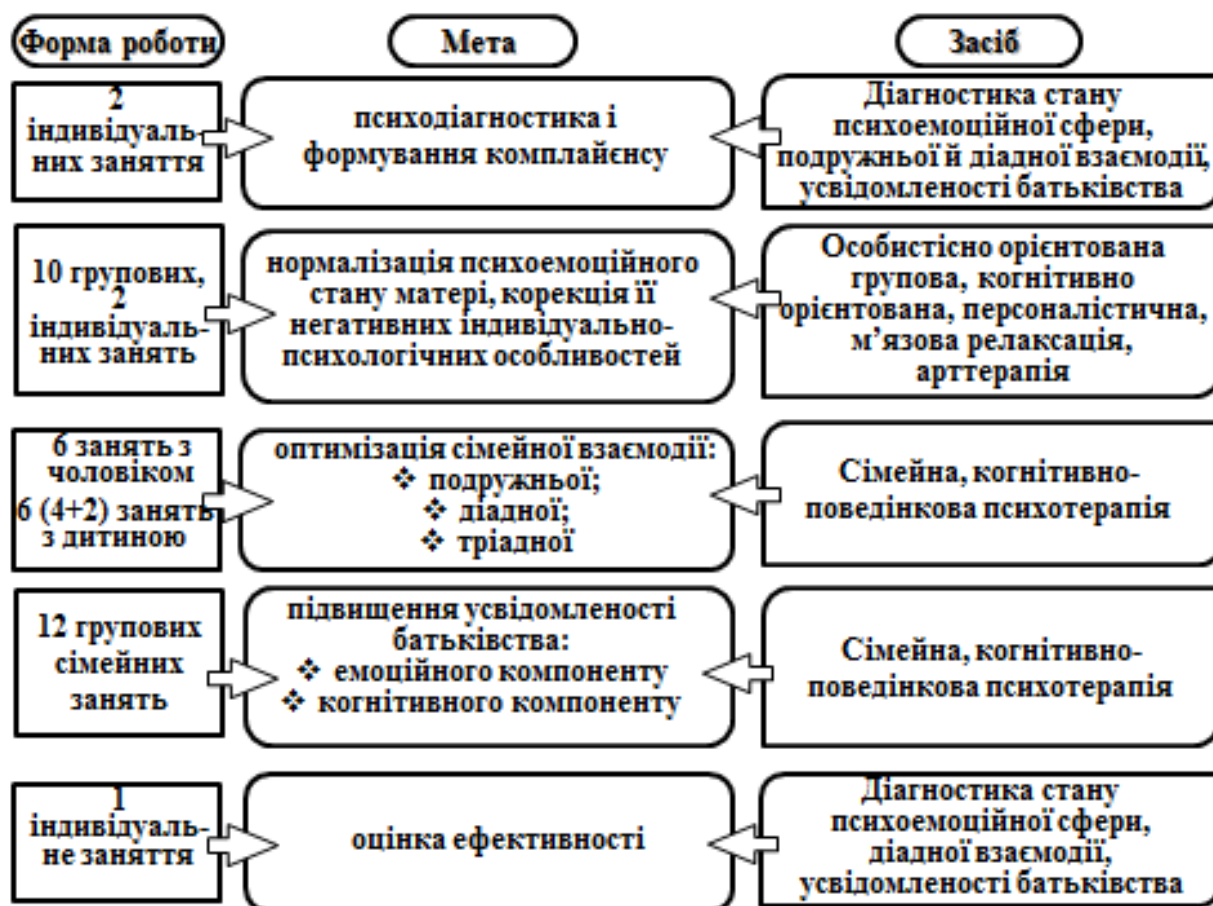


Рис. Система медико-психологічного супроводу системи «мати – дитина» протягом першого року життя немовляти

Використання інтегративного підходу та синтез зазначених методів дозволив дійти до послідовного вирішення комплексу завдань, розв'язання яких забезпечило оптимізацію взаємодії в системі «мати – дитина». Виходячи з отриманих результатів, була визначена наступна послідовність спрямованості медико-психологічного впливу:

- а) редукція післяпологових психопатологічних симптомів, нормалізація психоемоційної сфери матерів;
- б) пошук і активізація їх індивідуальних, діадних і сімейних ресурсів;
- в) розвиток індивідуальних та подружніх адаптивних стратегій вирішення проблем;
- г) підвищення материнської, діадної та сімейної психологічної компетентності.

Аналіз результативності впровадження розробленої системи медико-психологічного супроводу дозволив досягнути редукції психопатологічної симптоматики практично в усіх матерів терапевтичної підгрупи (90%), на відміну від обстежених підгрупи контролю, в яких діагностовано погіршення психоемоційного стану протягом року після пологів, підвищити рівень усвідомленості батьківства, а також покращити рівень психомоторного розвитку дітей ( $p \leq 0,05$ ).

УДК 159.942.5:615.851

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ВЗАЄМОДІЯ  
В ДІАДІ «ЛІКАР – ХВОРИЙ» У ПРАКТИЦІ НЕВРОЗОЛОГІЇ****Вірна Ж. П., Прус О. В.**

У статті теоретично конкретизовано зміст психотерапевтичної взаємодії в діаді «лікар – хворий» у практиці неврозології. Обґрунтування проблеми стосується питань необхідності вивчення даного аспекту в силу обов'язкового визначення ознак ефективності застосування психотерапевтичних методів за окремими клінічними проявами неврозу. Підкреслюється, що психогенні походження неврозів потребують психотерапевтичного втручання, індикатором якості якого є вироблений психотерапевтичний стиль взаємодії лікаря і хворого.

Ключові слова: невроз, неврозологія, невротичні розлади, психотерапія, психотерапевтичний стиль, лікар, хворий.

The article theoretically concretizes the content of psychotherapeutic interaction in dyad «doctor – patient» in practice of neurosology. Argumentation of the problem concerns issues needed to study this aspect because of obligatory determination the efficiency of psychotherapeutic methods for individual clinical neurosis manifestations. It is emphasized that psychogenic origins of neuroses require psychotherapeutic intervention, an indicator of its quality is developed psychotherapeutic style of interaction between doctor and patient.

Keywords: neurosis, neurosology, neurotic disorders, psychotherapy, psychotherapeutic style, doctor, patient.

В статье теоретически конкретизировано содержание психотерапевтического взаимодействия в диаде «врач - больной» в практике неврологии. Обоснование проблемы касается вопросов необходимости изучения данного аспекта в силу обязательного определения признаков эффективности применения психотерапевтических методов по отдельным клиническими проявлениями невроза. Подчеркивается, что психогенные происхождения неврозов требуют психотерапевтического вмешательства, индикатором качества которого является выработанный психотерапевтический стиль взаимодействия врача и больного.

Ключевые слова: невроз, неврозология, невротические расстройства, психотерапия, психотерапевтический стиль, врач, больной.

Постановка проблеми. В умовах розвитку сучасного нестабільного суспільства проблема взаємозв'язку психічного здоров'я та прояву невротичних порушень особистості досить актуальна як в психології, так й в інших суміжних з нею науках, які торкаються питань неврозології. Визначення і лікування неврозів набуває все більшого значення, так як число хворих неврозами постійно збільшується. Таке положення вимагає постійного удосконалення засобів й методів діагностики, лікування та профілактики невротичних розладів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вчення про неврози історично

характеризується двома тенденціями. Одні дослідники виходять з визнання того, що існування невротичних феноменів повністю детерміновано певними патологічними механізмами біологічного походження. Інша група дослідників виходить з положення про те, що вся картина неврозів може бути виведена лише з особистісних психологічних механізмів. В останні десятиліття певні специфічні точки зору на природу неврозів в зарубіжній психоневрології пов'язані з біхевіоризмом, екзистенціалізмом, гуманістичною психологією (О. Бондаренко, Л. Бурлачук, Б. Карвасарський, О. Кочарян, Н. Лакосіна, А. Свядош, А. Снежевський та ін.).

Виокремлення невирішених раніше частин загальної проблеми. З огляду на теоретико-емпіричні доробки у медико-психологічній літературі, відкритими залишаються питання щодо змісту позитивної діагностики, тісно пов'язана з патогенетичною концепцією неврозів, де особливого розгляду потребують питання взаємозв'язку психогенії неврозу із особистістю хворого і психотравмуючою ситуацією; різноманітних клінічних проявів в межах афективних ознак і реакцій; ефективності застосування психотерапевтичних методів за окремими клінічними проявами неврозу.

Тому метою презентованого матеріалу є теоретична конкретизація психотерапевтичної взаємодії в діаді «лікар – хворий» у практиці неврозології для подальшого використання опрацьованого теоретичного конструкта у сферу актуальних прикладних досліджень.

Виклад основного матеріалу дослідження. В медико-психологічній літературі невроз визначається як психогенний, нервово-психічний розлад, який виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих ставлень людини і проявляється в специфічних клінічних феноменах [5]. Невроз характеризується, по-перше, зворотністю патологічних порушень, що можуть тривати днями, тижнями, місяцями і навіть роками; по-друге, психогенною природою захворювання, що зумовлена особливостями системи відносин й патогенної конфліктної ситуації хворого; і, по-третє, специфічністю клінічних проявів, що полягає в домінуванні емоційно-афективних та соматовегетативних розладів. При неврозах на перший план виступають розлади емоційної сфери. А психогенний характер неврозів означає, що вони зумовлені дією переважно психологічних факторів і пов'язані з активізацією симптомів розладів в психотравмуючих ситуаціях.

Хотілось би відмітити, що основні сучасні напрямки в області неврозів – біогенетичні, психогенетичні та соціогенетичні – представлені у тісному взаємозв'язку. Основні наукові знання отримані представниками психодинамічного (психоаналіз З. Фрейда і його ортодоксальних учнів, індивідуальна психологія А. Адлера, аналітична психологія К. Юнга, неофрейдизм К. Хорні, Е. Фрома, К. Саллівена), гуманістичного (психодрама Дж. Морено, недирективна психотерапія К. Роджерса, логотерапія В. Франкла) і біхевіорального (Г. Айзенк, В. Вольпе) напрямків в учінні про неврози та їх психотерапію.

Уявлення про невроз як хворобу особистості, що виникає внаслідок порушення ставлення індивіда до оточуючої дійсності, що тією чи іншою мірою руйнує його соціальні зв'язки та знижує рівень повноцінності соціального функціонування, визнання важливості положення, що індивідуальна система відносин може бути сформована й реалізована тільки в процесі міжособистісного спілкування, сприяють розширенню патогенетичної концепції неврозів в аспекті механізмів їх розвитку і стимулюють інтенсивну розробку нових ефективних методів лікування, в якості яких на даному етапі закономірно виступають

методи психотерапії. Лікування неврозів характеризується своєю специфічністю, адже на відміну від психотичних хворих, лікування хворих неврозами проводиться амбулаторно і частіше не психотерапевтами і не психіатрами. В цих умовах при нестачі часу для оглядів й лікування, а також при слабкій психотерапевтичній компетенції, лікар повинен використовувати медикаментозний вплив.

Спробуємо виокремити основні для лікувальної практики моменти, які представлені в медичній літературі [1; 4; 6 та ін.]. Насамперед, необхідно підкреслити, що невротичні стани, як й інші захворювання, не підкоряються волі індивіда. Звідси, можна зробити висновок, що неможливо добитися видужування, апелюючи до «доброї волі» хворого. В цьому сенсі необхідно згадати розповсюджене, але визнане помилковим розуміння неврозів як симуляцію, волю до хвороби або демонстрацію, метою яких є витягування з хвороби практичних вигод. Загалом, клінічно невроз можна схематично визначити як психогенно зумовлений функціональний розлад різної тривалості, що проявляється в симптомах, які охоплюють психічну і соматичну сфери. Загалом психогенне походження неврозу передбачає наявність гострої або хронічної психотравми.

Класифікація неврозів вміщує низку труднощів, які витікають з однозначності етіології – невротичної психотравматизації, що впливає на терапію неврозів:

1. Недивлячись не відносно розмежування встановлених форм неврозів, в їх динаміці досить часто спостерігається одночасне об'єднання або послідовне чередування різноманітних симптомів.

2. Деякі клінічні форми знаходяться в тісному зв'язку із структурою особистості (істерія, нав'язливі стани, іпохондрія), що створює додаткові труднощі.

3. Поряд з визначенням нозологічної належності неврозу великого значення набуває характеристика синдрому «подвійної бухгалтерії».

4. В клінічному і терапевтичному сенсі основну роль відіграє співвідношення з фактором часу. Гострі невротичні реакції, які мало пов'язані із структурою особистості (неврастенія, синдроми страху, астеничні і депресивні синдроми) різко відрізняються від повільно протікаючих форм неврозів, що тісно пов'язані з особливостями особистості.

5. Проведення різкого розмежування неврозу від так званого психогенного психозу дається дуже важко, адже часто невротичні і реактивно-психотичні симптоми збігаються. Сензитивна паранойяльність, і особливо депресивні реакції, часто є перехідними стадіями в процесі розвитку більшості тривалих неврозів [5].

Психогенне походження неврозів зумовлює основний лікувальний метод – психотерапію. На сучасному етапі цілі і задачі системи патогенетичної психотерапії неврозів, що відображають її теоретичну і практичну спрямованість, можуть бути сформульовані таким чином: 1) глибинне й різнобічне вивчення особистості хворого, особливостей його емоційного реагування, мотивації, специфіки формування, структури і функціонування його системи відносин; 2) виявлення та вивчення етіопагенетичних механізмів, що сприяють як виникненню, так і збереженню невротичного стану і симптоматики; 3) досягнення у хворого усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відносин із його захворюванням; 4) допомога хворому у розумному вирішенні психотравмуючої ситуації, зміна за необхідності його об'єктивного стану та ставлення до нього оточуючих; зміна ставлення хворого, корекція

неадекватних реакцій і форм поведінки, що є основною задачею психотерапії, і, в свою чергу, веде як до покращення суб'єктивного самопочуття хворого, так і до відтворення повноцінності його соціального функціонування.

Протягом тривалого періоду в практиці сучасної психотерапії [1; 2; 4 та ін.] неврозів досягнення вказаних цілей здійснювалось головним чином методом індивідуальної патогенетичної психотерапії, хоча періодично психотерапевти зверталися й до окремих прийомів групової психотерапії, якій відводилось місце додаткової у індивідуальній психотерапії.

В даний час питання співвідношення індивідуальної та групової психотерапії може вирішуватися у відповідності з уявленням про первинні (які сприяють виникненню) і вторинні (які сприяють збереженню) механізми невротичної симптоматики. Оскільки первинні механізми найбільш пов'язані з внутрішньо особистісним конфліктом та історією життя хворого, а вторинні – з труднощами його міжособистісних відносин та актуальної ситуації, то закономірним є зосередження уваги в індивідуальній психотерапії на проблематиці першого виду, а в груповій психотерапії – другого виду. Також при наявності певних показань можуть включатися й інші, так звані симптоматичні методи психотерапії, як-от гіпноз, аутогенна тренівка, умовнорефлекторні методи тощо.

Оскільки в індивідуальній та груповій психотерапії терапевтичний вплив представляє собою взаємодію, питання взаємодії лікаря і хворого є одними з найактуальніших. Питання взаємовідношень лікаря і хворого в процесі психотерапії представляють собою один з аспектів більш загальної проблеми взаємин лікаря і хворого в ході лікування, що є розділом лікарської етики та деонтології.

В роботах вітчизняних психотерапевтів розглядається низка актуальних питань, що стосується взаємовідношень лікаря і хворого в процесі психотерапії: проблема етичної відповідальності лікаря, який передає в ході взаємодії систему власних поглядів на життя, роль його як вихователя і авторитетної особи в питаннях морального плану; форми соціально-рольового контакту лікаря в ході психотерапії як вчителя, керівника, товариша тощо; питання щодо дотримання «психологічної дистанції» між лікарем і хворим в процесі лікування тощо [3; 8; 12 та ін.].

В зарубіжній психотерапії проблема взаємодії лікаря і хворого розглядається під впливом концепцій фрейдизму, екзистенціалізму та біхевіоризму. В плані взаємовідношень між лікарем і хворим в психоаналізі З. Фрейда суттєвого значення набули такі поняття як опір та перенесення [11]. Значення першого – безсвідомо перешкода хворого різноманітним спробам відтворення в його свідомості витісненого комплексу, а значення другого – відродження в процесі психотерапії інфантильних почуттів любові або ненависті, які колись були проявлені до батьків та перенесені на лікаря. Згідно твердження З. Фрейда, «перенесення» – це шлях до трансформації неврозу, з яким хворий звернувся до лікаря, на іншу, полегшену його форму, у вигляді «інфантильного неврозу», процес переробки якого приводить хворого до видуження.

Неофрейдист Г. Саллівен [2] виходить з необхідності постійного аналізу лікарем свого ставлення до хворого в процесі лікування та своїх уявлень про відношення до нього хворого. Суттєвим моментом у змісті відносин хворого до лікаря є «заміна» лікаря уявним образом та присвоєння лікарю його якостей, яка пов'язана з минулою історією життя

хворого.

В теорії К. Хорні [2] провідним у взаємовідношеннях лікаря і хворого є активізація придушених імпульсів та захисних механізмів. Ворожість до лікаря – це насамперед, вимушене відстоювання хворим своїх захисних механізмів. Небезпека зустрічі з цією ворожістю, осудження з боку лікаря, виступає у вигляді надмірно значущої для хворого ситуації, життєвої погрози, так як лікування для нього є одним з важливих шляхів реалізації свого прагнення до удосконалення.

Слід згадати, що в психоаналізі поряд з поняттям «перенесення» особливе місце займає феномен «ідентифікації». Лікар стає в процесі лікування об'єктом, з яким хворий прагне себе утотожнити, ідентифікувати. Не торкаючись позицій окремих авторів, необхідно підкреслити, що хворий в умовах лікування дійсно може розглядати свого лікаря як певний ідеал для себе, зразок для копіювання, може прагнути до реалізації в своєму житті певних поглядів, позицій лікаря, однак не можна погодитись з розумінням психоаналітиками цього процесу у вигляді «інтросекції», тобто механічного перенесення чужих рис в особистість.

У центрі екзистенційної психології знаходяться поняття «екзистенційної комунікації» між лікарем і пацієнтом, «взаємопроникнення» свідомості один одного на основі інтуїтивного бачення процесу їх безпосереднього контакту. Лікар повинен прояснити «екзистенційну відчуженість» хворого, повернути довіру хворого до ірраціональної сфери «духовного» як вищого рівня особистості, що протистоїть інтелекту, при цьому не нав'язуючи хворому свою власну позицію.

Серед психотерапевтичних систем, що знаходяться поза психоаналізом, виділяється «центрована на клієнті» психотерапія К. Роджерса. Це недирективна за своїм змістом психотерапія, в якій лікар лише створює доброзичливу обстановку, а хворий сам формулює свої проблеми та шукає вихід із ситуації. Суттєвою ланкою в психотерапії цього типу є розвиток потреби хворого в незалежності. Також концепція К. Роджерса підкреслює повну відповідальність людини за своє власне благополуччя, відповідає соціальним нормам сучасного суспільства.

Особливе місце в процесі взаємодії лікаря і хворого займає «терапія поведінки», прихильники якої ігнорують «інтрапсихічну динаміку», внутрішній світ хворого, і основну увагу зосереджують на навчанні його новим, більш адекватним формам поведінки. В цьому випадку лікар займає активну позицію – позицію схвалення або несхвалення поведінки хворого, а факторам спілкування, індивідуальним його особливостям відводиться незначна роль.

У вітчизняній психотерапії особливості взаємодії лікаря і хворого вивчаються з позицій патогенетичної концепції на основі «психології відношень» В. Мясіщева [7]. Так В. Ташликов експериментально вивчаючи взаємовідношення лікаря і хворого в процесі психотерапії неврозів представляє основні положення розгляду даної проблеми [9]. Він вивчає зміст і структуру образу лікаря, його генетичний аспект, рольову оцінку і взаємозв'язок з лікувальними очікуваннями. На основі уявлень хворих про образ «ідеального» лікаря за рівнем вираження рис співпереживання, виділяються два образа лікаря – «співпереживаючий» (при домінуванні характеристик, які відображають емпатійне ставлення лікаря до хворого) та «емоційно-нейтральний» (при помірному вираженні цієї характеристики). Також додатково виділяються ще два види образу лікаря із урахуванням

---

його вольових характеристик – «директивний» (при надмірній активності лікаря та пасивності хворого) та «недирективний» (при досить активній позиції в лікуванні як лікаря так і хворого) [10].

Вивчення образу лікаря у хворих-невротиків дало змогу виділити такі закономірності: лікарю, який співпереживає, надають перевагу хворі істерією, що пов'язано із підвищеною потребою в розумінні і визнанні їх оточуючими внаслідок властивого їм егоцентризму. Співпереживаючого та одночасно директивного лікаря найчастіше обирають хворі неврозом нав'язливих станів, що сприяє потребі цих хворих в управлінні ними, і відображає надію позбавитися від невпевненості за допомогою доброзичливої і сильної особистості лікаря. Емоційно-нейтральний лікар більш імпонує хворим неврастенією, можливо, в наслідок підвищеної потреби їх в набутті насамперед, такої особистісної якості як самоволодіння.

При дослідженні генезу образу лікаря встановлено, що більшість хворих в ньому узагальнюють особистісний досвід взаємодії з рядом авторитетних осіб в різні періоди життя. Із урахуванням реальних осіб найближчого оточення багато хворих наближають образ «ідеального» лікаря, насамперед, з лікуючим лікарем, матір'ю та улюбленим вчителем.

Аналіз очікування хворих щодо необхідного лікування, виявив низку специфічних установок, кожна з яких переважає в тій чи іншій групі хворих із відповідним їй образом лікаря – очікування інформації про свою хворобу – у хворих з «емоційно-нейтральним» образом лікаря, установка на співчуття й підтримку – із «співпереживаючим» та очікування магічного усунення хвороби – у хворих з «директивним» образом лікаря. Знання й врахування лікарем лікувальних очікувань, які відображають мотивацію хворих щодо лікування, сприяє вибору оптимальної лікувальної практики.

Також В. Ташликовим було досліджено вплив особливостей сприйняття лікарем і хворим один одного на формування контакту між ними. Виділяються три основні форми емоційно-рольової взаємодії між лікарем і хворим: керівництво, партнерство та керівництво-партнерство.

При керівництві лікар займає провідну активну позицію, а хворий залишається порівняно малоактивним. Часто при цьому лікар наділяється «магічними» якостями і хворі стають сильно сугестивними до сприйняття його впливів. Керівництво з «емоційно-нейтральним» відношенням зазвичай зустрічається при рішенні лікарем задач симптоматичної психотерапії, при слабкості лікувальної мотивації хворого, пасивній установці та не високому його інтелектуальному рівневі. Його недоліком є низька активність хворого. Керівництво із «співпереживаючим» відношенням спостерігається у хворих з досить високим рівнем інтелектуального розвитку, але часто соціально незрілих, із проявами психічного інфантилізму. При цій формі контакту лікар вирішує задачі патогенетичної терапії. Переваги цієї форми полягають в кращому засвоєнні хворими позицій лікаря, що дає змогу виробити у хворих адекватні установки і форми поведінки. В якості недоліків відмічаються мала активність та недостатня відповідальність хворого, а також часто залежність його від лікаря при завершенні лікування. Для форми «партнерства» властиве прагнення лікаря до розвитку активності й відповідальності хворого за результати лікування. У цій формі взаємодії лікар ставить задачі терапії, а хворі часто мають достатню лікувальну мотивацію і готовність до співробітництва. Переваги цієї форми – в наявності досить

глибинного контакту, а також активності хворого при завершенні лікування. Форма взаємодії лікаря і хворого у вигляді «керівництво-партнерство» характеризується тим, що в процесі лікування характер взаємодії змінюється від керівництва внаслідок того, що хворий стає активним учасником лікувального процесу. Ця форма контакту зустрічається зазвичай у хворих з невизначеною лікувальною мотивацією, з недостатньою готовністю до активної ролі в лікуванні. Її перевага полягає в тому, що відбувається послідовний розвиток активності хворого.

Кожна з форм контакту має свої переваги в залежності від психотерапевтичних цілей та особливостей лікувальної мотивації і активності хворого. В залежності від рівня відповідальності (конгруентності) емоційно-рольової поведінки лікаря і хворого, а також взаємної оцінки ними цієї поведінки, В. Ташликовим були виділені такі три варіанти: конгруентний, нестійко-конгруентний, неконгруентний. Конгруентність контакту визначається рівнем сумісності лікаря і хворого, що знаходиться в прямій залежності від відношення хворого до особливостей емоційно-рольової поведінки лікаря, від розуміння лікуючим лікарем установки хворого у відношенні лікаря та врахування ним цього в ході психотерапії.

Виражена міра прийняття хворим задач лікаря найбільш властива для хворих неврозом нав'язливих станів; можливо, це пояснюється тим, що вони особливо гостро відчують «дивуватість» свого захворювання та з великим бажанням сприймають психологічні задачі психотерапії. Низький рівень цього показника зазвичай спостерігається у хворих неврозами із іпохондричним синдромом. Рівень психотерапевтичної активності хворого в лікувальному процесі – третій показник оптимального контакту – варіює від опіру (резистентності до психотерапії) до активного співробітництва.

Серед причин появи опору найчастіше є несумісність установок хворого і психотерапевтичного стилю поведінки лікаря, ігнорування лікарем стійких лікувальних очікувань хворого, передчасне роз'яснення причин неврозу, швидкі вимоги відвертості або активності від хворого, прихована негативна емоційна реакція лікаря щодо хворого тощо. Подолання опору, який виникає, як-от при конфронтації, тобто при обговоренні неправильних позицій хворого, призводить до значного заглиблення контакту і підвищення психотерапевтичної активності хворого.

Високий рівень оптимальності контакту зустрічається найбільш часто при партнерстві із «співпереживаючим» ставленням та керівництві-партнерстві також з «співпереживаючим» ставленням, а низький рівень – при керівництві з «емоційно-нейтральним» ставленням. Але усе ж таки психотерапевтична активність хворого є більш вираженою при контакті в формі партнерства, ніж керівництва. При психотерапевтичному контакті в формі керівництва мовна активність лікаря у бесідах з хворим зазвичай домінує, а при партнерстві лікар будує бесіду таким чином, щоб хворий говорив більше, ніж він сам.

Висновки і перспективи дослідження. Проведений теоретичний аналіз проблеми має широкий вихід у лікувальну практику неврозології, адже знання і врахування лікуючим лікарем установок хворих щодо лікаря і лікування, можуть сприяти обгрунтованому і оптимальному вибору терапевтичного стилю поведінки у роботі з хворим. Слід додати, що саме цей аспект психотерапевтичної взаємодії в діаді «лікар – хворий» добре простежується засобами спостереження, і може бути сферою ефективної психологічної корекції.

---



Спостерігаючи за професійною роботою лікарів у клінічних відділеннях та спілкуючись із ними, відчувається необхідність проведення з певною групою фахівців комплексу профілактичних заходів з налагодження оптимального психотерапевтичного контакту і вироблення адекватного особистісним ресурсам лікаря психотерапевтичного стилю, що є невід'ємною частиною їх деонтологічної етики.

### Література

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология / В.М. Блейхер. – Ташкент : Медицина, 1976. – 325 с.
2. Бондаренко О.Ф. Психологічна допомога особистості / О.Ф. Бондаренко. – Харків : Фоліо, 1996. – 240 с.
3. Вірна Ж. П. Формування професійного ставлення до клієнта в процесі підготовки практичних психологів : автореф. Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Жанна Петрівна Вірна. – Київ, 1996. – 24 с.
4. Вольперт И. Е. Психотерапия / И.Е. Вольперт. – Л.: Медицина, 1972. – 232 с.
5. Карвасарский Б. Д. Неврозы [Текст] : рук. для врачей / Б.Д. Карвасарский, : [2-е изд., перераб и доп.] – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
6. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1984. – 330 с.
7. Мясичев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. – Л.: Изд-воЛГУ, 1960. – 426 с.
8. Свядощ А. М. Неврозы и их лечение / А. М. Свядощ. – М.: Медицина, 1971. – 356 с.
9. Ташлыков В. А. Взаимоотношения врача и больного и их влияние на процесс психотерапии у больных неврозами / В. А. Ташлыков. – Журнал невропатологии и психиатрии. – 1978. – Вып. 11. – С. 1710-1715.
10. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984. – 554 с.
11. Фрейд З. О клиническом психоанализе / З. Фрейд. – М. : Медицина , 1991. – 234с.
12. Эльштейн Н.В. Врач, больной и время / Н. В. Эльштейн. – Таллин : Валгус, 1970. – 222 с.

### References

1. Bleyher V. M. Klinicheskaya patopsihologiya / V.M. Bleyher. – Tashkent : Meditsina, 1976. – 325 s.
2. Bondarenko O. F. Psychologichna dopomoga osobistosti / O. F. Bondarenko. – Harkiv : Folio, 1996. – 240 s.
3. Virna Zh. P. Formuvannya profesijnogo stavlennya do klienta v protsesi pidgotovky praktichnih psihologiv: avtoref. Dis. ... kand. psihol. nauk : 19.00.07 / Zhanna Petrivna Virna. – Kiyiv, 1996. – 24 s.
4. Volpert I. E. Psihoterapiya / I. E. Volpert. – L. : Meditsina, 1972. – 232 s.
5. Karvasarskiy B. D. Nevrozyi [Tekst] : ruk. dlya vrachey / B. D. Karvasarskiy, : [2-e izd., pererab i dop.] – M. : Meditsina, 1990. – 576 s.

6. Lakosina N. D. Meditsinskaya psihologiya / N. D. Lakosina, G. K. Ushakov. – M. : Meditsina, 1984. – 330 s.
7. Myasishev V. N. Lichnost i nevrozyi / V. N. Myasishev. – L. : Izd-voLGU, 1960. – 426 s.
8. Svyadosch A. M. Nevrozyi i ih lechenie / A. M. Svyadosch. – M. : Meditsina, 1971. – 356 s.
9. Tashlyikov V. A. Vzaimootnosheniya vracha i bolnogo i ih vliyanie na protsess psihoterapii u bolnyih nevrozami / V. A. Tashlyikov. – Zhurnal nevropatologii i psihiatrii. – 1978. – Vyip. 11. – S. 1710-1715.
10. Tashlyikov V.A. Psihologiya lechebnogo protsessa / V. A. Tashlyikov. – L. : Meditsina, 1984. – 554 s.
11. Freyd Z. O klinicheskom psihoanalize / Z. Freyd. – M. : Meditsina , 1991. – 234s.
12. Elshteyn N. V. Vrach, bolnoy i vremya / N. V. Elshteyn. – Tallin : Valgus, 1970. – 222 s.

Надійшла до редакції 01.11.2015

---

УДК 616.895 – 07

## **РОЛЬ ПРЕМОРБИДНЫХ И КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ПРОГНОЗЕ ПТСР**

**Коростий В. И., Коровина Л. Д.**

У статті обговорюється проблема діагностики ПТСР і коморбидних психічних розладів. Викладено основні характеристики ПТСР та варіанти коморбидних йому станів.

В якості ілюстрації наведено два клінічних випадки ПТСР з різними варіантами коморбидності. У першому випадку мається преморбидна депресивна симптоматика у пацієнта з ПТСР. У другому випадку описана коморбидна шизотипова симптоматика.

Показано актуальність ретельної діагностики преморбидної і коморбидної психічної патології у пацієнтів з ПТСР для ефективного лікування та реабілітації.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, коморбидність, тривога, депресія, психічна травма, діагностика, реабілітація.

The article discusses the problem of diagnosis of PTSD and comorbid psychiatric disorders. The basic characteristics and comorbidity of PTSD are present.

As an illustration, was shown two clinical cases of PTSD with the different variant of comorbidity. In the first case there is a premorbid depressive symptoms in patient with PTSD. In the second case described comorbid schizotypal symptoms.

It was shown the relevance of a thorough diagnosis of premorbid and comorbid psychopathology in patients with PTSD for the effective treatment and rehabilitation.

Keywords: post-traumatic stress disorder, comorbidity, anxiety, depression, trauma, diagnostics, rehabilitation.

В статье обсуждается проблема диагностики ПТСР и коморбидных психических расстройств. Изложены основные характеристики ПТСР и варианты коморбидных ему состояний. В качестве иллюстрации приведены два клинических случая ПТСР с различными вариантами коморбидности. В первом случае имеется преморбидная депрессивная симптоматика у пациента с ПТСР. Во втором случае описана коморбидная шизотипическая симптоматика. Показана актуальность тщательной диагностики преморбидной и коморбидной психической патологии у пациентов с ПТСР для эффективного лечения и реабилитации.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, коморбидность, тревога, депрессия, психическая травма, диагностика, реабилитация.

Традиционно, к психогенным расстройствам относят обратимые психические расстройства, проявляющиеся в эмоциональной неустойчивости, повышенной психической истощаемости, нарушении общего самочувствия и различных сомато-вегетативных функций, не изменяющие самосознание личности и осознания болезни. Их генез связан с психической травмой, то есть событием травматического переживания, воспринимаемым человеком, как

угрозу его существования, и нарушающему нормальную жизнедеятельность.

Психогенно обусловленным, согласно классификации МКБ-10, могут быть острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации, аффективные расстройства, бредовые расстройства, индуцированное бредовое расстройство.

Техногенные и природные катастрофы мирного времени, боевые действия масштабных и локальных войн обусловили рост распространенности и актуальность проблемы ПТСР в современном мире.

«Гибридная война», происходящая в настоящее время на востоке Украины, вовлекла в себя не только воинов, а и местных жителей, волонтеров. Не только боевые действия, но и информационно-психологическая составляющая формируют травматические переживания.

Известно, что 69% взрослого населения сообщают о переживании одного или более стрессовых событий за свою жизнь. У 25% людей, которые пережили травматическое событие, в последующем развивалось ПТСР, у 9% - длительное [15, 18, 22].

Частота данного расстройства доходит у комбатантов до 55%, а у вынужденных переселенцев ПТСР в 42%.

По мнению исследователей, ПТСР, в более чем 80 % случаев, обладает коморбидностью с другими психическими расстройствами. Среди них выделяют большую депрессию, ГТР, дистимию, алкогольную и другие химические зависимости, паническое и соматизированное расстройства [1, 3, 7, 12].

В литературе, таким понятием, как коморбидность, обозначают присутствие 2-х или более психических расстройств у одного пациента. Эти психические заболевания обладают свойственной им спецификой и самостоятельно, независимо друг от друга, присутствуют в клинике [2, 16].

Изначально, коморбидность, как понятие, ввел в клиническую практику A.R. Feinstein (1970) в общесоматической медицине.

В настоящее время выделяют три вида коморбидности психических расстройств. Косвенная коморбидность – это опосредованное взаимодействие нескольких расстройств, то есть ложная, усиливающая диагностику и поиск лечения обоих расстройств, неверно разделенных классификацией. К совпадающей коморбидности относят два независимых, в том числе этиологически, заболевания, появившихся одновременно. К существенной коморбидности относят заболевания с высокой частотой совпадения. Данные взаимосвязи нашли свое отражение в соматопсихиатрии, психосоматике, нейропсихиатрии [1, 17, 21].

Коморбидность отражается во временной динамике. Полиморфизм клинической картины болезни, представлен синдромами разных нозологических единиц, чередованием признаков расстройства, встречающихся в разное время; проявление одного заболевания при минимальной выраженности другого [2].

Выделяют факторы риска коморбидности: молодой возраст, низкий уровень образования, безработицу и одиночество [3, 9].

Говоря о коморбидности в психиатрии, не все авторы выделяют ее как истинную, считая относительной. Так, расстройства тревожного и депрессивного спектров имеют много общего и переходят друг в друга.

Эту точку зрения подтверждают генетические исследования. Установлен факт перекрестного наследования тревоги, депрессии. Биологические исследования, такие как

---

тест дексаметазонового подавлення, виявляє відсутність супресії у третіх хворих з паничним розладом, у 50% хворих великою депресією, 27% хворих з ГТР, за допомогою залучення в процес гіпоталамо-гіпофізарно-надпочечникової системи. Нейровізуалізаційні техніки (МРТ) показали атрофію височної доли справа при резистентній тривожі, депресії, підтверджуючи залучення в патологічний процес правого півшаря [2, 4, 17, 20, 21].

Дефіцит серотоніну, як основний механізм патогенезу, виділяють при булімії, алкоголізмі та наркоманії. Ця теорія послужила основою для пошуку складного синдрому «загального дистресу», включаючого в себе афективну патологію [8, 10, 14, 19].

Коморбидність відображається і в прогнозі ефективності антидепресивної терапії. Наявність тривоги при депресії є прогностично небагатоприятним в терапії антидепресантами, а наявність фобій та обсесій має позитивне прогностичне значення. Для прогнозу ефективності бензодіазепінових транквілізаторів небагатоприятним буде наявність депресії при лікуванні паничного розладу, а фобії та агресія мають позитивне прогностичне значення [2, 4, 8, 10, 13, 19].

Коморбидність не тільки усугубляє перебіг розладу, але й обумовлює небагатоприятний перебіг та ускладнення. Ймовірність одного з найбільш тяжких ісходів психічних розладів – суїцида, значно збільшується при коморбідній патології. Це обумовлено наявністю алкоголізації та іншими залежними формами поведінки, депресії, значним зниженням якості життя [3, 6, 14, 19].

За думкою дослідників, найбільш тривожним та труднокурабельним є поєднання афективної патології та алкоголізації, так як психоактивний вплив алкоголю за допомогою «системи підкріплення» з участю лімбічної системи патогенетично об'єднується з афективною патологією. Коморбідна психічна патологія усугубляє перебіг розладу, замикаючи, так звану «порочну петлю» розвитку хвороби [1, 2, 6, 11].

### **Клініка та патогенез ПТСР**

Опираючись на діагностичні критерії МКБ-10 та DSM-IV ПТСР – психічний розлад, характеризується як відстрочений або затяжний, виникає в результаті єдинократних або повторюваних зовнішніх психотравмуючих ситуацій, виключального загрожуючого або катастрофічного характеру, викликаючи дистрес майже у всіх людей (фізичне і/або сексуальне насильство, постійне нервне перенапруження, пов'язане з страхом, приниженням, співпереживанням стражданню оточуючих), виходячих за межі звичайного людського досвіду та загрожуючих фізичній цілості, життя суб'єкта або інших людей.

Критерієм діагностики ПТСР є стійке наявність симптомів протягом більше 1 місяця. Їх розділяють на три групи [3, 5, 9, 12].

Перша – це повторне переживання травматичного події. Воно може бути представлено спогадами, образами та думками з більшою або меншою частотою вторгаючихся в життя пацієнта. Дані симптоми мають «реальність», тобто можуть бути представлені ілюзіями, галюцинаціями, «флеш-беками» (диссоціативними «видіннями/ представленнями»). Поведіння пацієнта повністю або частково відповідає

содержанию данных расстройств. Высокий уровень эмоциональных расстройств сопровождается, как расстройства восприятия, так и объективно присутствующие характеристики напоминающие пережитое событие. Образы могут быть представлены в сновидениях (ночные кошмары).

Вторая – это симптомы, объединенные реакциями избегания или «оцепенения», как минимум в трех из представленных ситуациях. К ним относят: деятельность, окружение и обстановка, соответствовавшая психической травме; ощущения негативной перспективы будущего; избегание обсуждения психической травмы; снижение интереса к деятельности, ранее занимавшей пациента; присутствие явлений эмоциональной отчужденности от окружающих; невозможность воспроизвести основные характеристики психической травмы; наличие субъективного эмоционального обеднения.

Третья – два или более из следующих симптомов: инсомния; раздражительность/вспышки гнева (агрессии); нарушения концентрации внимания; настороженность/подозрительность; гиперактивация [2, 5, 9, 13].

Клиника ПТСР обусловлена несколькими факторами. Это само травматическое событие, его тяжесть и неожиданность. Механизмы защиты сводятся к возможности осмысления случившегося, наличием возможности воспользоваться социальной поддержкой, механизмами самообладания. Им противостоят факторы риска: возраст, наличие отрицательного опыта, наличие психической и поведенческой патологии, снижение интеллекта и низкий социально-экономический уровень [13, 20, 21].

Многие авторы в качестве фактора, предрасполагающего к развитию ПТСР, выделяют, так называемый, «невротизм». В данное понятие вмещают обсессивные (ананкастные), избегающие, зависимые, нарцисстические личностные черты, эпизоды большой депрессии и химические аддикции, что обуславливает низкий уровень адаптивных реакций к психической травме. Избегание и уход, как формы психологической защиты, также присутствуют у пациентов [3, 7, 9].

Развитие ПТСР связано с нарушением интегративности и адаптивности личности при интрапсихическом конфликте и невозможности достижения психологического комфорта. Травматическое событие запускает травматический стресс, психоэмоциональные проявления которого формируют клинику ПТСР. Существует несколько теорий развития ПТСР, которые относятся к когнитивному, психоаналитическому и биологическому направлениям. В основном это разделение жизни на «до» и «после» (когнитивное направление), диссоциация личности вследствие интрапсихического конфликта (аналитические направления), учитывает нейробиологический ответ: сенсбилизация адренорецепторов, участие амигдалы и гиппокампа (биологическое направление).

### **Коморбидность при ПТСР.**

На современном этапе развития психиатрии, для ПТСР коморбидными расстройствами чаще всего являются: аддикции, паническое расстройство, ГТР, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессивное расстройство, расстройство личности, психотические расстройства [1, 5, 7, 14].

При диагностике психической патологии вследствие боевой травмы, необходимо разделить симптомы ПТСР и сопутствующие расстройства. Одним из основных моментов

---

диагностики является выделение неврологических и соматических заболеваний. Общеклиническое, неврологическое, психодиагностическое, анамнестическое исследования могут дать достаточно информации, особенно при дифференциальной диагностике черепно-мозговой травмы или абстинентный синдром в условиях военных действий [5, 6, 13, 20].

Затруднять диагностику ПТСР могут пограничные расстройства личности, диссоциативные расстройства, симуляция симптомов. В этом случае информация о преморбидном состоянии больного часто является решающей в установлении диагноза.

Выраженность аффективной симптоматики тревожного типа и сомато-вегетативной патологии мешает в дифференцировании ПТСР от таких непсихотических расстройств, как паническое или генерализованное тревожное. В таких случаях можно опираться на следующие критерии. Значение приобретает информация о времени возникновения и связи симптомов с психической травмой с одной стороны. С другой стороны – особенность тревоги при ПТСР, когда ее переживание постоянно и вызывает явления избегания ее актуализации, в том числе в воспоминаниях [4, 5, 9, 16, 19].

При дифференциации ПТСР с большой депрессией необходимо учитывать особенности проявления, времени возникновения и связь с психотравмирующей ситуацией. Трудности могут вызывать, в основном, случаи коморбидной депрессии, как отдельного заболевания от клиники ПТСР [2, 3, 11, 19].

Проиллюстрируем коморбидность при ПТСР клиническими наблюдениями из нашей практики.

### **Клинический случай 1.**

Под нашим наблюдением находился пациент, старшего солдатского состава. Он пережил тяжелую боевую психотравмирующую ситуацию, угрожающую жизни. На этапах болезни был госпитализирован в военный госпиталь, где получал консервативную терапию в связи с осколочными ранениями и ожогами. Значимых изменений в дополнительных исследованиях не было выявлено (ЭЭГ, РЭГ, КТ). Органическая патология головного мозга была исключена. Впоследствии, при отсутствии значимой соматической патологии, был направлен на лечение в специализированный психиатрический стационар.

В клинике доминировали агрипнический, соматовегетативный, обсессивный синдромы. Нарушения сна были представлены поверхностным сном, частыми пробуждениями, отсутствием чувства отдыха, кошмарными сновидениями, стереотипно повторяющимися боевую психотравмирующую ситуацию. Соматовегетативный синдром был представлен вегето-сосудистой лабильностью и симпатическому типу. Обсессивный синдром проявлялся в навязчивых воспоминаниях, обсуждениях психической травмы. Так же отмечались «флеш-бэки».

Нарушения эмоциональной сферы не выступали на передний план. Как таковой тревоги не было представлено в психическом статусе. Аффект был слабо выраженным и проявлялся вне ситуаций, связанных с полученной психической травмой. При этом пациент выявлял краткие приступы дисфории в ответ на вопросы о семье и микросоциальном окружению до службы в армии, особенно семьи. Эксплозивные вспышки были абортивными в своем проявлении. Психоэмоциональный спад был длительным. Он был представлен тоскливо-печальным настроением, сочетавшимся с резким и значительным снижением

продуктивности общение. Беседа сводилась к кратким, поверхностным ответами со стороны пациента.

Как и у большинства больных с ПТСР, в нашем случае пациент выявлял несовершенные психологические механизмы адаптации к изменившемуся окружению после возвращения с фронта. У пациента были алкогольные эксцессы (кратковременные запои). В состоянии алкоголизации пациент находил удовлетворительным общение только с боевыми товарищами.

Присутствие родственников и их попытки общения с пациентом, у последнего вызвали смешанные реакции тоски и дисфории, которые так же сменялись относительно длительными периодами сниженного когнитивного функционирования.

Диагностический процесс и дифференцирование расстройств, имеющих у пациента, посредством выявляемых психопатологических феноменов, усложнялся наличием скудных сведений, имеющих у нас. Мы сталкивались с тем, что анамнестические данные (как объективные, так и субъективные) на момент поступления пациента в стационар были недостаточными.

Лечение пациента в отделении было комплексным: психофармакологическим и психотерапевтическим.

Психотерапевтическое сопровождение включало комплексную программу с когнитивно-поведенческой, экзистенциальной терапией, психообразовательными занятиями.

Поведение пациента было двойственным. Он охотно посещал психотерапевтические сессии, но при этом вел себя замкнуто. Значимые затруднения выявлялись с самого начала психотерапевтической работы. Осознанию психотравмирующей боевой ситуации пациент противился. В речи доминировали стереотипные повторения кровавых подробностей, сопровождавшихся аффективной реакцией и стремлением «произвести впечатление» на психотерапевта. При относительно активном участии больного в психотерапии, контакт и уровень сотрудничества не был продуктивным.

Впоследствии, по проработыванию всей боевой психотравмирующей ситуации, актуализировалась хроническая стрессовая ситуация личного характера, длившаяся около 3-х лет. Как выяснилось, пациент обладал крайне низким уровнем социальной поддержки, самореализации и находился в социально-экономической зависимости от других членов семьи.

Основным доступным механизмом компенсации на протяжении многих лет была алкоголизация. К данной форме поведения была снижена критичность. Ее дополняло поведение избегания, также закрепившееся на протяжении последних лет.

В ходе лечения и дополнения к анамнезу (объективному) клинический диагноз расширился. ПТСР дополнили депрессивное расстройство, маскированное алкоголизацией.

Наличие давнего депрессивного расстройства и особенностей микросоциального окружения значительно ослабило типичные механизмы адаптации к психотравмирующей ситуации. Особенности клиники, также обусловлены наличием депрессивного расстройства и сопутствующей алкоголизации. Данная коморбидная психическая патология потребовала видоизменения тактики психотерапевтического воздействия.

Ближайший катамнестический период показал, что изменение психотерапевтического лечения оказалось верным и пациент выписался из отделения в состоянии компенсации.

---



Первый клинический случай ПТСР приводит пример преморбидной коморбидности.

### **Клинический случай 2.**

ПТСР в сочетании с вторичной коморбидной психической патологией.

Изначально у больного в личностной сфере отмечались замкнутость, малообщительность, низкий уровень социализации (стабильного места работы и инициативы трудиться не имел, семейная жизнь не устроенная, нуждался в постоянной опеке со стороны матери, старшей сестры). Имеется демонстративная суицидальная попытка. Семейный анамнез отягощен самоубийством родного брата.

Во время мобилизации обострились такие черты, как отгороженность, замкнутость, подозрительность. По возвращении домой в отпуск, после получения минно-взрывной травмы в зоне АТО, появилась психосимптоматика, типичная для ПТСР. Наблюдались тревога, бессонница, страх за собственную жизнь, ночные кошмары и реминисцентного эпизоды днем со сценами боевых действий. Стал раздражительным, начал злоупотреблять алкоголем. Об участии в АТО больной очень избирательно делился собственными переживаниями с родными. Данное состояние окончилось спонтанным улучшением.

По возвращении в зону АТО, отдаленную от передовой, ведущая психопатологическая симптоматика была представлена раздражительностью, напряженностью, подозрительностью, неадекватным поведением: публично громко разговаривал сам с собой, выкрикивал фразы, не связанные с разговором. Совершил самострел, запершись в бытовой комнате. При госпитализации предоставлял противоречивые объяснения данного эксцесса.

В отделении наблюдались кратковременные преходящие психотические расстройства: был растерянным, с дезорганизацией мышления, идеями отношения и влияния со стороны, неадекватность аффекта, которые быстро редуцировались на фоне антипсихотической терапии. По выписке были даны рекомендации о демобилизации в первую очередь.

При возвращении в часть вел себя неадекватно, злоупотреблял алкоголем, обвинял окружающих в непонимании, плохом к себе отношении, вел себя вызывающе, провоцировал конфликтные ситуации.

При повторной госпитализации был аффективно неустойчив (аффективные вспышки окрашивали суждения), с тенденцией к снижению настроения; выявлял активный и пассивный негативизм. В мышлении доминировали паралогии и ригидность. Был амбивалентным; в переживаниях периодически присутствовали воспоминания боевых действий и сцены гибели товарищей, которые вызывают стремление вернуться в часть. Критика к своему состоянию отсутствовала. Применяемая комплексная терапия расстройства не дала достаточного эффекта, в связи с чем пациент решением ВВК был признан непригодным к дальнейшей военной службе с исключением (со снятием) с воинского учета.

Данный клинический пример иллюстрирует развитие вторичного шизотипического расстройства у пациента с преморбидным ПТСР.

### **Выводы.**

Таким образом, одним из важнейших факторов риска ПТСР является наличие в преморбиде различной психической патологии, в частности пограничных нервно-

психических расстройств. При этом мы предполагаем, что наряду с предрасполагающим влиянием преморбидного по отношению к ПТСР невротического расстройства, после воздействия экстремальной травмы дезактуализируются проявления преморбидного внутриличностного конфликта, находившегося в основе невроза.

Также, приведенные клинические случаи показали необходимость индивидуального подхода к диагностике и терапии ПТСР, с учетом коморбидной (как первично, так и вторично) психической патологии. В представленных примерах механизмы защиты были недостаточно развиты. Осмысление случившегося в первом случае активизировало предшествующее депрессивное расстройство, которое усугублялось алкоголизацией. Необходимую социальную поддержку пациент не мог получить вследствие конфликтных ситуаций в семье. Так же он обладал недостаточными механизмами самообладания, что связано с преморбидными особенностями личности, интеллектуальным и социально-экономическим уровнями. Во втором случае травматический опыт сначала сформировал ПТСР, а впоследствии шизотипическое расстройство у личности с преморбидными особенностями.

Описанные клинические ситуации показали необходимость тщательного отбора кандидатов и недопущения в ряды военнослужащих лиц с актуальными невротическими расстройствами, а также учета наличия первичной коморбидной психической патологии и особенностей личности, формирующих вторичные расстройства, в диагностике и лечении ПТСР в подобных случаях, с учетом значительной патопластики клиники и динамики заболевания.

### Литература

1. Боро М. П. Парадигма в развитии психических расстройств в эпоху глобализма // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2011. – №2(27). – С. 3 – 7.
  2. Гиленко М. В. Коморбидность психических расстройств: история развития взглядов на проблему, определение, классификации (аналитический обзор)/ М. В. Гиленко, В. В. Вандыш-Бубко // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 28 – 37.
  3. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / уклад.: Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. – Харків, 2014. – 67 с.
  4. Калинин В. В. Тревожные состояния у больных эндогенными психозами и с невротическими расстройствами. Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1996. - 46 с.
  5. Марута Н. А. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих внутренних войск МВД Украины (причины, механизмы, профилактика)/ Н.А. Марута, В.С. Гичун // – Український вісник психоневрології. – 2007. – Том 15. – вип. 1 (50). – С. 71 – 75.
  6. Марута Н. А. Пароксизмальные состояния при невротических расстройствах (клинико-психопатологическая структура и принципы терапии)/ Н. А. Марута, С.П. Колядко // – Український вісник психоневрології. – 2013. – Том 21. – вип. 3 (76). – С. 7 – 12.
  7. Михайлов Б. В. Посттравматические стрессовые расстройства в различных регионах Украины/ Б.В. Михайлов // Медицинская психология. – 2011. – №3. – С. 64 – 64.
  8. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов, С-П., 1995. – 556 с.
-

9. Напреенко А. К., Марчук Т. Е. Посттравматические стрессовые расстройства (обзор литературы)/ А. К. Напреенко, Т. Е. Марчук // *Архів психіатрії*. – 2001. – № 3. – С. 14 – 19
10. Принципы и практика психофармакотерапии / Ф. Дж. Янчак, Д. М. Девис, Ш. Х.Прескорн, Ф. Дж. Айд младший. Киев, Ника-Цент, 1999,
11. Сукиасян С. Г. Депрессии: коморбидность или клиническое многообразие?/ С.Г. Сукиасян, Н.Г. Манасян, С.П. Маргарян // *Обозр. психиатрии и мед. психол.* – 2007. – Т. 04, № 2. – С. 4 – 7.
12. Чабан О. С. Медико-психологічні та експертні аспекти професійної діяльності аварійно-рятувальних служб/ О. С. Чабан, С. Г. Полшкова // *Ліки України плюс*. – 2010. – № 2. – С. 4 – 13.
13. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Э. Фoa, Т. М. Кина, М. Фридмана. – М.: «Когито-Центр», 2005. – 467 с.
14. Baillargeon J. Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders/ J. Baillargeon, J.V. Penn, K. Knight et al. // *Adm. Policy Ment. Health*. – 2010. – Vol. 37. – N 4. – P. 367 – 374.
15. Breslau N. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation/ N. Breslau, R. C. Kessler // *Biological Psychiatry* – 2001. – № 50. – P. 699 – 704.
16. Cloninger C. R. Implications of comorbidity for the classification of mental disorders: the need for a psychobiology of coherence / Eds M. Maj, W. Gaebel, J.J. Lypez-Ibor et al. // *Psychiatric Diagnosis and Classification*. – Chichester: John Wiley and Sons, 2002. – P. 79 – 105.
17. Elbogen E. B. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions/ E.B. Elbogen, S.C. Johnson // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 66. – N 2. – P. 152 – 161.
18. McNally R. J. Can we fix PTSD in DSM-V? / R. J. McNally // *Depression and Anxiety*. – 2009. – № 26. – P. 597 – 600.
19. Lapierre Y, Hamilton D. Focus on depression and anxiety/ Lapierre Y, Hamilton D. – November, 1993. – 4(4). – P. 76 – 81
20. Lilienfeld S. O. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research/ Lilienfeld S.O., Waldman I.D., Israel A.C. // *Clin. Psychol: Science and Practice*. – 1994. – Vol. 1. – P. 71–83.
21. Maj M. "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems?/ Maj M. // *Br. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 186. – P. 182 –184.
22. Kessler R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey/ R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C.B. Nelson // *Arch Gen Psychiatry*. – 1995. – № 52(12). – P. 1048 – 1060.

### References

1. Bero M. P. Paradigma v razvitii psihicheskikh rasstrojstv v epohu globalizma // *Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii*. – 2011. – №2(27). – S. 3 – 7.
2. Gilenko M. V. Komorbidnost' psihicheskikh rasstrojstv: istorija razvitija vzgljadov na problemu, opredelenie, klassifikacii (analiticheskij obzor)/ M.V. Gilenko, V.V. Vandysh-Bubko // *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal*. – 2011. – № 4. – S. 28 – 37.

3. Diagnostika, terapija ta profilaktika mediko-psihologichnih naslidkiv bojovih dij v suchasnih umovah: metodichni rekomendaciji / uklad.: Voloshin P. V., Maruta N. O., Shestopalova L. F. ta in. – Harkiv, 2014. – 67 s.
  4. Kalinin V. V. Trevozhnye sostojanija u bol'nyh endogennymi psihozami i s nevrolicheskimy rasstrojstvami. Avtoref. diss.dokt. med. nauk. M., 1996. - 46 s.
  5. Maruta N. A. Autoagressivnoe povedenie u voennosluzhashhijh vnutrennih vojsk MVD Ukrainy (prichiny, mehanizmy, profilaktika)/ N.A. Maruta, V.S. Gichun // – Ukrajin'skij visnyk psihonevrologji. – 2007. – Tom 15. – Vyp. 1 (50). – S. 71 – 75.
  6. Maruta N. A. Paroksizmal'nye sostojanija pri nevrolicheskih rasstrojstvah (kliniko-psihopatologicheskaja struktura i principy terapii)/ N. A. Maruta, S.P. Koljadko // – Ukrajin'skij visnyk psihonevrologii. – 2013. – T. 21. – Vyp. 3 (76). – S. 7 – 12.
  7. Mihajlov B. V. Postravmaticheskie stressovye rasstrojstva v razlichnyh regionah Ukrainy/ B.V. Mihajlov // Medicinskaja psihologija. – 2011. – №3. – S. 64 – 64.
  8. Mosolov S. N. Klinicheskoe primenenie sovremennyh antidepressantov, S-P., 1995. – 556 s.
  9. Napreenko A. K., Marchuk T. E. Posttravmaticheskie stressovye rasstrojstva (obzor literatury)/ A. K. Napreenko, T. E. Marchuk // Arhiv psichiatrii. – 2001. – № 3. – S. 14 – 19
  10. Principy i praktika psihofarmakoterapii / F. Dzh. Janchak, D. M. Devis, Sh. H. Preskorn, F.Dzh. Ajd mladshhij. Kiev, Nika-Cent, 1999.
  11. Sukiasjan S. G. Depressii: komorbidnost' ili klinicheskoe mnogoobrazie? / S.G. Sukiasjan, N. G. Manasjan, S. P. Margarjan // Obozr. psichiatrii i med. psihol. – 2007. – T. 04, – № 2. – S. 4 – 7.
  12. Chaban O. S. Mediko-psihologichni ta ekspertni aspekti profesijnoї dijאל'nosti avarijno-rjatuval'nih sluzhb/ O.S. Chaban, S. G. Polshkova // Liki Ukraїni pljus. – 2010. – № 2. – S. 4 – 13.
  13. Jeffektivnaja terapija posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva/ Pod red. Je. Foa, T. M. Kina, M. Fridmana. – M.: «Kogito-Centr», 2005. – 467 s.
  14. Baillargeon J. Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders/ J. Baillargeon, J.V. Penn, K. Knight et al. // Adm. Policy Ment. Health. – 2010. – Vol. 37. – N 4. – P. 367 – 374.
  15. Breslau N. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation/ N. Breslau, R. C. Kessler // Biological Psychiatry – 2001. – № 50. – R. 699 – 704.
  16. Cloninger C. R. Implications of comorbidity for the classification of mental disorders: the need for a psychobiology of coherence / Eds M. Maj, W. Gaebel, J.J. Lupez-Ibor et al. // Psychiatric Diagnosis and Classification. – Chichester: John Wiley and Sons, 2002. – R. 79 – 105.
  17. Elbogen E. B. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions/ E. B. Elbogen, S. C. Johnson // Arch. Gen. Psychiatry. – 2009. – Vol. 66. – N. 2. – P. 152 – 161.
  18. McNally R. J. Can we fix PTSD in DSM-V? / R. J. McNally// Depression and Anxiety. – 2009. – № 26. – R. 597 – 600.
  19. Lapierre Y, Hamilton D. Focus on depression and anxiety/ Lapierre Y, Hamilton D. – November, 1993. – 4(4). – R. 76 – 81
  20. Lilienfeld S. O. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research/ Lilienfeld S. O., Waldman I. D., Israel A. C. // Clin.
-

Psychol: Science and Practice. – 1994. – Vol. 1. – R. 71–83.

21. Maj M. "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems?/ Maj M. // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 186. – P. 182–184.

22. Kessler R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey/ R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C.B. Nelson // Arch Gen Psychiatry. – 1995. – № 52(12). – R. 1048 – 1060.

Надійшла до редакції 02.09.2015

---

УДК 616.895-008.447-072.8-057.36:159.9.075

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА АДАПТИВНОГО РАССТРОЙСТВА  
У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, УВОЛЕННЫХ  
В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ АРМИИ****Сукачѐва О. Н.**

Відомості про поширеність, структуру, клініку, динаміку та наслідках адаптаційних розладів в умовах військової служби і після неї, на даний час, вивчені мало. Дане дослідження було спрямоване на діагностику розладів адаптації у військовослужбовців, звільнених з лав ЗС України у зв'язку з реформуванням армії. Досліджувалася частота поширеності осіб з ознаками адаптаційних розладів та без таких. Розглядалися статевовікові характеристики військовослужбовців в групах і підгрупах. Проводилась порівняльна характеристика в групах і підгрупах за параметрами «освіта», «працевлаштованість», «трудова зайнятість», «рівень матеріального забезпечення», а також узагальнені характеристики шлюбно-сімейного статусу колишніх військовослужбовців у групах порівняння. У результаті дослідження, аналіз загальних характеристик обстежених військовослужбовців з ознаками розладів адаптації і без таких, виявив однорідність за більшістю основних показників, що стало підставою для висновку щодо гомогенності основної та контрольної груп, релевантності отриманих даних і репрезентативності результатів дослідження.

Ключові слова: адаптивний розлад; стрес; МКБ-10; афективний варіант АР; поведінковий варіант АР; депресивний підваріант; тривожний підваріант; змішаний підваріант; працевлаштованість, трудова зайнятість, рівень матеріального забезпечення; військовослужбовці, звільнені з армії.

Data on the prevalence, structure, clinic, dynamics and outcomes of adaptation disorders in conditions of military service, and after it, at present have been studied not enough. This study was aimed to diagnose adaptation disorders of military personnel discharged from the Armed Forces of Ukraine in the result of army reformation. The frequency of people with and without the signs of adaptation disorders was investigated. Gender and age characteristics of soldiers among groups and subgroups were described. Comparative characteristics of groups and subgroups according to the parameters "education", "employment", "level of financial security", as well as generalized characteristics of marital status of ex-servicemen in the groups were given. As a result of the study, an analysis of the general characteristics of the surveyed soldiers with and without symptoms of adaptation disorder revealed the homogeneity of the most of main indicators, which became the basis for the conclusion about homogeneity of the control and experimental groups and relevance of the data and the representativeness of the study results.

Keywords: adaptive disorder; stress; ICD-10; affective variant of AD; behavioral variant of AD; depressive sub-option; anxious sub-option; mixed sub-option; employment, the level of financial security; soldiers dismissed from the army.

Сведения о распространенности, структуре, клинике, динамике и исходах адаптационных расстройств в условиях военной службы и после нее, на данный момент,

изучены мало. Данное исследование было направлено на диагностику расстройств адаптации у военнослужащих, уволенных из рядов ВС Украины в связи с реформированием армии. Исследовалась частота встречаемости лиц с признаками адаптационных расстройств и без таковых. Рассматривались половозрастные характеристики военнослужащих в группах и подгруппах. Проводилась сравнительная характеристика в группах и подгруппах по параметру «образование», «трудоустроенность», «трудовая занятость», «уровень материального обеспечения», а также обобщенные характеристики брачно-семейного статуса бывших военнослужащих в группах сравнения. В результате исследования, анализ общих характеристик обследованных военнослужащих с признаками расстройств адаптации и без таковых, выявил однородность по большинству основных показателей, что стало основанием для вывода о гомогенности основной и контрольной групп, релевантности полученных данных и репрезентативности результатов исследования.

Ключевые слова: адаптивное расстройство; стресс; МКБ-10; аффективный вариант АР; поведенческий вариант АР; депрессивный подвариант; тревожный подвариант; смешанный подвариант; трудоустроенность, трудовая занятость, уровень материального обеспечения; военнослужащие, уволенные из армии.

Диагностическая категория «расстройство адаптации» («adjustment disorder») появилась впервые в ICD (МКБ-10) – в 1978 году. В текущей версии МКБ-10 расстройства адаптации отнесены к рубрике расстройств, связанных со стрессом (stress-related disorders) [8;9]. При этом имеет место определенная путаница в понятиях и терминах: под термином «стресс» в указанных классификациях подразумевается стрессовое событие, а не универсальная физиологическая реакция – общий адаптационный синдром [1]. В последние десятилетия первоначальный научный смысл термина «стресс» подвергся искажению: он начал применяться преимущественно к неблагоприятным, драматическим событиям, а не только и даже не столько к реакции на изменения среды, то есть стал обозначать собственно «stressor» – воздействие, раздражитель, опасность, экстраординарное событие [10].

В настоящее время в украинско- и русскоязычной научной литературе для обозначения исследуемой диагностической единицы используется термин «расстройство адаптации», в то время как в англоязычной литературе для обозначения данного психического нарушения используется термин «расстройство приспособления» («adjustment disorder») [3;4].

В исследовании используется термин «адаптационные расстройства», как предпочтительный, ориентируясь на Руководство к МКБ-10 под редакцией Дж. Купера [9], рекомендованное Ассоциацией психиатров Украины.

В настоящее время наиболее удачным группированием расстройств адаптации является клиническая типология, предложенная П.В. Волошиным в соавт. [3;6]. Типология предполагает выделение 2-х основных клинических вариантов: аффективного и поведенческого. В свою очередь, в варианте с преобладанием в клинической картине расстройств адаптации аффективных нарушений авторы выделяют три подварианта: депрессивный, тревожный и смешанный. Депрессивный подвариант соответствует диагностическим критериям пролонгированной депрессивной реакции – F 43.21, тревожный подвариант – критериям рубрики F 43.23 («Адаптационное расстройство с преобладанием нарушения других эмоций»), а смешанный подвариант (тревожно-депрессивный) –

критериям рубрики F 43.22 («Смешанная тревожно-депрессивная реакция»). Поведенческий вариант расстройства адаптации соответствует «расстройству адаптации с преобладанием нарушений поведения» (F 43.24).

Сведения о распространенности, структуре, клинике, динамике и исходах адаптационных расстройств в условиях военной службы, равно как и после её завершения, являются отрывочными, несистематизированными, и основаны, как правило, на кросс-секциональном подходе [7].

Несение военной службы связано с многофакторными стрессовыми воздействиями, которые имеют тенденцию накапливаться и нарастать, что может приводить к изменению поведения или личности, развитию различных пограничных психических расстройств [5]. При анализе заболеваемости психическими расстройствами среди военнослужащих срочной службы (открытые данные клиники психиатрии Главного военного клинического госпиталя Министерства Обороны Украины) было выявлено, что в структуре психической патологии доминировали невротические расстройства, которые составляли до 63,4%. Также было показано, что специфическим для военной службы и наиболее частым проявлением невротических расстройств в современных условиях являются ситуационно-обусловленные реакции психической дезадаптации [2]. Указанные нарушения имели свою динамику и формировались в тесной связи с вызвавшими их стрессогенными факторами и купировались за короткий промежуток времени.

Исходя из вышесказанного, данное исследование было направлено на диагностику расстройств адаптации у военнослужащих, уволенных из рядов ВС Украины в связи с реформированием армии. Изначально исследовалась частота встречаемости лиц с признаками адаптационных расстройств и без таковых. Рассматривались половозрастные характеристики военнослужащих в группах и подгруппах. Проводилась сравнительная характеристика в группах и подгруппах по параметру «образование», «трудоустроенность», «трудовая занятость», «уровень материального обеспечения», а также обобщенные характеристики брачно-семейного статуса бывших военнослужащих в группах сравнения.

В исследовании использовались клинический (клинико-психопатологический), психодиагностический и статистический методы.

Оценка психического состояния испытуемых в группах сравнения проводилась на основании полуструктурированного клинического интервью, основанного на опроснике PSE (Present State Examination, J.K. Wing et al., 1974) [12]. Шкала оценки психического статуса (Present state examination – PSE) разработана Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в 1973 г. для оценки тяжести психических нарушений в статусе больного на основании его стандартизированного опроса. PSE позиционируется ВОЗ как европейская оценочная шкала психического состояния, симптоматический перечень которой был разработан для выявления синдромологических констелляций. При оценке аддиктивного статуса (АС) респондентов был использован «Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов» [11]. Оценивание АС было проведено в динамическом аспекте.

Математическая обработка эмпирических данных производилась с использованием пакета прикладных компьютерных программ «Microsoft Excel 2007» и «Statistica 8.0 for Windows».

---



На этапе выделения групп сравнения по унифицированным критериям МКБ-10 в региональном контингенте военнослужащих, уволенных из Вооруженных Сил (ВС) Украины в связи с реформированием армии, было проведено изучение частот встречаемости лиц с адаптационными расстройствами (АР) и без таковых. Всего исследовано 446 бывших военнослужащих. У 99 (22,20%) из них были установлены признаки АР (F43.2) (табл. 1). Клиническая картина АР представляла собой констелляцию симптомов, соответствующих критериям аффективных (F3), невротических, стрессовых и соматоформных (F4) расстройств и нарушений социального поведения (F91), но не отвечающих полностью ни одному из них. Указанные симптомы у всех пациентов с АР проявились в течение месяца после увольнения из рядов Вооруженных Сил (ВС). Общим в анамнезе для лиц с АР был психосоциальный стресс – «непланируемое увольнение из армии». Военнослужащие с АР составили клиническую группу исследования. Исключались пациенты с расстройствами психотического уровня, аффективными расстройствами (как в анамнезе, так и на момент обследования), расстройствами личности, текущими органическими заболеваниями ЦНС и тяжелой соматической патологией. Контрольную группу (сравнения) образовали 30 военнослужащих, уволенных из ВС, здоровых по медицинскому (психопатологическому) критерию, не проявивших признаков АР в течение месяца после увольнения, и не имевших таковых признаков на момент обследования.

Таблица 1.

Распределение в контингенте военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил частот встречаемости лиц с признаками адаптационных расстройств и без таковых (по критериям МКБ-10), %

Военнослужащие, уволенные из рядов Вооруженных Сил	N*	%**
1. Без адаптационных расстройств	347	77,80 <sup>1</sup>
2. С адаптационными расстройствами	99	22,20 <sup>2</sup>
Всего:	446	100,00
Примечание: 1) *N – абсолютное число человек, ** - % - относительные число (то же во всех последующих таблицах). 2) Достоверность межгрупповых различий: <sup>1-2</sup> - p<0,001		

По результатам клинко-статистического анализа данных, полученных при использовании PSE (Present State Examination, J.K. Wing et al., 1974)[111], и в соответствии с методическими рекомендациями Волошина П.В. в соавт. [1], в группе бывших военнослужащих с признаками АР, было выделено две подгруппы. Первую составили 46 (46,46%) пациентов с поведенческим вариантом АР (ПВ АР), вторую подгруппу образовали 53 (53,54%) пациента с аффективным вариантом АР (АВ АР) (табл.2).

Распределение пациентов в клинической группе и подгруппах, соотнесенное с категориальными диагностическими шифрами МКБ-10 отражено в таблице 3.

Таблица 2.

## Группы и подгруппы сравнения, %

Клиническая группа (пациенты с адаптационными расстройствами) (АР)	N	%
1-я подгруппа (с поведенческим вариантом АР) (ПВ АР)	46	46,46 <sup>1</sup>
2-я подгруппа (с аффективным вариантом АР)(АВ АР)	53	53,54 <sup>2</sup>
Всего:	99	100,00
Контрольная группа	30	100,00
Примечание: Достоверность внутригрупповых различий: <sup>1-2</sup> - p<0,001		

Таблица 3.

## Распределение пациентов в клинической группе и подгруппах, соотнесенное с категориальными диагностическими шифрами МКБ-10, %

Клиническая группа (АР) (F43.2)	N	%
1-я подгруппа (ПВ АР) (F43.24)	46	46,46
2-я подгруппа (АВ АР) (F43.21, F43.22, F43.23)	53	53,54
Всего:	99	100,00

Все обследованные являлись зрелыми мужчинами. Средний возраст пациентов клинической группы – 38,50±2,02 лет, испытуемых контрольной группы – 38,40±1,06 лет (табл. 4.). Значимые различия по параметрам «пол» и «средний возраст» в группах и подгруппах сравнения отсутствовали (p>0,05).

Таблица 4.

## Половозрастные характеристики военнослужащих в группах и подгруппах сравнения, M±m

Параметры	Группы, подгруппы сравнения		
	Клиническая группа, n=99		Контрольная группа, n=30
	1-я подгруппа, n=46	2-я подгруппа, n=53	
Средний возраст, лет	38,10±2,02 <sup>3</sup>	38,90±2,02 <sup>4</sup>	38,40±1,06 <sup>2</sup>
	38,50±2,02 <sup>1</sup>		
Пол	мужской	мужской	мужской
Примечание: достоверность межгрупповых различий: <sup>1-2</sup> -p>0,05; <sup>3-4</sup> -p>0,05			

Большинство испытуемых контрольной группы (66,67%) имели высшее образование, тогда как большинство (65,66%) пациентов с АР имели средне специальное образование (табл. 5). Число респондентов с высшим образованием среди бывших военнослужащих в 1,94 раз было больше в контрольной группе (p<0,01).

Большинство бывших военнослужащих с признаками АР (74,75%) на момент изучения были трудоустроены, но только 16,22% из трудоустроенных имели постоянное место работы, остальные 83,78% не имели постоянного места работы и относились к категории лиц с транзитной занятостью.

Таблиця 5.

Сравнительная характеристика в группах и подгруппах по параметру «образование», %

Параметр «образование»		Группы, подгруппы сравнения							
		Клиническая группа, n=99						Контрольная группа, n=30	
Параметр	Группы, подгруппы сравнения	1-я подгруппа, n=46		2-я подгруппа, n=53		Всего			
		N	%	N	%	N	%		
		N	%	N	%	N	%		
«Трудоустроенность»									
Имеется	36	36,36	38						
Отсутствует	12	12,12	13						
«Трудовая занятость»									
Постоянная	6	8,11	6						
Транзитная	30	40,54	32						
«Уровень материального обеспечения»									
Высокий	—	—	—						
Средний	26	26,26	27						
Низкий	21	21,21	23						
Примечание: достоверность межгрупповых различий: <sup>1-2</sup> -p<0,01; <sup>3-4</sup> -p<0,001									
Высшее	17	17,17 <sup>1</sup>	17	17,17 <sup>1</sup>	34	34,34 <sup>1</sup>	20	66,67 <sup>2</sup>	
Среднее специальное	29	29,29	36	36,36	65	65,66 <sup>3</sup>	10	33,33 <sup>4</sup>	
Примечание: достоверность межгрупповых различий: <sup>1-2</sup> -p < 0,001; <sup>3-4</sup> -p < 0,001									

Большинство бывших военнослужащих без признаков АР (93,33%) на момент изучения были трудоустроены, 92,86 % из трудоустроенных имели постоянное место работы, остальные 7,14% относились к категории лиц с транзитной занятостью. Сравнимые группы значимо различались по параметру «трудовая занятость»: в группе пациентов с АР, лиц с транзитной занятостью (имеющих нестабильные заработки, работающих неполный рабочий день и пр.) было в 11,73 раза больше, чем в контрольной группе. Важным аспектом социального статуса является влияние расстройства на возможность справляться с работой и продолжать продуктивную профессиональную деятельность. Все работающие пациенты с АР отметили значительные затруднения в выполнении обычных трудовых обязанностей. Кроме этого болезненное состояние мешало не только полноценному выполнению трудовых обязанностей, но и социально значимой профессиональной реализации в новой для них социальной среде (табл.6.).

Материальное обеспечение жизни пациентов сравниваемых групп на момент обследования достоверно различалось (табл.6.). Как «низкое» свое материальное обеспечение характеризовали чаще пациенты с АР (44,44%). Средний уровень материального обеспечения чаще отмечали испытуемые без признаков АР (в 1,44 раза, p<0,001). Высокий материальный уровень отмечался исключительно в группе бывших военнослужащих без признаков АР.

Таблица 6.

Сравнительная характеристика в группах и подгруппах по параметру «трудоустроенность», «трудовая занятость», «уровень материального обеспечения», %

Параметр	Группы, подгруппы сравнения							
	Клиническая группа, n=99						Контрольная группа, n=30	
	1-я подгруппа, n=46		2-я подгруппа, n=53		Всего			
	N	%	N	%	N	%	N	%
«Трудоустроенность»								
Имеется	36	36,36	38	38,38	74	74,75 <sup>1</sup>	28	93,33 <sup>2</sup>
Отсутствует	12	12,12	13	13,13	25	25,25	2	6,67
«Трудовая занятость»								
Постоянная	6	8,11	6	8,11	12	16,22	26	92,86
Транзитная	30	40,54	32	43,24	62	83,78 <sup>3</sup>	2	7,14 <sup>4</sup>
«Уровень материального обеспечения»								
Высокий	–	–	–	–	–	–	6	20,00
Средний	26	26,26	27	27,27	55	55,56	24	80,00
Низкий	21	21,21	23	23,23	44	44,44	–	–
Примечание: достоверность межгрупповых различий: <sup>1-2</sup> -p<0,01; <sup>3-4</sup> -p<0,001								

Все обследованные в группах сравнения состояли в браке, большинство из них имели детей (табл. 7). Семья у большинства бывших военнослужащих с признаками АР (89,90%) и без таковых (86,67%), характеризовалась как нуклеарная (супружеская или партнёрская, т.е. состоящая из родителей (родителя) и детей, либо только из супругов). По количеству детей в изученном контингенте наиболее распространенной являлась малодетная семья (двое детей), составляющая в группе военнослужащих с АР 46,46%, в группе военнослужащих без АР – 46,67%. Процент однодетных семей в группе военнослужащих с признаками АР и без таковых был сопоставим (36, 36% и 36,67%, соответственно). По числу многодетных семей и числу семей без детей сравниваемые группы также существенно не различались (p>0,1).

В изученных группах преобладали семьи среднего супружеского возраста с детьми школьного возраста (брачный стаж от 3-10 лет). По однородности социального состава большинство семей военнослужащих в сравниваемых группах были гомогенны как по уровню образования супругов, так и по отношению к религии (табл. 7).

Таблица 7.

Обобщенные характеристики брачно-семейного статуса бывших военнослужащих в группах сравнения, %

Характеристики	Клиническая группа, n=99		Контрольная группа, n=30	
	N	%	N	%
<b>Брачный статус</b>				
Официальный брак	99	100,00	30	100,00
<b>Тип семьи по признаку «нуклеарности»</b>				
Нуклеарная семья	89	89,90 <sup>1</sup>	26	86,67 <sup>2</sup>
Расширенная	10	10,10	4	13,33
<b>Детность в браке</b>				
Наличие одного ребенка	36	36,36	11	36,67
Наличие двух детей	46	46,46	14	46,67
Наличие более двух детей	2	2,02	1	3,33
Отсутствие детей	15	15,15 <sup>3</sup>	4	13,33 <sup>4</sup>
<b>Семейный стаж</b>				
3-10 лет совместного проживания	84	84,85	29	96,67
<3 лет	15	15,15	4	13,33
>10 лет				
<b>Однородность семьи по образовательному уровню и вероисповеданию</b>				
Однородность супругов по образовательному уровню	50	50,51	17	56,67
Однородность супругов по отношению к религии	60	60,61	18	60,00
Примечание: достоверность различий <sup>1-2</sup> -p>0,1; <sup>3-4</sup> -p>0,1				

Таким образом, анализ общих характеристик обследованных военнослужащих с признаками расстройств адаптации и без таковых, выявил однородность по большинству основных показателей, что стало основанием для вывода о гомогенности основной и контрольной групп, релевантности полученных данных и репрезентативности результатов исследования.

### Литература

1. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии [Текст] / О.С. Антипова / ЭФ. Неврология и психиатрия. – 2013 – №1. – С.2-8.
2. Астапов Ю. Н. Вопросы психопрофилактики невротических расстройств у военнослужащих срочной службы [Текст] / Ю.Н. Астапов // Архів психіатрії. – 2001. – № 4. – С. 113–116.
3. Волошин П. В. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування. Методичні

рекомендації [Текст] / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та інш.]. – Харків, ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України”, 2009. – 32 с.

4. Гореликов И. В. Факторы риска и типология расстройств адаптации у жителей Камчатского региона [Текст]: автореф. диссер. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 24 с.

5. Gunderson E. K. Epidemiology of mental disorders in the U.S. Navy: The neuroses [Text] / E.K. Gunderson // *The Military Medicine*. – 2001. – № 7. – P. 23-29.

6. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах (Методичні рекомендації) [Текст] / Укладачі: П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.]. – Київ, 2014. – 67 с.

7. Егоров Р. С. Расстройства адаптации у военнослужащих срочной службы [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. – Ориенбург, 2007. – 25 с.

8. Casey P. Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary [Text] / P. Casey, C. Dowrick, G. Wilkinson // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Т.179. – С.479-481.

9. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Купер; под ред. Дж. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 416 с.

10. Краснов В.Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты (комментарии к статьям об оказании помощи пострадавшим в связи с террористическим актом в городе Беслане 1-3 сентября 2004 года) [Текст] / В.Н. Краснов // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2005. – Вып. №2. – Том. 15. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/ostrye-stressovye-rasstroystva-kak-problema-psihiatrii-katastrof-klinicheskie-i-organizatsionnye-aspekty-kommentarii-k-statyam-ob-ixzz3RC9m16pv> (дата обращения: 10.02.2015 г.).

11. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT–подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. – 2009. – № 2 (16). – С. 56-70.

12. Шкала оценки психического статуса (Present state examination – PSE) [Электронный ресурс] – режим доступа: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/28/chapter/64> (дата обращения 28.02.2015 г.).

### References

1. Antipova O. S. Rasstroistvo adaptacii: sovremennue podkhodu k diagnostike i terapii [Tekst] / O.S. Antipova / *Nevrologiya i psikhiatriya*. – 2013 - №1. – S.2-8.

2. Astapov Yu. N. Voprosu psikhoprofilaktiki nevroticheskikh rasstroistv u voennoslughashcikh srochnoi slughbu [Tekst] / Yu. N. Astapov// *Arkhiv psikhiatrii*. – 2001. – № 4. – S. 113–116.

3. Voloshin P. V. Rozladu adaptacii: diagnostika, klinika, likuvannya. Metodichni rekomendacii [Tekst] / P. V. Voloshin, N. O. Maruta, L. F. Shestopalova [ ta insh.]. – Kharkiv, DU “ Institut nevrologii, psikhiatrii ta narkologii AMN Ukrainu”, 2009. – 32 s.

4. Gorelikov I. F. Faktoru riska i tipologiya rasstroistv adaptacii u ghitelei Kamchatskogo regiona [Tekst] : avtoref. disser. kand. med. nauk. – M., 2008. – 24 s.

5. Gunderson E. K. Epidemiology of mental disorders in the U.S. Navy: The neuroses [Text] / E. K. Gunderson // *The Military Medicine*. – 2001. – № 7. – P. 23-29.

6. Diagnostika, terapiya ta profilaktika medico – psikhologichnukh naslidkiv boiovukh dii v suchasnukh umovakh (Metodichni rekomendaciji) [Tekst] / Ukladachi: P. V. Voloshin, N.O. Maruta, L. F. Shestopalova [ ta insh.]. – Kuiv, 2014. – 67 s.
7. Egorov R. S. Rasstroistvo adaptacii u voennoslughashcikh srochnoi slughbu [Tekst]: avtoref. disser. ... kand. med. nauk. – Orenburg, 2007.- 25 s.
8. Casey P. Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary [Text] / P. Casey, C. Dowrick, G. Wilkinson // British Journal of Psychiatry. – 2001. – T.179. – C.479-481.
9. Karmannoe rukovodstvo k MKB - 10: Klassikhikaciya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv ( s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriteriyami ) / Sost. Dgh. Kuper; pod red. Dgh. Kupera / Per. s angl. D. Poltavca. – K. : Sfera, 2000.- 416 s.
10. Krasnov V. N. Ostrue stressovue rasstroistva kak problema psixiatrii katastrof: klinicheskie i organizacionnue aspektu ( kommentarii k stat'yam ob okazanii pomoshci postradavshim v svyazi s terroristicheskim aktom v gorode Beslane 1-3 sentyabrya 2004 goda) [Tekst] / V. N. Krasnov // Social'naya i klinicheskaya psixiatriya. – 2005. – Vyp. №2. – Tom 15. [Aelektronnui resurs] – Reghim dostupa: <http://cyberleninka.ru/article/n/ostrye-stressovye-rasstroystva-kak-problema-psixiatrii-katastrof-klinicheskie-i-organizatsionnye-aspekty-kommentarii-k-statyam-ob#ixzz3RC9m16pv> ( data obrashceniya: 10.02.2015 g.).
11. Metod kompleksnoi ocenki addiktivnogo statusa individa i populyacii s pomoshc'yu sistemu AUDIT – podobnukh testov [Tekst] / I. V. Linskii, A.I. Minko, A. F. Artemchuk [ i dr.] // Visnyk psixiatrii ta psikhofarmakoterapii. – 2009. - № 2 (16). – s. 56-70.
12. Shkala ocenki psikhicheskogo statusa (Present state examination – PSE) : [Aelektronnui resurs] – Reghim dostupa: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/28/chapter/64> (data obrashceniya: 28.02.2015 g.).

Надійшла до редакції 17.09.2015

---

**Розділ: Дискусії**

УДК 616.89 -008 : 616.8 -009.17

**СИМПТОМ В ПСИХІАТРИИ: АСТЕНИЯ****Чабан О. С.**

Розглянуто симптом як саму просту, первісну (архаїчну) реакцію організму, яка є першим диференційованим проявом продукції психіки людини в патологічному стані. Проаналізовано співвідношення понять симптом та синдром, взаємозв'язок позитивних та негативних розладів в структурі синдромів, їх патоморфоз. Викладено різні концептуальні підходи до розуміння специфічності синдрому (Крепелін, Гохе, Бонгеффер, Самохвалов). На прикладі феноменології астенії показано, що її можна розглядати як одиничний, так й коморбідний синдром, що існує проблема об'єктивізації цього синдрому (на клінічному, експериментально-психологічному та суб'єктивному рівнях), особливо в динаміці.

Ключові слова: астения, симптом, синдром, класифікація, патогенез та патоморфоз астенії, Крепелін, Гохе, Бонгеффер, Самохвалов, Анохін, феноменологія астенії, методи оцінки астенії.

The article deals with the symptom as the most simple, the original (archaic) reaction of the body, which is the first manifestation of differentiated products of the human psyche in a pathological state. It was analyzed the relationship between the concepts and the symptom of the syndrome, the relationship of positive and negative disorders in the structure of the syndromes of pathomorphosis. It sets out a variety of conceptual approaches to the understanding of the specifics of the syndrome (Kraepelin, Goch, Bonhoeffer, Samohvalov). For example, phenomenology asthenia was shown that it can be considered as a single and comorbid syndrome, there is a problem of objectification of this syndrome (at the clinical, experimental psychological and subjective levels), especially in the dynamics.

Keywords: fatigue, a symptom, a syndrome, classification, pathogenesis and pathomorphosis asthenia, Kreepelin, Goch, Bonhoeffer, Samohvalov, Anokhin, phenomenology asthenia, fatigue evaluation methods.

В статье рассматривается симптом как самая простая, первоначальная (архаическая) реакция организма, которая является первым дифференцированным проявлением продукции психики человека в патологическом состоянии. Проанализировано соотношение понятий симптом и синдром, взаимосвязь положительных и негативных расстройств в структуре синдромов, их патоморфоз. Изложены различные концептуальные подходы к пониманию специфики синдрома (Крепелин, Гохе, Бонгеффер, Самохвалов). На примере феноменологии астении показано, что ее можно рассматривать как единичный, так и коморбидный синдром, что существует проблема объективизации этого синдрома (на клиническом, экспериментально-психологическом и субъективном уровнях), особенно в динамике.

**Ключевые слова:** астения, симптом, синдром, классификация, патогенез и патоморфоз астении, Крепелин, Гохе, Бонгеффер, Самохвалов, Анохин, феноменология астении, методы оценки астении.



Так как мы вступаем в эпоху практического исчезновения нозологических принципов понимания психических расстройств, что собственно закрепляет DSM V и надвигающаяся ICD 11, хочется в память прошлого и памяти крепелиновской клинической психиатрии поговорить об элементарных расстройствах досиндромального уровня. А именно – о симптомах. Идеальный объект – астения.

Вначале справка. Симптом (от греческого *symptom* – совпадение, признак) - признак какой либо болезни.

Различают симптомы субъективные (основанные на описании больным своих ощущений, например, боли) и так называемые объективные (полученные при исследовании больного, например рентгенологический признак «ниши» при язвенной болезни) (Современный Энциклопедический Словарь, изд. Большая Российская Энциклопедия, OCR Палек, М., 1998).

Синдром – основная единица общей психопатологии. Это закономерное сочетание отдельных симптомов, представляющий собой своеобразную интеграцию предшествовавшего течения заболевания и содержащий признаки, позволяющие судить о дальнейшей динамике состояния и заболевании в целом. Отдельный симптом не может, несмотря на свою значимость, считаться психопатологической единицей, так как он приобретает значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами – в симптомокомплексе, или в синдроме (Kraft-Ebing R., 1897) [4].

Все понятно. Но...

Однажды я готовился к докладу по проблеме астении в рамках психических расстройств и ее коррекции.

Понимая, что рассуждать о таком банальном явлении, как астении, в принципе то и нечего. Этот симптом знают все врачи и далеко не только психиатры. Я с удовольствием от того, что не надо напрягать мозги и придумывая велосипед, а можно просто процитировать кого либо из корифеев по поводу такой банальности как астения, открыл одно из руководств по психиатрии, затем второе, затем рад монографий. И громко рассмеялся – я не нашел ничего. Ну, буквально ничего. Создавалось такое впечатление, что об этом знают все, а поэтому и не пишут, как бы о само собой понимающим. Вот тогда я и заинтересовался теми «банальностями», которые на проверку и поиск оказались далеко не банальными вещами и понятиями.

Собственно моя растерянность и понимание, что я начинаю говорить о чем-то значительно большем, чем о «банальной» астении была, затем помещена в полтора часовый доклад где-то дискуссионный, где-то даже провокационный: «Астения: динамика в понимании идей К. Kahlbaum, или тихий камень большого порочного круга»

Так появились эти рассуждения.

Итак, если симптом носит равную долю субъективности и объективности, а в психиатрии, по-видимому, смещение в первую сторону. То тогда что бы понять явление элементарного неспецифического ответа, по видимому, надо обратиться к каким либо онтогенетическим понятиям, и мне ничего не пришло в голову, как взять с полки замечательный труд Леви Брюля «Первобытное мышление» и начать читать.

... Однако другие факты, не менее поразительные, показывают, что в огромном количестве случаев первобытное мышление отличается от нашего. Оно совершенно иначе

ориентировано. Там, где мы ищем вторичные причины, устойчивые предшествующие моменты (антецеденты), первобытное мышление обращает внимание исключительно на мистические причины, действие которых оно чувствует повсюду. Оно без всяких затруднений допускает, что одно и то же существо может в одно и то же время пребывать в двух или нескольких местах. Оно обнаруживает полное безразличие к противоречиям, которых не терпит наш разум. Вот почему позволительно называть это мышление, при сравнении с нашим, пралогическим.

Я понял, что зацепившись за эту цитату, я хочу понять закономерности параллели первичного неспецифического отреагирования организма на патогенное раздражение с первичным же нехарактерным для нас мышлением архаического народа.

По сути ход мысли Л. Леви – Брюля сводится к тому, что в общепринятом психологическом языке, который разделяет факты на эмоциональные, моторные (волевые) и интеллектуальные, "представление" отнесено к последней категории. Под представлением разумеют факт познания, поскольку сознание наше просто имеет образ или идею какого-нибудь объекта. Совсем не так следует понимать коллективные представления первобытных людей. Деятельность их сознания является слишком мало дифференцированной для того, чтобы можно было в нем самостоятельно рассматривать идеи или образы объектов, независимо от чувств, от эмоций, страстей, которые вызывают эти идеи и образы или вызываются ими. Чтобы сохранить этот термин, нам следует изменить его значение. Под этой формой деятельности сознания следует понимать у первобытных, людей не интеллектуальный или познавательный феномен в его чистом или почти чистом виде, но гораздо более сложное явление, в котором то, что собственно считается у нас "представлением", смешано еще с другими элементами эмоционального или волевого порядка, окрашено и пропитано ими. Не будучи чистыми представлениями в точном смысле слова, они обозначают или, вернее, предполагают, что первобытный человек в данный момент не только имеет образ объекта и считает его реальным, но и надеется на что-нибудь или боится чего-нибудь, что связано с каким-нибудь действием, исходящим от него или воздействующим на него. Действие это является то влиянием, то силой, то таинственной мощью, смотря по объекту и по обстановке, но действие это неизменно признается реальностью и составляет один из элементов представления о предмете. [3]

Итак, попробуем взглянуть на симптом как на отдельную архаическую или в онтогенетическом плане первичную до человеческую реакцию организма. Но тогда мы конечно же должны понимать, что патогенез любой болезни должен начинаться с патогенеза симптома и не только как вариант стойкого клинического изменения но и переосмысления нашего понимания этого явления. Опять проводя аналогию с Леви- Брюлем – как бы понимания, что раньше под этим словом понималось достаточно другое.

Как легко иногда рассуждают мои коллеги о элементарных частицах в психиатрии – симптомах. Несколько притормаживают, когда речь идет о синдромах, еще более медленно при дифференциации синдромокомплексов. А затем радостно быстро о совсем непонятном для всех – нозологической принадлежности. Вот тут можно поспорить и даже переспорить самого умного профессора. Ну, так видится пациент врачу. Тем более, что работаем то в зоне неизвестного патогенеза, не менее непонятной и сложной клиники и достаточно неприятного прогноза.

---

---

Вот именно тогда начинаешь возвращаться к элементарному – симптому. Что бы начинать сомневаться еще на этом уровне и уже не сомневаться в понимании пациента в целом. Не напрасно психиатрия настолько наполнена субъективизмом, что какие либо стандарты диагностики носят скорее защитно- правовое поле чем клиническое [8].

Итак симптом.

Простое обращение к источникам классиков уже вносит путаницу, которая мало освящается на курсах преподавателями, а могла бы сослужить добрую службу врачу психиатру в становлении хотя бы его клинического мышления.

Недавно я искал у Чарльза Райнкрофта ответы на вопрос понимания психоанализом паранойи и случайно открыл страницу с понятием «признак. Симптом, символ». Прочитал. И еще раз подумал. Более субъективно этот аналитик сказать о симптоме наверно не смог. Судите сами: «симптом это явление, которое причиняет пациенту страдание и от которого он просит освободить его» далее автор объясните разницу симптома и признака, который «может воспринимать».

Позволю себе пространственную цитату из А. С. Тиганова:

Исследование психического состояния, т.е. оценка психопатологической картины, представляет собой сложный процесс – от оценки явных признаков до познания сущности расстройства, которое не может быть воспринято непосредственно, а определяется в результате наблюдения и обобщения признаков и построения на этой основе логического вывода. Выделение отдельного признака – симптома – является также многоступенчатым процессом, в котором существенное место занимает объединение его с другими близкими по своей внутренней структуре признаками. В связи с этим необходимо рассмотреть соотношение понятий "симптом" и "синдром".

Основная единица общей психопатологии – синдром – закономерное сочетание отдельных симптомов, представляющий собой своеобразную интеграцию предшествовавшего течения заболевания и содержащий признаки, позволяющие судить о дальнейшей динамике состояния и заболевании в целом. Отдельный симптом не может, несмотря на свою значимость, считаться психопатологической единицей, так как он приобретает значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами – в симптомокомплексе, или в синдроме [Kraft-Ebing R., 1897].

Опора на факт закономерной смены синдромов – обязательное условие преодоления диагностической неопределенности при установлении диагноза психического заболевания.

Одним из существенных вопросов общей психопатологии является вопрос нозологической специфичности синдромов. Изучение этой проблемы привело большинство исследователей к выводу о неспецифическом характере большинства психопатологических синдромов. Вместе с тем психиатрическая практика показывает, что каждый синдром наряду с общими неспецифическими для нозологической формы особенностями содержит и черты нозологической специфичности, отражающейся прежде всего в его структуре. Следует заметить, что установление нозологических особенностей того или иного синдрома представляет значительные трудности, что связано с большой вариабельностью одного и того же состояния в течение заболевания. Все это позволяет сформулировать несколько основных положений о значении общей синдромологии в психиатрии.

Для психических заболеваний характерна определенная смена психопатологических

---

синдромов в течении болезни. Поэтому изучение их последовательного развития позволяет судить не только о нозологической принадлежности соответствующих расстройств, но и о прогрессивности или регрессивности заболевания. В некоторых случаях смена синдромов помогает определить локализацию патологического процесса. Это касается в первую очередь атрофических процессов в головном мозге в позднем возрасте. Так, при болезни Пика инициальный период болезни может не иметь нозологической специфичности, но развитие в дальнейшем соответствующих психопатологических синдромов позволяет установить свойственную этому заболеванию лобную или лобно-височную локализацию атрофического процесса.

И, наконец, изучение структуры и смены синдромов необходимо для оценки эффективности терапевтических воздействий. Например, для современных психофармакологических препаратов характерно действие на определенные психопатологические синдромы. Поэтому недостаточно четкое определение синдрома при проведении психофармакологических исследований свидетельствует о серьезных пробелах в процессе испытания психофармакологических средств [4].

Степень нозологической специфичности синдромов, за тем же Тигановым А. С., различна. Так, астенические и невротоподобные расстройства отличаются малой степенью специфичности, а судорожный синдром и мнестические расстройства – большей специфичностью и свойственны сравнительно меньшему числу заболеваний (эпилепсии, органическим поражениям головного мозга). Вместе с тем достаточно специфические синдромы, например астенический, в картине различных заболеваний могут проявляться различно, имея оттенок той или иной нозологии. Например, синдром астении при экзогенных типах реакций (симптоматических психозах) существенным образом отличается от астении при органических заболеваниях головного мозга или шизофрении [9].

В настоящее время большое значение в синдромологии придается взаимосвязи позитивных и негативных расстройств в структуре синдрома. Но этот вопрос не изучен полностью. Так, существовавшее в прошлом четкое разграничение между позитивными и негативными расстройствами сейчас считается относительным, и их реципрокность отмечается далеко не всегда. Например, экспансивный бред величия и богатства, оценивающийся как позитивный психопатологический симптом, является одновременно свидетельством глубоких негативных расстройств, поэтому эти состояния идентифицируются с понятием "паралитическое слабоумие".

Близка к проблеме влияния различных факторов на структуру синдрома и проблема патоморфоза психопатологических синдромов. Речь идет, прежде всего, о видоизменении психопатологической структуры под воздействием широкого спектра психофармакологических лечебных препаратов.

Общая особенность их влияния состоит в том, что психофармакологические средства устраняют или ослабляют расстройства, относящиеся к наиболее тяжелым регистрам. В этих случаях на первый план в структуре синдрома выступают более легкие (невротические, психопатоподобные, аффективные) расстройства.

Таким образом, одной из задач общей психопатологии наряду с изучением структуры и динамики синдромов продолжает оставаться исследование причин, обуславливающих их развитие и видоизменение под влиянием различных факторов.

---

Наиболее интересными работами в этом плане было несколько публикаций А.С. Кронфельда (1938, 1940) о которых, к сожалению, уже забыли. А они, по-моему, единственные носили в то время уровень фундаментальности. В рассуждения Кронфельда, например, в работе 1940 года под достаточно символическим названием «Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии», автор пробуем проанализировать понимание различных концептуальных подходов в понимании синдрома и его специфичности, сопоставляя взгляды Крепелина, Гохе, Бонгеффера, Джексона, Шпехта, Бирбаума и Кречмера.

Так согласно взглядов Крепелина симптомам и синдромам как критерий клинического разграничения болезней на протяжении долгого времени он давал весьма скептическую оценку. По этому поводу он говорит: «В области психических расстройств нет ни одного признака болезни, специфичного для определенной болезни. Более того, каждый отдельный симптом данной болезни может в таком же или хотя бы очень схожем виде являться симптомом совершенно иного заболевания». Эта констатация неоспорима: она оправдала себя не только в психиатрии, но и в других отделах медицины. Ведь при совершенно различных болезнях имеются головная боль, повышенная температура и т.п. Это обстоятельство, однако, никогда еще не служило в медицине препятствием к распознаванию и разграничению болезней на основании их симптомов. Наоборот, именно с этой целью отыскивают и устанавливают симптомы. Их описывают, систематизируют, изучают с точки зрения их происхождения и внутренней взаимосвязи, их дифференцируют соответственно их значению для общего состояния. Само понятие симптома и установление того, что в данном состоянии следует рассматривать как таковой, зависит от этой цели. Так, например, Криш говорит: «Понятие симптома своим существованием явно обязано потребностям практически-клиническим. Это явно теологическое понятие. Симптомом мы называем изменение в биологическом процессе, дающее нам возможность сделать заключение об определенной причине». Цитированные выше соображения Крепелина против клинического значения симптомов происходят лишь от того, что психиатрия еще недостаточно дифференцирует симптоматические картины. Она дает широкое описание и перечисления симптомов, но не расчленяет их на структуры и их взаимоотношений. Никким образом нельзя, следовательно, пренебрегать симптомами, отодвинуть симптомы в сторону, как нечто не существенное. А между тем такие именно выводы были сделаны некоторыми из учеников Крепелина. С одним из них, а именно с Каном, полемизирует Кречмер и сравнивает такую точку зрения с ботаников, которая ограничилась бы только «исследованием семян и корней растений (т.е. анатомических, наследственных и физиологических моментов), так как от них происходит растение. Листья же и ветви (т.е. симптомы и синдромы) – вторичные и третичные образования, исследование которых – ерунда, и собственно должно быть запрещено». Столь же несовершенной и лженаучной, как такая ботаника, говорит Кречмер» являлась бы клиника без симптоматики.

Заключая свою работу требованием клинически более углубленного изучения синдромов, Крепелин говорит: «Естественно здесь взгляд направляется от части систематизирующей деятельности, в виде разграничения и группирования форм болезней, к безусловно более высокой и более удовлетворяющей задаче – пониманию сущности и внутренней зависимости болезненных проявлений. Мы могли бы проникнуть до законов их

возникновения, понять их как результат определенных предпосылок».

Не заключается ли в этом новом исследовательском этапе возврат к исторически давно преодоленному, чисто симптоматологическому определению психических расстройств? Нет ли здесь отрицания клинической нозологии? С точки зрения Крепелина – безусловно нет. Он хочет уточнить это «понимание внутренней взаимозависимости болезненных проявлений», подчеркивая и кладя в основу клинические единицы болезней. Однако положение вещей довольно сложно. На самом деле, всякий симптом указывает на существующую, обусловившую его возникновение, причину, а именно, - на изменение биологического процесса, более или менее тесно связанного с основным патогенетическим фактором. Но ведь из этого еще не следует, что симптомы всегда обязательно подтверждают нозологические единицы, созданные клиникой. А как быть, если симптомы-то именно и вызывают сомнение в существовании отдельных, определенных нозологических единиц? Так оно на самом деле и получилось с экзогенными типами реакций. Их установление резко поколебало возможность отграничения клинических единиц в обширной области психозов. Экзогенные реакции показали, что «законы возникновения» отдельных симптомов или синдромов не соответствуют понятию закономерностей, присущих нозологической единице в смысле Крепелина. Следовательно, синдромы как таковые являются недостаточными, хотя необходимыми критериями для отграничения болезненных единиц [8].

Наконец, выдвигаемое Гохе различие между симптомами в смысле «элементарных» единичных проявлений и синдромами в смысле «единств второго порядка» в таком виде неосуществимо и может иметь лишь условное значение. Строго говоря, не существует вообще «единичных симптомов». Это – искусственная абстракция. Можем ли мы обозначить как «единичный симптом» вербальную галлюцинацию или психомоторную задержку или тому подобное? Мы делаем это лишь в контексте всей картины заболевания. Строго говоря, мы никогда не можем констатировать изолированный, «единичный» симптом вне зависимости от всей цепи проявлений болезненного состояния. Даже симптоматологические отграничения старых авторов – как «умопомешательство», «безумие», «деменция» - являлись отграничениями не по единым симптомам, но по общим синдромальным картинам. Разница между понятием «синдрома» и «симптома» - лишь относительна. В этом смысле синдромология является исследованием о симптомах с точки зрения межфункциональных соотношений, о чем мы еще будем говорить в дальнейшем.

Бонгеффер в своей полемике с Кнауэром сказал: «Я не только никогда не верил в патогномоничные симптомы, но всегда был сдержан и в отношении так называемых патогномоничных симптомокомплексов».

Если, с другой стороны, гипотеза об «этиологическом промежуточном звене» не подтвердится, то общая концепция Бонгеффера о единой «реакции» мозга на самые разные «экзогенные» вредности является и теоретически необоснованным и клинически предварительным этапом на пути к более точному определению тех нозологических единиц, которые отграничить друг от друга по синдромам до сих пор невозможно [8].

За Самохваловым В.П. одним из вариантов стиля психиатрической беседы предусматривает ориентацию на симптом («симптомо-ориентированный стиль») [1]. Это типично американский подход к распознаванию «знака» и его сопоставление с кластером болезни через промежуточное звено – синдром.

---

Казалось бы понятно - речь идет о минимальном знаке или проявлении болезни. Но при всем желании структурировать алгоритм «от симптома – до понимание проблемы (болезни), слабым местом все же является субъективизм который закладывается в основу системы.

Собственно все, по сути, зависит от того, как врач оценит элементарную частицу болезни – симптом, на сколько сопоставит с личным опытом и сможет отделить понимание собственного переживания с переживаниями пациента. По сути, это напоминает парадоксальную картинку, когда врач сам с измененным сознанием следствии употребления канабиоидов диагностирует подобное состояния у своего пациента, где ни будь в задымленном «kofe-shop Bulldog» в Амстердаме. Тогда, как не странно опять становится уместным рассуждение о месте интуитивной диагностики. И при всем моем стремлении к объективности оценки и классификации проблем здоровья у конкретно пациента, которого я ежедневно смотрю, опять остается место для «Precox feeling» [2]

Давайте попробуем на элементарном разобратся. Итак, синдром – астения.

Если Вы думаете, что уже на уровне названия все понятно, то это оказывается далеко не так. В психиатрии часто употребляются и другие названия этого состояния:

- астения
- астеническое состояние
- астенический симптом
- астенический синдром
- неврастения
- неврастенический синдром
- церебростения
- астено – невротическое состояние
- невроз истощения
- невроз усталости
- псевдоневроз ситуации
- информационный невроз
- метеоневроз
- психастения
- синдром менеджера
- жизненная усталость или экзистенциальный криз

Понятно, что речь идет не так о определении, как о размывании границ астении от понимания элементарного проявления психопатологического феномена до поглощение астении расстройством личности. Или ассоциация болезни «астенический невроз» (а есть невроз без астении?) - «астения».

Теперь еще менее все стабильным становится, когда все же находишь определение самого состояния астении:

- Общее истощение нервной системы, которое сопровождается общими признаками истощения (тремор, субнормальная температура, временными потерями сознания, и семеричными расстройствами сознания, тоской, фрагментарным бредом и др.) (Крафт-Эбинг, 1897).

- Состояние повышенной усталости, раздражения, нестойкости внимания в сочетании

с вегетативными симптомами и нарушением сна (Г.В. Морозов, 1988).

- Функциональное нервно-психическое расстройство, которое проявляется повышенным психическим истощением, снижением умственной и физической работоспособности, трудностью и снижением концентрации, расстройством сна, невнимательностью, снижением памяти, различными вегето-сосудистыми нарушениями. Характеризуется временным характером, неспецифичностью для поражения того или иного органа и может проявляться при различных заболеваниях различных систем и органов (Ліпгарт Н.К., 1981).

- Слабость, гиперсенситивность (гиперальгезия, гиперстезия, гиперакузия, иногда фотобоязнь) голоаокружения, снижение моторной активности, быстрая уставаемость, раздражительность. Нарушение концентрации внимания, слезливость (В.П. Самохвалов, 2003)

- ? (А.В. Снежневский, 1983). Знак вопроса это не моя недоработка, а просто я ничего не нашел у автора при том, что руководство написано весьма достойно.

В принципе большинство психиатров на сегодняшний день принимают и понимают астению как бы суммируя все выше сказанное. Таким образом можно подытожить, что астения - это психопатологическое состояние, которое характеризуется повышенной усталостью, не связанной с физиологическим функционированием организма, сочетается с другими функциональными расстройствами (эмоциональная лабильность, гиперстезия. Нарушения сна).

Ну вот, итак в обычную астению уже за этими пониманиями и определениями попадает половина феноменов большой психиатрии. Что дальше?

За уже упомянутым Тигановым П.С. астения - это состояние которое проявляется повышенной утомляемостью, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. У больных наблюдаются раздражительная слабость, выражающаяся повышенной возбудимостью и быстро наступающей вслед за ней истощаемостью, аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения с чертами капризности и неудовольствия, а также слезливостью. Для астенического синдрома характерна гиперестезия – непереносимость яркого света, громких звуков и резких запахов. Астеническим состояниям свойственны явления астенического, или образного, ментизма. Суть этого явления заключается в том, что при состояниях крайнего психического утомления у больных возникает поток ярких образных представлений. Возможны также наплывы посторонних мыслей и воспоминаний, непроизвольно появляющихся в сознании больного.

Астенические расстройства развиваются исподволь и характеризуются нарастающей интенсивностью. Иногда первыми признаками синдрома являются повышенная утомляемость и раздражительность, сочетающиеся с нетерпеливостью и постоянным стремлением к деятельности, даже в обстановке, благоприятной для отдыха ("усталость, не ищущая покоя"). В тяжелых случаях астенические расстройства могут сопровождаться аспонтанностью, пассивностью и адинамией. Нередко наблюдаются головные боли, нарушения сна (повышенная сонливость или упорная бессонница), вегетативные проявления.

Возможно также изменение состояния больного в зависимости от уровня

---



барометрического давления: при его изменении повышаются утомляемость, раздражительная слабость, гиперестезия (метеопатический симптом Н. И. Пирогова). Особенности этого симптома свидетельствуют о степени тяжести астенического синдрома: если интенсивность астенических расстройств нарастает задолго до изменения барометрического давления, то есть основание считать астеническое состояние более тяжелым, чем в случаях, когда состояние пациента меняется одновременно с изменениями давления. В случаях углубления имеющихся у больных признаков астенического синдрома состояние следует расценивать как менее тяжелое по сравнению со случаями, когда изменения барометрического давления сопровождаются возникновением новых свойственных астеническому состоянию расстройств.

Астения – синдром неспецифический. Его можно наблюдать не только при всех психических заболеваниях (циклотимии, шизофрении, симптоматических психозах, органических поражениях головного мозга, эпилепсии, при неврозах и психопатиях), но и у соматически больных в период утяжеления основного заболевания или в послеоперационном периоде. Многие болезни начинаются с так называемой псевдоневрастенической стадии, проявляющейся преимущественно астеническими расстройствами. И вместе с тем при отдельных психических заболеваниях могут иметь место особенности проявлений астенического синдрома, которые будут отмечены при описании различных форм клинической патологии.

Возникновение астенического синдрома связывают с истощением функциональных возможностей нервной системы при ее перенапряжении, а также вследствие аутоинтоксикации или экзогенного токсикоза, нарушений кровоснабжения мозга и обмена в мозговой ткани. Это позволяет рассматривать синдром в ряде случаев как приспособительную реакцию, проявляющуюся уменьшением интенсивности деятельности различных систем организма с последующей возможностью восстановления их функций [4].

Астения – это слово нередко используется в общей практике и воспринимается как нечто банальное. Действительно, астения стала спутником нашей повседневной жизни, так же как и гиподинамия, несбалансированное питание, работа до полного истощения сил и недосыпание.

Общая слабость, переутомление, – первая и самая распространенная жалоба, с которой пациенты обращаются к врачам разных специальностей, в то же время она может являться основным симптомом астенических расстройств. Помимо общей слабости, у пациентов наблюдаются нарушения сна и сексуальной функции, снижение аппетита, памяти, внимания, физической выносливости. Действительно, астения, или астенический синдром, является одним из наиболее частых синдромов в клинической практике любого врача, так как доля жалоб, связанных с ней, составляет до 60%. Наблюдается астения у всех категорий населения и является одним из бедствий современности, поскольку она влияет на физические и интеллектуальные способности человека, нарушая повседневную жизнь и снижая ее качество. Симптомы астении, даже не очень угрожающие на первый взгляд, действительно ухудшают качество жизни пациентов. Астенические расстройства часто приводят к значительному снижению работоспособности пациентов, нарушают их привычную жизнедеятельность, а иногда выступают в качестве фона, на котором формируются другие более тяжелые психические и соматические нарушения. Поэтому

чрезвычайно важно проводить четкую дифференциальную диагностику астении и подбирать надлежащее лечение, рассматривая патогенетические механизмы ее развития. Астения (греч. *asthenia* – бессилие, слабость) – это аномальная, спонтанная слабость (вялость), возникающая без нагрузки, длительно продолжающаяся и не проходящая после отдыха. Характерными для астении являются постоянные жалобы на повышенную утомляемость, слабость, истощение после минимальных усилий в сочетании не менее чем с двумя из нижеперечисленных жалоб:

- мышечные боли;
- головокружение; головная боль напряжения;
- нарушения сна;
- неспособность расслабиться;
- раздражительность;
- диспепсия.

Наиболее характерные клинические проявления астении можно разделить на 4 группы. 1. Физические: • мышечная слабость; • снижение выносливости. 2. Интеллектуальные: • расстройства внимания, способности к концентрации; • нарушения памяти и бдительности. 3. Психологические: • отсутствие уверенности в себе; • снижение мотиваций. 4. Сексуальные: • отсутствие либидо; • снижение эрекции.

Дифференциальная диагностика астении. Хотя пациенты и описывают астению как повышенную утомляемость, научное определение астенического состояния требует отграничения его от переутомления. Поскольку организм человека – саморегулирующаяся система, то любая угроза потери энергии приводит к снижению общей активности. Этот механизм включается задолго до реальной потери энергии. Снижение активности – это биологический механизм сохранения жизнедеятельности системы в случае любой угрожающей ситуации, действующей по принципу: «Меньше активность – меньше потребность в энергии».

Таким образом, астения – это своеобразный сигнал тревоги организма, свидетельствующий об истощении энергетических ресурсов или нарушении в работе структур мозга, отвечающих за ее рациональное использование. Клинические формы астении

Функциональная астения (первичная) – это самостоятельная клиническая единица, не связанная с конкретными органическими заболеваниями. Среди функциональных астений выделяют реактивную астению – это астенический синдром, возникающий у исходно здоровых людей при воздействии различных факторов. Например, астения после перенесенных инфекционных заболеваний, соматических заболеваний (инфаркт миокарда, диабет и др.), тяжелых операций, родов. Также развитию астении подвержены люди со значительными физическими и психическими (интеллектуальными) нагрузками, лица, чьи профессии требуют повышенного внимания, связанные с эмоциональным напряжением, работой по сменам. Также длительные путешествия (со сменой часовых поясов) становятся причиной развития астении. Функциональная астения также может быть связана с психическими нарушениями (депрессия). Астения значительно снижает качество жизни пациентов, приводя к стойкой и выраженной дезадаптации.

Функциональная астения, составляющая 55% в общей выборке астений, характеризуется, прежде всего, принципиальной обратимостью, так как возникает вследствие или как компонент ограниченных во времени или курабельных патологических состояний. К числу функциональных астений относятся следующие

Органическая астения (вторичная или симптоматическая) возникает как следствие различных соматических заболеваний и является проявлением этих заболеваний. Этиология и патогенез астении

Ведущее значение в развитии астенического синдрома принадлежит нарушению функции

---

ретикулярной активирующей системы (РАС), более известной как ретикулярная формация, которая является «энергетическим центром» головного мозга, отвечающим за активное бодрствование. РАС представляет собой плотную нейрональную сеть, ответственную за управление энергетическими ресурсами организма. Она вовлечена в контроль координации произвольных движений, автономную и эндокринную регуляцию, сенсорное восприятие, запоминание, активацию коры головного мозга. Благодаря большому количеству нейрофизиологических связей, РАС играет важную роль в физической активности, модуляции психологического отношения, аффективного выражения, а также в интеллектуальных функциях. Известно, что любая деятельность человека, будь то дыхание либо мышление, требует постоянного снабжения энергией. После ряда биохимических реакций, входящих в цикл Кребса, в митохондриях синтезируется аденозинтрифосфат – АТФ – источник энергии для человеческого организма. Энергетические аспекты, связанные с метаболизмом очень важны, так как мозг человека потребляет до 25% всех энергетических ресурсов организма, и его активность постоянно высока как в дневное, так и в ночное время. Мозг потребляет значительную часть энергии молекул АТФ и наиболее быстро реагирует на их дефицит. Небольшое снижение концентрации АТФ ведет к замедлению процессов мышления и запоминания, снижению способности к концентрации, к общей слабости, нарушениям сна и т. д. Появление симптомов астении рассматривается как сигнал о перегрузке РАС, аутоинтоксикации продуктами метаболизма и о нарушении регуляции выработки и использования энергетических ресурсов организма. Это сигнал тревоги, информирующий регуляторные системы организма о необходимости временного прекращения умственной или физической деятельности. РАС – основное звено в патофизиологии астении. Важным компонентом в развитии астении является нарушение работы биологических часов. Они регулируют в течение суток секрецию гормонов: соматолиберина, тиролиберина, кортиколиберина, контролируют колебания температуры, АД, состояние бодрствования, также влияют на аппетит и работоспособность. Работа биологических часов наиболее интенсивно нарушается в таких случаях: • при перелете на дальние расстояния; • при работе в ночную смену; • у пожилых людей. Нормальная работа биологических часов эффективно препятствует развитию астении. Основной патогенетический механизм астении заключается в перегрузке активирующей ретикулярной формации, которая синхронизирует все аспекты поведения человека и управляет его энергетическими ресурсами. [материалы Servier]

За Бамдас Б.С. астения, астеническое состояние, астенический синдром, астеническая реакция, нервно-психическая слабость, болезненное состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью и истощаемостью с крайней неустойчивостью настроения, ослаблением самообладания, нетерпеливостью, неусидчивостью, нарушением сна, утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света, резких запахов. А. возникает в результате истощающих заболеваний внутренних органов, инфекций, интоксикаций, эмоциональных, умственных и физических перенапряжений, при неправильно организованных труде, отдыхе, питании, а также при нервных и психических болезнях. А., развивающаяся из-за нервного перенапряжения, волнений, трудных, чаще длительных) переживаний и конфликтов, называется неврастенией.

А. может наступать в начальном периоде заболеваний внутренних органов (например,

коронарної болєзни), супроводжувати це захворювання як одне з його проявлєнь (наприклад, при язвеннї болєзни, туберкульозї и других хронїчних захворюваннях) или виникати як наслідок закнчившогося острого захворювання (воспалєння лїгких, гриппа). Проявлєня А. звисят от основного захворювання, звзавшого А. При атеросклерозї вираженї порушення пам'ятї и слезливостї; рлзличнї головнї болї и неприємнї ощущєня в обллсти сердця – при гїпертонїчної болєзни. Симптоми А. характернї для почлтного перїода шизофрєнїї. Уточнєня особнностей А. часто допомагає рлспознаванню основноо захворювання, звзавшого єї. Лєчення направлєно на усунєння основнї причнны. Необхлдно такжє общєукрєплюющє лєчення – применєня глїкози, вїтамїнов, заняття фїзическїми упражнєннями, правїльнл організація рлботы и отдыха, прогулки, рєгулярнє и повноцєнное пїтанїє, влстановлєння сна. Примєняють такжє успоклєющєє срєдствл [6,7]

Если все так просто то почему далее идет такой разброс распространение астении за различными авторами. Так за обращениями к врачам интернистам астения у пациентов достигает в Румынии 30%, США, Польше - 50%, Великобритании – 65%, стран постсоветского пространства – 25 - 75% и даже 100% на протяжении всей жизни (А. Кєрпїнскї, 1975) (Kreinndler, 1963; Кєрпїнскї, 1975; Александровскї, 1976, Лїпгарт , 1981)

До сих пор идет путаница в понимании астенического синдром и астенизации психической деятельности. При этом *астенизация* психической деятельности понимается как наиболее легкая форма негативных расстройств, проявляющаяся повышенной психической истощаемостью, признаками раздражительности, слабости, гиперестезии. Симптоматика астении и выраженность ее отдельных проявлений могут быть различны. Иногда имеется несоответствие между глубиной и стойкостью психической истощаемости и сравнительно небольшой умственной или физической нагрузкой [4]. Одно и то же это, или нет? Одним из четырех вариантов психоорганического синдрома есть астенический. Т.е. в психоорганическом синдроме наблюдается астенический синдром. Не улавливает алогизм? В простой (но не элементарной) частичке психического отклонения есть другая простая часть того же отклонения. А есть еще астенический тип личности. Теперь вообще возникает путаница.

Тогда возвращаемся к пониманию синдрома. Итик что главное в этом понимании? Синдром – это устойчивая конспїляция симптомов объединєнных єдїным патогенетическїм механизмом.

Дїагноз ставїтєя синдромологическїм. Симптоми укладываються в єдїннї синдром. Факультативнє, необязательнє симптоми у каждого болного «расцветивають» клиническую картку. Например, для депрєссїи характерна триада симптомов: тоскливое настроєня, психическая заторможеннл, фїзическая заторможеннл, но депрєссїи бывають у рлзных людєй и здєсь появляються внєсєня в синдром от личности болного. У человека с тревожно-мнїтельными чертами в депрєссїи могут появляться навязчивые мысли, навязчивые страхи, абсцєсии, то, что привносїтєя єго личнлстєю. Если имєєтєя ипохондричесїй радкал, то у болного в депрєссїи может появляться ипохондрическая симптоматика. Если человек пожилл, имєєтєя атеросклероз сосудов головнлго мозга, послєдствїя черєпно-мозговлй травмы, то на первый план в депрєссїи буду вхлдитє синєстопатїи. Врач должнє схватїт главнлую, основнлую симптоматику, а потом он смотрїт

---

индивидуальные особенности этого синдрома. Синдромы рассматриваются как реакции уже сложившиеся, предуготовленные именно таким образом человек реагирует на сложившуюся патологическую ситуацию, такова его психическая реакция. Что касается психических заболеваний, то и здесь одни люди отреагируют симптоматикой невротического круга, другие люди могут отреагировать симптоматикой аффективного регистра, депрессивно-маниакальными синдромами. Прежде всего это встречается у людей с наследственной предрасположенностью к аффективным заболеваниям. Кто-то может реагировать бредообразованием и появляются бредовые синдромы. Так же имеет место наследственная предрасположенность, особенности личности человека.

Синдром - это нечто уже сложившиеся внутри организма, которое полностью обусловлено особенностями организма, наследственной предрасположенностью, личностью человека, его интеллектом, его воспитанием, условиями жизни.

Эмиль Пипелинг в свое время предложил схему, в которой он предлагал рассматривать синдромы как регистры музыкального инструмента - органа.

В эту схему хорошо вписываются так называемые «Нейроциркуляторные астении». Вероятно, правильнее ее так называть, но, тем не менее, в последней классификации МКБ 10 она звучит как соматоформная (соматически оформленная) дисфункция вегетативной нервной системы. Основываясь на нашем небольшом опыте можно сделать вывод, что подавляющее большинство больных с функциональной сердечно-сосудистой патологией (функциональная кардиопатия) имеют депрессивные расстройства и астеноневротические жалобы (или, скорее всего депрессию)

Сюда же входят изолированные астении органической природы. - Астения метаболического происхождения. "Стандартная" лабораторная проверка (сахар и креатинин крови, уровень электролитов) может выявить диабет, почечную недостаточность, гиперкальциемию, гипонатриемию, которые имеют важное диагностическое значение. - Астения эндокринного происхождения. Определение содержания тиреотропного гормона и кортизола позволяет выявить две основные эндокринные причины астении: дисфункцию щитовидной железы и надпочечников. - Астения гематологического происхождения. Результаты общего анализа крови и электрофореза белков позволяют связать астению с рядом определенных заболеваний. - Астения опухолевого происхождения. Астения может быть единственным симптомом при наличии некоторых злокачественных опухолей. - Астения инфекционного происхождения. Может наблюдаться при безжелтушной форме острого вирусного гепатита А, В, С или при обострении хронического вирусного гепатита. При серопозитивности к ВИЧ до развития симптомов СПИДа отмечается изолированная астения, что иногда является первым признаком заболевания. - Ятрогенная (вызванная лечением) астения. Бета-блокаторы, снижающие давление лекарства, снотворные и успокаивающие препараты могут вызывать астению. Иногда при одновременном приеме нескольких медикаментов трудно бывает выяснить какой именно препарат вызывает данный симптом. - Изолированная астения функциональной природы. В противоположность описанным выше это состояние является первичным; оно может быть связано с психическими нарушениями (реактивный невроз, ипохондрия, депрессия), нарушениями сна (хроническая бессонница, невроз беспокойства, сменная работа) или физическими перегрузками (чрезмерные тренировки в спорте). - Фибромиалгия: миф или реальность?

Когда пациент жалуется на страдания во всем теле, то после исключения органической природы заболевания необходимо подумать о фибромиалгии, которую также называют фиброзитом, полиэстезопатией или ИДПС (идеопатическим диффузным полиалгическим синдромом). Основными симптомами являются распространенные боли неопределенного характера, утренняя скованность, нарушения сна и особенно астения. Чувство утомления отмечается практически постоянно, слабость усиливается при попытке сконцентрироваться или при физическом усилии. Происхождение этих состояний остается неясным. (Материал проф. Albert Ciurana, Hospital Saint-Eloi, Монпелье, Франция)

Астения является стержневым или сквозным синдромом при многих болезнях. Она может быть как дебютом (начальным проявлением), так и завершением заболевания. Типичными жалобами при этом являются слабость, повышенная утомляемость, трудность концентрации внимания, раздражительность, непереносимость яркого света, громких звуков. Сон становится поверхностным, тревожным. Больные с трудом засыпают и трудно просыпаются, встают неотдохнувшими. Наряду с этим появляется эмоциональная неустойчивость, обидчивость, впечатлительность. Астенические расстройства редко наблюдаются в чистом виде, они сочетаются с тревогой, депрессией, страхами, неприятными ощущениями в теле и ипохондрической фиксацией на своей болезни. На определенном этапе астенические расстройства могут появляться при любом заболевании. Всем известно, что обыкновенные простудные заболевания, грипп сопровождаются подобными явлениями, а астенический «хвост» нередко сохраняется и после выздоровления.

Для примера понимание астении в составе различных астено-депрессивных синдромов:

1. Предъявляет ЖАЛОБЫ на частые головные боли, отчетливо связанные с метеорологическими колебаниями, физическими и эмоциональными нагрузками, утомляемость, обидчивость, плохое настроение, поверхностный сон с частыми пробуждениями и затрудненным повторным засыпанием.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** контакт продуктивен, ориентировка в месте, времени, окружающей обстановке и собственной личности не нарушена. Патологии в сфере ощущений и восприятий нет. Интеллект без грубых нарушений. Память ослаблена за счет запоминания. Мышление и речь замедлены по темпу. Болезненных идей не высказывает. Настроение неустойчивое, отчетливо снижено в невротическом плане (без суточных колебаний и суицидальных тенденций). Доминируют эмоциональные реакции пассивно-оборонительного типа с тревожной окраской. Ярко выражены явления социальной гиперестезии. Высшие чувства развиты достаточно, низшие – пищевое, ориентировочное, половое, самосохранения – значительно ослаблены. Активное внимание неустойчиво, истощаемо.

**ДИАГНОЗ:** Выраженный астено-депрессивный синдром сосудистого генеза.

2. Предъявляет ЖАЛОБЫ на частые головные боли, повышенную утомляемость, плохое настроение, обидчивость, поверхностный прерывистый сон, не приносящий отдыха.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** контакт продуктивен, ориентировка в месте, времени, окружающей обстановке и собственной личности не нарушена. Патологии в сфере восприятий нет. Интероцептивные ощущения значительно усилены. Память и интеллект без грубых нарушений. Мышление вязко, конкретно, замедлено по темпу. Болезненных идей не

---

высказывает. Настроение неустойчивое, доминируют эмоциональные реакции пассивно-оборонительного типа с отчётливой тревожной окраской. Общий фон настроения снижен в невротическом плане без суицидальных тенденций. Высшие чувства развиты достаточно, низшие – пищевое, ориентировочное, самосохранения – значительно ослаблены. Внимание фиксировано на физическом самочувствии.

**ДИАГНОЗ:** Выраженный астено-депрессивный синдром соматогенного происхождения.

3. Предъявляет **ЖАЛОБЫ** на частые головные боли, непереносимость шума, жары, утомляемость, плохое настроение, обидчивость, поверхностный и прерывистый сон.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** контакт продуктивен, ориентировка в месте, времени, окружающей обстановке и собственной личности не нарушена. Патологии в сфере ощущений и восприятий нет. Интеллект без грубых нарушений. Память ослаблена, преимущественно на давно прошедшие события. Мышление и речь по темпу замедлены. Болезненных идей не высказывает. Настроение неустойчивое, доминируют эмоциональные реакции пассивно-оборонительного типа. Общий фон настроения снижен в невротическом плане (без суицидальных тенденций). Ярко выражены явления «парадной гиперестезии», непереносимость шума, жары, алкоголя. Высшие чувства несколько ослаблены, низшие – пищевое, ориентировочное, самосохранения – ослаблены значительно. Активное внимание неустойчиво, легко истощаемо.

**ДИАГНОЗ:** Выраженный астено-депрессивный синдром посттравматического генеза.

Когда читаешь «старых» авторов удивляешься их наивности и где-то вместо подтвержденной объективности романтизма понимания психической патологии. Там наивно, но понятно. Теперь серьезно, но не понятно. Но все же по поводу классиков. Вот как смело Рихард фон Крафт Эбинг в своей небольшой книжике «О здоровых и больных нервах» (1891) соотносит и понимает симптом астении:

- Neurastenia
- Neurastenia cerebialis
- Neurastenia spinalis

Что называется «без комментариев». Оно и понятно – становление нозологического принципа всегда проходит через этап смешивания всего – феномена, объединяющей структуры (как правило это синдром) и даже патогенетического аспекта.

Вначале стоит определиться в каких рамках следует рассматривать астению. Как варианты она может встречаться как единый синдром и как коморбидный синдром.

Коморбидность астенического синдрома:

- В рамках единого регистра
- В рамках круга расстройств
- В рамках коморбидных психических нарушений
- В рамках коморбидных сомато-психических нарушений
- В рамках коморбидных психо-соматических нарушений
- В рамках психосоматических нарушений

Но эта ситуация еще более размывает понимание специфичности данного синдрома.

Так что же все таки такое неспецифическое состояние как симптом в психиатрии? Я

попробовал понять место симптома (для примера той же астении) в поле психической патологии в продолжение идей Дж. Джексона. Вот какая схема у меня получилась.

## УНИФИКАЦИЯ ИДЕИ J.M.JACKSON



Не напоминает ли Вам эта иллюстрация этикие круги на воде от брошенного камешка? По моему неплохая аналогия, где от круга первичной реакции в виде астении к последнему кругу кажется уже ничего не стоит от первичной реакции (первый круг) и серьезность нарушения даже не вызывает мысли о мелочности первичной реакции. Но ведь она то была и есть в виде своей фазы нарушения и без нее вряд ли мы бы наблюдали именно такую картину болезни.

По сути речь идет здесь не только о значимости и высоте поражения от низшего к высшему, от простого к сложному, и от менее организованного к более организованному. Речь идет о красивой иллюстрации простой и гениальной мысли Петра Анохина о фазности отказа систем. Напомню: теория надежности систем за Ушаковым говорит о том, что при полном отказе системы (технической или живой) эта система *обязательно* [курсив мой] проходит все фазы частичного отказа, и эти фазы непрерывны во времени.

Если принять на веру сказанное, а в этом вряд ли стоит сомневаться, то получается, что элементарная частица психопатологии – астения является обязательным моментом любого психического. Да и не только психического расстройства.

Попробуем взглянуть на эту же идею с позиции нейрофизиологии.

Если принять к вниманию связь астении с дефицитом подкорковых структур как основе нейропсихологического синдрома, то мы должны принять и составные этого дефицита, а именно:

- главная черта - недостаточность пластичности, переключаемости, удержание тонуса какой либо психической деятельности в связи с нарушенном общей нейродинамики.



- Эмоциональные колебания, быстрая истощаемость, пересыщенность любой деятельностью, нестойкое внимание. Неадекватные реакции на то, что происходит
- Нарушение аппетита.
- нарушение сна, периодический энурез до 10 – 12 лет (потеря контроля).
- Невротические реакции, или логоневроз.
- Двигательная сфера - нарушение праксиса поз, нарушение моторной дифференциации, нарушение мелкой и тонкой моторики, многочисленные синкинезии, мышечный гипо-гипертонус,
- Внимание - "плавающая", или зависимая от эмоциональной заинтересованности, отвлечения и "зависания".
- Речь – тенденция к логоневротическим реакциям – остановки, заикания, нарушения темпа речи.
- нарушение контроля за поведением из-за отсутствия тонуса, низкой внутренней аутостимуляции, нарушение нейродинамической регуляции и слабости эмоционально-аффективного компонента психической деятельности.
- Характерная возрастная динамика с тенденцией к улучшению и компенсацией за счет эмоционально значимых событий или деятельности.

Проблема астенических состояний как в клиническом, так и в терапевтическом аспектах, является одной из самых фундаментальных в психиатрии. Это объясняется прежде всего чрезвычайной распространенностью этих расстройств, которая в общей популяции, по данным различных исследователей, колеблется от 10% до 45%. Кроме того, астенические симптомы, представляя собой наименее специфичные из всех психических нарушений, являются «базовыми» по отношению к любым другим психическим расстройствам, иногда предшествуя или определяя и почти всегда завершая течение любой болезни – соматической или психической.

Не случайно даже на современном этапе развития медицины отмечаются попытки выделения новых диагностических единиц астенических состояний. Так, например, довольно часто упоминается в литературе синдром хронической усталости, выделение которого представляет собой попытку привлечь внимание врачей к симптомам астении. Однако в связи с отсутствием четких диагностических критериев этот синдром остается (как в свое время «вегето–сосудистая дистония») диагностической «помойной ямой», в которой рассматриваются все астенические состояния, независимо от особенностей их клинической картины и этиопатогенеза. Обособление астенического синдрома в рамках неврастения (раздражительной слабости) относится к XIX веку (G. Beard). Из таблицы 1 видно, как в классификационных системах происходило становление неврастения в качестве отдельной диагностической категории. В частности, классификация МКБ–10 в отличие от предшествующей (МКБ–9), «избавившись» от всех остальных неврозов, как от «расплывчатых и неопределенных понятий», сохранила именно неврастению в качестве самостоятельной нозологической единицы, тем самым подчеркнув, с одной стороны, клиническую реальность этого состояния, а с другой – самостоятельность терапевтических подходов.

Классификации астении (Ласков Б.И., Лобзин В.С., Липгарт Н.К., Солодовников И.Д., 1981):

- Цереброгенная
- Соматогенная
- Сомато-цереброгенная
- Адаптационная
- Парциальная:
  - перцепторно-оптическая
  - перцепторно-акустическая
  - перцепторно-оптико-акустическая
- Астения при десинхронозе
- Общая астения адаптации
- Общая как следующая фаза парциальной
- Астения как реакция адаптации к новым условиям жизни и работы
- Астения усталости

Утомляемость – самая распространенная жалоба, с которой пациенты обращаются к врачам, особенно к врачам общей практики, составляет основной симптом астенических расстройств. Наряду с повышенной утомляемостью и истощаемостью они включают в себя такие проявления, как раздражительная слабость, гиперестезия, вегетативные нарушения, расстройства сна (трудности засыпания, поверхностный сон). Клиническая типология астенических расстройств определяется двумя ее вариантами: гиперстенической астенией, характеризующейся сверхвозбудимостью сенсорного восприятия с повышенной восприимчивостью нейтральных в норме внешних раздражителей (непереносимостью звуков, света и т.д.), возбудимостью, повышенной раздражительностью, нарушениями сна и др., и гипостенической астенией, основными элементами которой являются снижение порога возбудимости и восприимчивости к внешним стимулам с вялостью, повышенной слабостью, дневной сонливостью. Хотя больные и описывают астению, как повышенную утомляемость, научное определение астенического состояния требует отграничения его от простой утомляемости. В отличие от утомляемости (обозначающейся иногда как донозологическая астения, которая является физиологическим состоянием, следует за интенсивной и продолжительной мобилизацией организма, как правило, возникает быстро и восстанавливается после отдыха, не нуждается в медицинской помощи) астеническое состояние представляет собой патологическое состояние, появляющееся постепенно и вне связи с необходимостью мобилизации организма, длительностью месяцы и годы, не восстанавливаемое после отдыха и нуждающееся в медицинской помощи. Донозологическая астения (утомление) часто возникает после чрезмерных физических, психических или умственных нагрузок, при неправильном чередовании работы и отдыха, систематическом недосыпании, адаптации к новым климатическим условиям и др. и в литературе описывается, как информационный невроз, синдром менеджера, синдром «белых воротничков», синдром руководящих кадров, астения у иностранцев, астения при смене часовых поясов, астения у спортсменов, ятрогенная астения.

В отличие от этого появление астенических расстройств обусловлено более разнообразными и часто связанными с другой имеющейся патологией причинами. Сам симптомокомплекс астенического состояния, как «патологического истощения после

---

нормальной активности, снижения энергии при решении задач, требующих усилия и внимания или генерализованного снижения способности к действию», состоит из трех составляющих: – проявления собственно астении; – расстройства, обусловленные лежащим в основе астении патологическим состоянием; – расстройства, обусловленные реакцией личности на болезнь. Вторая составляющая астенического расстройства, а именно лежащие в ее основе патологические состояния, и является тем главным признаком, с учетом которого предлагается современная классификация астенических состояний (табл. 2). Органическая астения, доля которой во всех астенических состояниях оценивается в 45%, развивается на фоне хронических, часто прогрессирующих органических (неврологических), психических и соматических заболеваний. Сюда относятся инфекционные, эндокринные, гематологические, неопластические, гепатологические, неврологические, психические (прежде всего шизофрения, злоупотребление психоактивными веществами) и другие болезни.

В отличие от органической функциональная (реактивная) астения, составляющая 55% в общей выборке астений, характеризуется прежде всего принципиальной обратимостью, так как возникает вслед или в структуре ограниченных во времени или курабельных патологических состояний. К их числу относятся «острая астения», возникающая как реакция на острый стресс или значительные перегрузки на работе (психическая или физическая (астения перенапряжения), по данным старых авторов); «хроническая астения», появляющаяся вслед за родами (послеродовая астения), инфекциями (постинфекционная астения) или в структуре синдрома отмены, кахексии и др. Отдельно, в связи с чрезвычайной значимостью проблемы, выделяется «психиатрическая астения», при которой в структуре функциональных пограничных психических расстройств (тревога, депрессия, инсомния и пр.) выявляется астенический симптомокомплекс. В психиатрической литературе можно встретить классификацию астении, основанную на ее облигатном или факультативном характере в структуре болезненных состояний. К облигатной астении относятся такие состояния, в которых астенические расстройства выступают как основные и определяющие клиническую картину нарушения, например, астеническое расстройство личности, астеническое развитие личности и др.

#### СИМПТОМ КАК МАРКЕР ЭТАПА БОЛЕЗНИ



При факультативной астении ее симптомы включаются в структуру более сложных психопатологических образований – астено–депрессивные состояния, астено–тревожные

состояния и др. Рассматривая континуум облигатных астенических расстройств (рис. 1), следует обратить внимание на крайние точки этого спектра. На одном из них – астения, обусловленная психическими и органически–соматическими заболеваниями, и характеризующаяся малой обратимостью (органическая астения, астенический дефект, аутохтонная астения, астеническая конституция, астеническое развитие личности). По мере приближения к другому концу спектра нарастает полиморфизм и обратимость астенических состояний, которые выступают при соматических заболеваниях в рамках экзогенно–органических реакций (по типу экзогенных реакций Bonhoeffer) или при психических расстройствах – в рамках астенического невроза (неврастении). Мультифакторные механизмы формирования астенических состояний определяют множественность терапевтического воздействия, включающего весь спектр психотропных препаратов. Это, вероятно, объясняется отсутствием четких представлений о нейробиологических механизмах патогенеза астении (например, в отличие от депрессии, шизофрении). Более того «обыденный» и слишком распространенный характер жалоб таких пациентов часто заставляет их прибегать к самолечению. Так, проведенный интернет–поиск показал, терапия астенических расстройств является одной из самых востребованных для населения. Спектр препаратов на этих интернет–сайтах чрезвычайно широк: от витаминов до антидепрессантов [5].

Наиболее иллюстративно в понимании места симптома в болезненном процессе по видимому может быть уже упомянута я теория нарушения систем Анохина и динамическое понимание болезни Е. Краепелин, что можно было бы продемонстрировать в подобной упрощенной иллюстрации:

Итак идея проста все ищет по нарастающей до выраженной клиники.

Тогда стоит обратиться к мозговым структурам и функциям которые не просто допускают это нарастание в формировании из симптомов синдром а затем и комплексов синдромов, а просто как бы обязывать именно так реагировать мозг на какие = либо факторы патогенно значимые.

Какова же нейрофизиология астении?

В этом процессе прежде всего задействованы:

- Новая кора – гипоталамо-лимбическая система и ретикулярная формация
- При этом передача импульса от рецептора к коре имеет не только линейный (залповый) характер, но и циклический с нейронным кругом (так и хочется воскликнуть: «ай да умница А.Р.Лурия со своей идеей функционального синдрома!»)
- Активация механизмов обратной связи (положительной и отрицательной). Это из терминологии кибернетики
- Взаимосвязь между аферинтацией, рецепцией и моторикой (в каждом движении – рецепция и в каждой рецепции – движение)
- В рецепции проявление информационной функции (лемнисковые (специфические) системы и стресс-мобилизирующие (экстралемнисковые системы)
- Реакцией на негативный эмоциональный раздражитель – мышечный (гладкомышечный) гипертонус (В.М. Бехтерев, Kennon)

Астения появляется там, где начинается размывание стигм нозологичности или хотя бы типичного нейротрансмисерного изменения. Обратите внимание как четко наполнена

---

область диффузии тревоги и депрессии проявлениями астении.

Остается открытым вопрос: астения - «превозносящее» или «забирающее» расстройство? По данным работ J.A. Jackson - отрицательное. При этом исследовался как доказательный материал - нейропластичность. А по данным А.В. Снежневского – положительный. При этом учитывался в качестве главного доказательного материала патографический материал.

По видимому к этому вопросу нужно подходить больше не с оценочной стороны «положительности - отрицательности», а с клинической точки зрения. С клинической точки зрения пложительные синдромы – это аффективные, деперсонализационно-дереализационные, растерянности, галлюцинаторно-бредовые, расстройства моторики, изменение сознания (сумеречное), эпилептиформное, психорганическое.

В каждом из этих проявлений расстройств есть место астении, или в статическом или динамическом варианте.

Наиболее часто (54%) – в органической астении, которая включает:

- Инфекционно патогенетический вариант
- эндокринный
- гематологический
- невропатологический
- неопластический
- гепатологический

По сути все описанные выше классификации и понимания этого синдрома демонстрируют проблему как единого понимания этой психопатологической структуры так и ее замера и градации. До сегодняшнего дня существует проблема объективизации этого синдрома. Вся объективизация на сегодняшний день сводится или к трем методам: клинический, экспериментально-психологический и субъективный – самооценка самого пациента. Все они в той или иной степени включают субъективную оценку. Это относится, в том числе к эксперименту.

Проблемность оценки еще сводится, к тому, что все эти методы практически статичны. Оценить феномен астении в динамике весьма непросто. Поэтому любые публикации на эту тему вызывают повышенный интерес не только у клиницистов, но и у управленцев, которые хотят, например, вычислить наиболее эффективную работу или факторы которые ее тормозят, а сюда относится не патологическая усталость и даже астения.

Как пример возможного клинического применения может быть программа “Yostress», (“Visoteco» ©®, Ящук О., Кузьменко П., 2013), основанная на статистическом анализе изменений поведенческой характеристики человека динамики нажатия на клавиши - исследовании того, как человек печатает, а именно, на анализе изменений продолжительностей нажатия клавиш компьютера и времени перелета между клавишами.

Для исключения влияния расстояния между клавишами, и следовательно, влияния изменений положения кисти и напряжения пальцев, в качестве анализируемых характеристик берутся не характеристики нажатий отдельных клавиш, а коммулятивное время по паттернам печати (последовательностям нажатых клавиш - словам).

Для съема характеристик ритма ввода с клавиатуры производится повседневный мониторинг взаимодействия человека с персональным компьютером (со стандартной

клавиатурой и с мышью). Учитывая уникальность биометрических характеристик каждого человека и их свойство изменяться со временем, обработка данных (каждого нового паттера) в системе проходит четыре стадии:

1) идентификация человека по «имени пользователя».

2) запись – характеристики каждого паттерна человека запоминаются системой под отдельным ключом в базе данных. Во время записи до момента набора репрезентативной выборки (свыше 500 значений по паттерну), для составления наиболее точного изображения биометрической характеристики, система перепросчитывает математическое ожидание, медиану, моду и среднее квадратическое отклонение распределения.

3) анализ - если репрезентативная выборка по паттерну набрана, то анализируется его подчинение закону нормального распределения, и соответственно, его влияние на процесс в целом:

Большинство процессов, включая физиологические, подчиняются закону нормального распределения. Характерное свойство нормального распределения состоит в том, что 68% всех его наблюдений лежат в диапазоне  $\pm 1$  стандартное отклонение от среднего, а диапазон  $\pm 2$  стандартных отклонения содержит 95% значений. Если наблюдения начинают отклоняться от закона, значит среди случайных воздействий на процесс есть такие, влияние которых преобладает, нарушая общее течение вероятности и приводя к изменениям в самом процессе.

4) Визуализация – система визуализирует результаты в виде цветных графиков тенденций к ускорению или замедлению процесса.

В заключении хотелось бы акцентировать внимание на том, что симптом в психиатрии можно определить как самую простую, условную структурную единицу нарушения психики, которая является первым дифференцированным проявлением продукции психики человека в патологическом состоянии. Этот симптом не имеет специфичности. Но его можно измерять и даже объективизировать в динамике. Ниже этого симптома, по проявлениям, стоят лишь феномены психической деятельности, которые составляют его структуру. А с этим вопросом еще сложнее.

### Литература

1. Психиатрическая клиника, под ред. В.П. Самохвалова, Симферополь, 2003, с. 23
2. Чабан О. С. Пресох feeling як діагностичний критерій шизофренії \ Таврический психиатрический журнал, V.3, №3(10), 1999., С.100-103
3. Леви – Брюль Л. Первобытное мышление. Психология мышления. Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и В. В. Петухова. М: Изд-во МГУ, 1980. С. 130-140.
4. Тиганов А. С. Общая психиатрия. Интернет публикация, 2007
5. Аведисова А. С., Антиастенические препараты как терапия первого выбора при астенических расстройствах. Интернет публикация, 2007
6. Бамдас Б. С. Астенические состояния, М., 1961;
7. Крейнделер А., Астенический невроз, Бухарест, 1963.
8. Кронфельд А. С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии \ Труды института им. Ганнушкина, М., 1940 с. 11-19
9. Чабан О. С., Вербенко В. А., Гуменюк М. М. Нейропсихологія, Навчальний

---

посібник, Укрмедкнига, Тернопіль, 2008

10. Основи загальної та медичної психології \ за ред. Вітенко І. С., Чабана О. С.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2003.

#### References

1. Psihiatricheskaja klinika, pod red. V. P. Samohvalova, Simferopol', 2003, s. 23
2. Chaban O.S. Precox feeling jak diagnostichnij kriterij shizofrenii \ Tavrisheskij psihiatriicheskij zhurnal, V.3, №3(10), 1999., S.100-103
3. Levi – Brjul' L. Pervobytnoe myshlenie. Psihologija myshlenija. Pod red. Ju.B. Gippenrejter i V.V. Petuhova. M: Izd-vo MGU, 1980. S. 130-140.
4. Tiganov A. S. Obshhaja psihiatrija. Internet publikacija, 2007
5. Avedisova A. S., Antiastenicheskie preparaty kak terapija pervogo vybora pri astenicheskix rasstrojstvax. Internet publikacija, 2007
6. Bamdas B. S. Astenicheskie sostojanija, M., 1961;
7. Krejndler A., Astenicheskij nevroz, Buharest, 1963.
8. Kronfel'd A. S. Problemy sindromologii i nozologii v sovremennoj psihiatrii \Trudy instituta im. Gannushkina, M., 1940 s. 11-19
9. Chaban O. S., Verbenko V. A., Gumenjuk M. M. Nejropsihologija, Navchal'nij posibnik, Ukrmedkniga, Ternopil', 2008
10. Osnovi zagal'noji ta medichnoji psihologiji \ za red. Vitenko I. S., Chabana O. S. – Ternopil': Ukrmedkniga, 2003.

Надійшла до редакції 13.10.2015

---

**Розділ: Роботи молодих вчених**

УДК 159.942.5-055.2

**FEATURES OF EARLIEST MEMORIES OF THE GIRLS  
WITH THE «EMOTIONAL COLDNESS» SYMTHOMCOMPLEX****Dotsenko O. Yu.**

У статті було розглянуто симптомокомплекс "емоційного холоду", як нездатності до встановлення, підтримки довірчих відносин з партнером і систематично проявляється у вигляді міжособистісного залежності, протизалежності та страху інтимності. За аналізом найбільш ранніх спогадів дівчат із симптомокомплексом "емоційного холоду" було зроблено висновок, що симптомокомплекс "емоційного холоду" починає формуватися в ранньому дитинстві в результаті сімейної соціалізації дівчат.

Ключові слова: симптомокомплекс "емоційного холоду", сімейна соціалізація, ранні спогади, дівчата

The article deals with the symthomcomplex of "emotional coldness", the inability to establishing, maintaining trusting relationships with partner and systematically manifested in the form of interpersonal dependency, countdependency and fear of intimacy. According to the analyze of the earliest memories of girls it was concluded that symthomcomplex of "emotional coldness" could started forming in early childhood as a result of family socialization.

Key words: "emotional coldness" syptomcomplex, girls, family socialization, early memories

В статье был рассмотрен симптомокомплекс «эмоционального холода», как неспособность к установлению, поддержанию доверительных отношений с партнером и который систематически проявляется в виде межличностной зависимости, контрзависимости и страха интимности. По анализу ранних воспоминаний девушек с симптомокомплексом «эмоционального холода» был сделан вывод, что симптомокомплекс «эмоционального холода» начинает формироваться в раннем детстве в результате семейной социализации девушек.

Ключевые слова: симптомокомплекс «эмоционального холода», семейная социализация, ранние воспоминания, девушки

In the modern society there are various difficulties in establishing intimate relationships, young people either do not want to marry any couple quickly leave. There can be several reasons of this phenomena. Reduction of economic and social functions of marriage conducts to appearing of a new form of marital relations – intimate marriage [1]. Quality of interpersonal relationships between couple is the prime factor of family stability. As a result, demands of couples' ability to enter into emotionally close relations hold psychological intimacy grows up. Probable, family relationship crisis, which occurs in today's society [2], can be analyzed for the purposes of personal couple's willingness to create qualitative marital relations. The relationship of psychological



intimacy between men and women represent the one of the most important characteristics of a happy marriage. However, today's girls are often unable to demonstrate openness, sincerity, true feelings to their partners, and there is no duration, emotional intimacy and warmth in existing relationships.

Capability to establish relations of psychological intimacy, which is realized in forms of mature friendship and love, is one of important characteristics of healthy personality [3]. Emotional contact deviations which make difficult establishing such relations traditionally were considered like separate phenomena such as codependency [4], counterdependency[5], toxic love[6], fear of intimacy [7], loneliness and so on. Ukrainian authors [8] had suggested polyparametric data analyzing model of interpersonal relationship deviations. These psychological phenomena, in the opinion of O.S. Kochiaran et al [8], should be considered systematically as “emotional coldness” symthomcomplex, which is reflected in the inability to establish and maintain relations of psychological intimacy. It was described inner structure, formative stages and features of this symthomcomplex [9, 10].

It should be noted that consideration of emotional sphere deviations which brings to difficulties in establishing psychological intimate relations in the meaning of “emotional coldness” symthomcomplex allows solve more effectively not only theoretical and research problems but also render counseling for people who have difficulties in interpersonal relations [11].

“Emotional coldness” symthomcomplex has an internal structure and phases of formation and specific features of this symthomcomplex at girls’ behavior[9, 10]. Describing this symthomcomplex in interpersonal relationships, “Emotional coldness” symthomcomplex in interpersonal relations can be described as triangular structure, poles apart are “coldness” and “pseudoemotionality” and third independent from them – “emotionality”. Poles apart have different phenomenology. Pole “coldness” is connected with displaying indifference, distance in contact, solitude, counterdependency, isolation, and pole “pseudoemotionality” – with external emotionality, manipulations, pseudofeelings, codependency, which all hide absence of true psychological intimacy. Pole “emotionality” represents wide-hearted, sincerity and authenticity of emotional interpersonal contact [11].

In I. S. Kon opinion, socialization factor considered separately, the most influential was and still parental family, whose influence child feels especially when it is most susceptible[12 ] in the childhood .

Family socialization must be seen from two sides: from the child – as attachment to parents, and by parents – as a way of family education. In attachment theory of human life considered in trying to find a balance between the merger and separation. M. Ainsworth describes four types of infant attachment, which bind to the peculiarities of interaction with parents [13]: 1) secure attachment – emphatically parents, 2) avoiding type – lack of stable emotional bonds, 3) counter-ambivalent type – intrusive education , 4) disorganized type – violent upbringing.

Maladaptive parenting styles interfere with normal passage of family socialization processes, inhibit the development of emotionality and contribute to the formation of “emotional coldness” symthomcomplex poles – “pseudoemotionality” and “coldness”. In modern psychology, proposed a number of characteristics of parenting styles that meet the “rigid” behavior, which can not change methods impact on the child and the child forms a traumatic experience. N. A. Koval in multidimensionality of parental relationship provides such negative traits as rejection of the child,

violations of interpersonal distance, abnormal shape and direction control. Strengthening these features leads to behavioral distortions – the formation of socio- undesirable behaviors, low self-esteem, etc. [14]. Thus, the content of parental attitudes are usually contradictory, ambivalent and dependent on the dominance of its various structural components. This corresponds to a disjoint (low degree of cohesion of family relations disposal), divided (emotional aloof family members) and confusing (the level is too high cohesion, low degree of differentiation family) types of families separated by D. Olson from related (emotional closeness of family members, loyalty in relationships) such as the level of cohesion [15]. Apparently, the associated level of cohesion focused on emotions and allows for the optimal functioning of the family, and is divided, confused and disconnected levels can, however, contribute to the formation of “emotional coldness” symthomcomplex at girls. To maladaptive parenting styles discussed include H. Craig and D. Bocoum extreme behaviors parents - namely, authoritarian (cold relationship, high level of control) and indifferent (cold relationship, low level of control) [16].

According to E.G. Eydemiller and V. Yustytskis pathogenic and traumatic experiences of violence affect the child because of their versatility, depending on one another, and much openness and vulnerability of the child in relation to various intra processes [17]. These features directly indicate the formation of intra cell “emotional coldness” symthomcomplex.

Defining family as “emotional field”, M. Kerr and M. Bowen [18] used the term to explain the difficulties of emotional relationships that are transmitted and perceived by family members at different levels of interaction. Emotional processes occurring in the family, depending on what functional positions occupied by family members. Functional position significantly affect the beliefs, values, attitudes, feelings and behavior of family members . These functional positions are formed over generations and are fixed in the emotional, sensory and cognitive processes , and thus further transmitted to the child that if the prevalence of maladaptive parenting styles lead to the formation of the “emotional coldness” symthomcomplex.

The aim of work is to identify characteristics of early memories of girls with syptomcomplex. Operationally in this study, “emotional coldness” symthomcomplex refers to the total expression of the three attributes, namely levels of interpersonal dependency, counterdependency and fear of intimacy. These signs are equivalent for contribution to the symthomcomplex of “emotional coldness” at girls.

Methods: Methods of diagnosing interpersonal dependence B. and J. Weinhold [4], fear of intimacy scale (Fear-of-Intimacy Scale) [7], the scale of counterdependency B. and J. Weinhold [5], analyze of early memories[19].

Characteristics of the sample. To determine the structure and mechanisms of formation of “emotional coldness” symthomcomplex took part 156 girls aged 18 to 24 years , students 3 and 4 courses of higher educational institutions of Kharkiv.

To standardize the results of diagnostic techniques of interpersonal dependency, fear of intimacy scale and scale counterdependency, they were transferred, individually, in the z-scale [20]. Formula translation in z- scale :  $Z = (X_i - M_x)/S$ , where  $X_i$  – raw score on the test ,  $M_x$  - the average score for the standardization sample ,  $S$  - standard deviation of the sample standardization. For the chosen methods, using SPSS Statistics 20.0 was obtained mean scores and standard deviations. Further results of z-scale for each subject for each test were summed up thus emerged standardized z-scale of 3 methods, which was divided by extreme groups of subjects into 2 groups:

---

group 1, the girls with the “emotional coldness” symthomcomplex, it included 52 girls with z-indexes on scale from 1,21 to 6,31 and group 2, girls with the “emotional coldness” symthomcomplex, it included 52 girls with z-indexes on scale from -3,64 to -0,52 .

Using the method of analysis of the earliest memories were identified relevant themes present in the memories of early study, the results of this procedure are summarized in the table:

Table 1

Features of girls' memories			
Diagnostic features	Group 1, %	Group 2, %	$\varphi$
People in memories			
Mother	50	75	2,667**
Father	44,2	55,8	1,183
Alone	28,8	9,6	2,565**
Friend	3,8	21,2	2,881**
Grandmother	30,8	59,6	2,993**
Grandfather	13,5	38,5	2,993**
Boys	3,8	15,4	2,116*
Type of event			
Achievements, victories	46,2	71,2	2,621**
Illness, injury	34,6	9,6	3,202**
The emotional tone of memories			
Negative memories	50	25	2,672**
Fear	34,6	15,4	2,3*
Offense	19,2	3,8	2,626**
First love	9,6	25	2,126*
Joy	3,8	15,4	2,116*

Note: \*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$ .

Analyzing the data, the following conclusions:

The average age of the memories of the girls with the symthomcomplex of "emotional coldness" about 6 years old, the girls without the symthomcomplex about 4 years.

Group 1 (girls with the symthomcomplex of "emotional coldness") are characterized by memories associated with loneliness, illness / injury, the experience of fear and resentment. Shared memories had negative emotional coloring.

Girls without the symthomcomplex of "emotional coldness" are characterized by participation in the memories of my mother, stories about their achievements and victories, the presence of friends, chat with grandparents, as well as first experience with the boys (the first kiss and love), and experience joy. It can be noted that they had happy childhood, with no expressed deviations of parenting style. It is also important to note that girls with the symthomcomplex of

"emotional coldness" was laconic and restrained in his memoirs, in which few details, emotions, mainly the transfer of facts and events. By the volume occupied by one-half to one page.

As for girls from second group – without symptomcomplex of “emotional coldness” - memories of these girls were more detailed. Girls emotionally and describes in detail the events of his childhood, mentions various details. They described a lot of events from their childhood, like surprises, birthday parties, family journeys or family meeting. And also their memories were full of not only family members, but also to close relatives, godparents, family friends. These girls described their childhood friends, boys they liked, etc. In terms of their memories takes an average of one to three pages.

In conclusion, it is worth noting that on the basis of these data we can observe the formation of deviations of emotional contact with girls at an early age, therefore plays an important role in the family is growing and educated girl. In the future, the findings can be used to develop a program for psychocorrection work with girls with symptomcomplex «emotional coldess».

### References

1. Peidzh S. Blizost' / Peidzh S. // Psihologija i psihoanaliz ljubvi. Uchebnoe posobie dlja fakul'tetov psihologii, pedagogiki i social'noj raboty. – Samara: Izdatel'skij Dom «BAHRAH – M». 2007. – S. 486 – 520.
2. UNIAN – Zdorov'e – V pervye gody supruzheskoj zhizni razvoditsja 60% par [Jelektronnyj resurs] // UNIAN – Zdorov'e. URL: <http://health.unian.net/rus/detail/248566>
3. Rodzhers K.R. Vzgljad na psihoterapiju. Stanovlenie cheloveka / Karl Rodzhers Per. s angl./ Obshh. red. i predisl. Iseninoj E.I. – M.: Izdatel'skaja gruppa «Progress», «Univers», 1994. – 480 s.
4. Uajnhold B. Osvobozhdenie ot sozavisimosti / B. Uajnhold, Dzh. Uajnhold / Perevod s anglijskogo A.G. Cheslavskoj – M.: Nezavisimaja firma “Klass”, 2002. – 224 s.
5. Uajnhold B. Protivozavisimost': begstvo ot blizosti / B. Uajnhold, Dzh. Uajnhold / per. s angl. E. Babenko, K. Smolin. – Kamenec-Podol'skij: Aksioma, 2009. – 328 s.
6. Mellody P. Toksyczna milosc i jak sie z niej wyzwolic / P. Mellody - Warszawa: Jacek Santorski & Co, 1993.- 204 s.
7. Firestone R. W. Fear of Intimacy / R. W. Firestone, J. Catlett – Washington, DC: American Psychological Association. – 2006. – 358 p.
8. Kocharyan A.S. Sindrom «emocional'nogo holoda» v mezhlichnostnyh otnoshenijah: addiktivnyj kontekst [Kocharyan A. S., Tereschenko N. N., Aslanjan T. S., Gurtovaja I. V.] // Visnyk Harkivs'kogo nacional'nogo universitetu im. V.N. Karazina. Serija Psihologija. – H.: Vid-vo HNU, 2007. - №771. – s. 115-119.
9. Dotsenko A. Ju. Analiz struktury simptomokompleksa «emocional'nogo holoda» u devushek / A. Ju. Dotsenko // Visnik Odes'kogo nacional'nogo universitetu imeni I.I. Mechnikova. Serija: "Psihologija". - 2012. – Tom 17. - Vip. 9(21). - S. 74-83
10. Dotsenko O. Ju. Vpliv bat'kiv na formuvannja simptomokompleksu «emocijnogo holodu» u divchat / O. Ju. Dotsenko // Teoretichni i prikladni problemi psihologiji : Zb. nauk. pr. / Shidnoukr. nac. un-t im. Volodimira Dalja. - Lugans'k, 2012. – №3 (29). – S. 111-118.
11. Tereschenko N. N. Psihoterapija sindroma «emocional'nogo holoda» v klient-centrirovannom podhode / N. N. Tereschenko // Visnyk Harkivs'kogo nacional'nogo universitetu

im. V. N. Karazina. – 2008. – № 807: Psihologija. – S. 357–360.

12. Kon I. S. Psihologiya rannei yunosti: Kn. dlya uchitelya / I. S. Kon. – M.: Prosveshchenie, 1989. - 254 p.

13. Einsvort M. Razvitie lichnosti rebenka. / M. Einsvort / pod red. N. N'yukomb. – 8-e izd. – SPb.: Piter, 2003. – 640 p.

14. Koval' N. A. Psihologiya sem'i i semeinoi dezadaptivnosti : Ucheb. Posobie / N.A. Koval', E. A. Kalinina. – Federal'noe agentstvo po obrazovaniyu, Tamb. gos. un-t im. G. R. Derzhavina. Tambov : Izd-vo TGU im. G.R. Derzhavina, 2007. - 351 p.

15. Chernikov A. V. Sistemnaya semeinaya terapiya: Integrativnaya model' diagnostiki / A. V. Chernikov. – Izd. 3-e, ispr. i dop. M.: Nezavisimaya firma "Klass", 2001. – 208 p.

16. Kraig G. Psihologiya razvitiya / G. Kraig, D. Bokum. – 9-e izdanie. – SPb.: Piter, 2006. – 940 p.: il.

17. Eidemiller E. G. Psihologiya i psixoterapiya sem'i / E.G. Eidemiller, V. Yustitskikh. – 4-e izd. – SPb. : Piter, 2009. – 672 p. – (Mastera psixologii).

18. Teoriya semeinykh sistem Myurreya Bouena: Osnovnye ponyatiya, metody i klinicheskaya praktika. Pod red. Beiker K., Varga A.Ya. – M.: «Kogito-Tsentr», 2005.–496 p.

19. Adler A. Praktika i teoriya individual'noj psixologii: Per. s nem – M.: 1993. – 175 s.

20. Burlachuk L. F. Psikhodiagnostika / L.F. Burlachuk. – SPb. : Piter, 2006. – 351 p.

Надійшла до редакції 10.07.2015

---

УДК: 159.922.1

**КУЛЬТУРНІ МОДЕЛІ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ У ЖІНОК****Колпак Т. В.**

Робота присвячена дослідженню психосемантичних особливостей культурних моделей жіночої гендерної ідентичності у дівчат студенток. Виділено 5 психосемантичних моделей, що співвідносяться із культурними моделями жіночої гендерної ідентичності: «Ділові» – «Жінка-професіонал», «Яскраві» – «Жінка-інтелектуалка», «Жіночні» – «Берегиня», «Сильні» – «Сильна жінка», «Моделі» – «Барбі». Досліджено особливості ідентифікації дівчат з найбільш поширеними культурними моделями жіночої гендерної ідентичності.

**Ключові слова:** гендерна ідентичність, статево-рольова сфера особистості, культурні моделі гендерної ідентичності.

The work is devoted to the study of psycho-semantic features of cultural models of female gender identity in girls students. Dedicated 5 psychosemantic models that relate to cultural models of female gender identity: "Business", "Female professional", "Bright" – "Intellectual Female", "Feminine" – "Keeper", "Strong" – "Strong woman", "Model" "Barbie". Analyzed the features to identify girls with the most prevalent cultural models of female gender identity.

**Keywords:** gender identity, personality's sex-role spher, cultural models of gender identity

Работа посвящена исследованию психосемантических особенностей культурных моделей женской гендерной идентичности у девушек студенток. Выделено 5 психосемантических моделей, соотносящихся с культурными моделями женской гендерной идентичности: «Деловые» – «Женщина-профессионал», «Яркие» – «Женщина – интеллектуалка», «Женственные» – «Берегиня», «Сильные» – «Сильная женщина», «Моделі» – «Барбі». Исследованы особенности идентификации девушек с наиболее распространенными культурными моделями женской гендерной идентичности.

**Ключевые слова:** гендерная идентичность, полоролевая сфера личности, культурные модели гендерной идентичности.

У сучасному українському суспільстві спостерігається активна трансформація гендерних ролей [2]. Найпомітніші зміни пов'язані із жіночою гендерною ідентичністю, яка все частіше набуває, протилежних традиційним, рис, що відповідають уявленням щодо реалізації жінки у різних сферах життєдіяльності [31]. Важливу роль у формуванні гендерної ідентичності мають соціокультурні чинники, серед яких виділяються гендерні стереотипи, культурні вимоги та очікування від жіночої ролі [27]. У той же час актуальні культурні моделі жіночої гендерної ідентичності є недостатньо дослідженими, а їх зв'язок із індивідуально-психологічною сферою сучасних українських жінок досі залишається поза межами психологічних досліджень. А саме гармонійність і узгодженість статево-рольової сфери жінки забезпечує її успішне соціальне, психологічне та соматичне функціонування [9, 19, 21, 24]

Виявлення культурних моделей жіночої гендерної ідентичності та їх взаємозв'язку із особистісними змістами статевої ролі сучасних українських дівчат дасть змогу виявити "затори", які утруднюють жіночу реалізацію та ті чинники, які сприяють відчуттю психологічного благополуччя.

Концепції формування статевої ролі гендерної ідентичності досліджується багатьма сучасними психологами Н. К. Радіна, Т. В. Бендас, О. А. Здравомислова, А. А. Тьомкіна, І. С. Кльоцина, С. Л. Бем, О. Кись, О. С. Кочарян та інші. [1, 7, 9, 16, 19, 21, 24]

Уявлення про мужність та жіночність суттєво змінилися за останнє сторіччя. Від традиційних дихотомічних поглядів психологи перейшли до розглядання маскуліності та фемінінності як автономних властивостей. Маскуліність зараз пов'язується з інструментальністю, а фемінінність – з експресивністю. О. С. Кочарян[20] виділяє чотири статевої ролі типи: андрогінний, маскуліний, фемінінний, недиференційований. Також він зазначає існування трьох статевої ролі моделей: континуально-альтернативної, континуально-ад'юнктивної та андрогінної.

Більшість дослідників розуміють термін «гендерна ідентичність» по різному, основні підходи, що розкривають механізми формування гендерної ідентичності: біогенетичний підхід і психоаналіз, теорія соціального навчання, когнітивна теорія, «нова психологія статі», теорія гендерної схеми, теорія статевої ролі соціалізації. Основними функціями гендерної ідентичності як компонента самосвідомості особистості є: забезпечення внутрішньої узгодженості; інтерпретація соціального досвіду; співвіднесення своїх здібностей з соціальними можливостями, наданими суспільством; регуляція поведінки та діяльності. У структурі гендерної ідентичності наявні три компоненти: когнітивний, емоційно-оцінний, поведінковий. В якості складових частин гендерної ідентичності багато дослідників виділяють статево, статевої ролі і сексуальну ідентичність

Формування ідентичності визначається двома чинниками: біологічною основою, з якою людина народжується, або первинною ідентичністю, і соціокультурною надбудовою, ситуаціями міжособистісної взаємодії зі значущими об'єктами упродовж усього життя. Психолого-біологічні і соціокультурні чинники мають певну варіативність. У конструюванні гендерної ідентичності базисом є біологічна константа, яка визначає фізіологічне, психологічне та соціальне функціонування. До соціально мінливих чинників конструювання гендерної ідентичності у першу чергу належать соціальна динаміка, що зростає, диференціація способу життя та соціалізації, поділ праці, владні відносини, плюралізм уявлень про те, яким повинні бути жінки і чоловіки, множинність контактів і можливостей для самореалізації, соціокультурні норми.

Г. П. Ковальова, В. О. Даніл'ян [18] зазначають, що аналіз ключових аспектів проектів ідентичності у медіа-середовищі свідчить про те, що переважним підходом у практиці жіночих репрезентацій залишається біологічно-детермінований підхід, відповідно до якого в просторі, опосередкованому медіа, жіноча ідентичність зберігає свої характеристики згідно з гендерними стереотипами, що відповідає традиційній практиці репрезентації жінки як об'єкта. Вони виділили такі образи жінок, трансльовані традиційними і новими медіа: *«Гарна жінка, жінка-модель»*, *«Ділова жінка, жінка-професіонал»*, *«Щаслива жінка»*, *«Секс-символ»*, *«Дружина-мати»*.

Н. Д. Груздевська [5], у структурі жіночої гендерної ідентичності виділяє такі типи: традиційно-патріархальний - фемінний; тип незалежної, самостійної жінки - фемінно-андрогінний; маскулінний тип; тип «гламурної» жінки - інфантильно-фемінний. Причому в чистому вигляді ці типи зустрічаються рідко, в основному можна спостерігати поєднання типів гендерних з деяким, часто незначним, переважанням одного з них.

Українська дослідниця О. Кісь [14, 15] виділила такі моделі конструювання гендерної ідентичності жінки в сучасній Україні, як Берегиня, Барбі, Ділова Жінка і Феміністка.

Метою роботи є дослідити психосемантичні особливості культурних моделей жіночої гендерної ідентичності.

Відповідно до мети роботи нами було поставлено такі задачі:

1. Вивчити концепції формування статевої ролі простору гендерної жіночої ідентичності.
2. Виявити культурні та психосемантичні моделі жіночої гендерної ідентичності та дослідити зв'язок між ними у дівчат-студенток.
3. Виявити особливості ідентифікації дівчат з найбільш поширеними культурними моделями жіночої гендерної ідентичності.
4. Виявити конотативне наповнення маскулінності та фемінінності у студентському середовищі.

Методи дослідження. У дослідженні були використані такі методики: структурна статевої ролі шкала (Кочарян-Фролова) [20], методика вільного сортування об'єктів [30], метод семантичного диференціалу [25]. Використовувався метод контент-аналізу [10]. Також використовувалися методи багатомірної статистики [29] - кореляційний аналіз (тау-коефіцієнт Кендала), визначення **непараметричних критеріїв для незв'язаних вибірок** (критерії U Вілкоксона-Манна-Уїтні; медіанний тест), критерій розсіювання (F - критерій Фішера). Для обробки використовувався комп'ютеризований пакет для всестороннього статистичного аналізу «Statistica (7.0)»

У дослідженні приймали участь 60 дівчат, віком 18-19 років, студенток ВНЗ м. Харкова.

Наше дослідження складалося з декількох етапів. Метою першого етапу емпіричного дослідження, було дослідження та аналіз найбільш поширених культурних моделей жіночої гендерної ідентичності. Для цього за допомогою контент-аналізу досліджено твори сучасної української художньої літератури, що є популярними серед читацької аудиторії, відображають основні соціально-культурні тенденції в українській культурі та мають вплив на її розвиток за експертною оцінкою [11, 28].

У процедурі контент-аналізу були використані такі аналітичні категорії: ставлення до себе; ставлення до чоловіків; ставлення до сексуальності; ставлення до сім'ї; ставлення до материнства; ставлення до зовнішності; суспільна активність.

Нами було виділено 5 культурних моделей гендерної ідентичності.

1) «Берегиня». Головні ознаки цієї моделі: акцент на материнській ролі жінки та на ролі хранительці домашнього вогнища. Такі жінки орієнтовані на створення сім'ї, виховання дітей. О.Кісь [15] виділяла цей тип серед основних жіночих образів української культури. Ця модель представлена у романах Марії Матіос «Солодка Даруся» [23] та «Майже ніколи не навпаки» [22].

---



2) «Гламурна жінка» (Барбі). Жінка у цій моделі описується як егоїстична, сконцентрована на собі та своїй зовнішності. Вона намагається відповідати стандартам краси та фемінінності, що диктуються соціумом. О. Кісь [17] описує цей образ таким чином: «образ жінки, спосіб життя якої нагадує нарцистичне існування гарної та дорогої ляльки. Вона вимагає для себе відповідного середовища та атрибутів, щоби врешті-решт виконати своє головне призначення – знайти свого власника-чоловіка». Ця модель яскраво проявляється у соціальних вимогах та характерах героїнь роману Ірен Роздобудько «ЛСД. Ліцей слухняних дружин» [26].

3) Жінка-професіонал. Ця культурна модель у першу чергу характеризується спрямованістю на кар'єру, самовдосконалення та змагання з чоловіками. Власна реалізація вбачається їм у професійних успіхах, та признанні суспільства. При цьому така жінка водночас виконує роль матері, дружини та господарки. Такий образ вимальовується на основі роману «Надра банку» В. Горбунової [4] та твору братів Капранових «Щоденник моєї секретарки» [3]. О. Кісь [17] описує схожий образ ділової жінки.

4) Сильна жінка (Феміністка). Ця модель представлена образами сильних жінок, що кидають виклик суспільству та традиційним уявленням та цінностям. Головним для них є свобода самовираження, відстоювання прав та свобод людини, зокрема жінки. О. Кісь [17] у своєму дослідженні виділяє образ феміністки і зазначає, що «В сучасному українському суспільстві ця модель, очевидно, найбільш контроверсійна і найменш популярна». Образи таких жінок представлені у романах І. Карпи «Фройд би плакав» [13] і «Перламутрове порно (Супермаркет самотности)» [12], романі Оксани Забужко «Польові дослідження з українського сексу» [8].

5) Жінка-інтелектуалка. Жінка, що представляє цю модель освічена, обдарована, з гарними манерами, прагне саморозвитку та самопізнання. При цьому вона ставиться до чоловіків з повагою, сприймає їх як партнерів, здатна до самоіронії Цей образ романтичний, емоційний. Він поєднує тенденції до емансипації та збереження жіночих моделей поведінки, дотримання традиційних ролей. Ця модель описується у творі О. Забужко „Я, Мілена” [8] та повісті Ольги Кобилянської «Царівна» [17].

Метою другого етапу нашого дослідження було виділити та проаналізувати психосемантичні моделі гендерної ідентичності у жінок, на основі результатів методики вільного сортування об'єктів. Користуючись контент-аналізом нами було виділено 5 психосемантичних моделей, що описувалися більш ніж 50% дівчат: «Ділові» (52%), «Яскраві» (66%), «Жіночні» (80%), «Сильні»(62%) та «Моделі» (50%).

Нашим наступним завданням було описання та аналіз психосемантичних моделей, які ми отримали у ході дослідження:

«Ділові». Характеризуються як владні, сильні, мудрі, розумні та самодостатні жінки, які ставлять на перше місце професійні досягнення. Для них характерна чоловіча поведінка. Такі жінки самотні, холодні у відносинах.

«Яскраві». Головна ознака таких жінок - бажання привернути увагу, виділити себе з натовпу. Вони відкриті, імпульсивні, високо емоційні, ініціативні та активні, виглядають сексапільно та прагнуть уваги чоловіків.

«Жіночні». Таких жінок описують як добрих, веселих, усміхнених, простих, світлих, спокійних, щирих, довірливих, чуйних та ніжних. Вони справжні жінки, хороші мами,

дружини, господарки, зосереджені на інших людях, сім'ї, гарно виховані.

«Сильні». Головними рисами цієї моделі є сильний характер, впевненість, мужність, «наповненість та глибина», самостійність, рішучість та ініціативність. Вони описуються як феміністичні, схожі на чоловіків за характером та зовні, активні, незалежні. Цим жінкам притаманно брати на себе чоловічі ролі та обов'язки, виконувати захисні та організаційні функції у суспільстві, керувати великими масами людей. Мало уваги приділяють сім'ї.

«Моделі». Головними рисами таких жінок є краса, привабливість, сконцентрованість на собі. Їх описують як егоїстичних, капризних, самовпевнених, дещо штучних, але сексуальних. Мають потребу у чоловічій увазі, флірті, вираженні сексуальності.

Для аналізу статево-рольових особливостей кожної з моделей використовувалась статево-рольова шкала (Кочарян-Фролова). За допомогою U-критерію Манна-Уїтні ми порівняли вираженість маскулінності та фемінінності між моделями, значимі результати представлені у Табл. 1

Таблиця 1.  
Порівняння вираженості маскулінних та фемінінних рис серед психосемантичних моделей

Група 1	Середнє значення		Група 2	Середнє значення		Асимптотична значимість (p)
	М	Ф		М	Ф	
Ділові	<b>104</b>	58	Яскраві	<b>89</b>	57	0,0003
Ділові	<b>104</b>	<b>58</b>	Жіночні	<b>62</b>	<b>91</b>	<0,001
Ділові	<b>104</b>	58	Моделі	<b>89</b>	61	0,00002
Яскраві	<b>89</b>	<b>57</b>	Жіночні	<b>62</b>	<b>91</b>	<0,001
Яскраві	<b>89</b>	57	Сильні	<b>99</b>	59	0,018
Жіночні	<b>62</b>	<b>91</b>	Сильні	<b>99</b>	<b>59</b>	<0,001
Жіночні	<b>62</b>	<b>91</b>	Моделі	<b>89</b>	<b>61</b>	<0,001
Сильні	<b>99</b>	59	Моделі	<b>89</b>	61	0,004

У психосемантичній моделі «Ділові» маскулінність виражена у більшій мірі ніж у моделей «Яскраві», «Жіночні» та «Моделі». При цьому «Яскраві» та «Моделі» більш маскулінні за «Жіночних», але менш за «Сильних». Показник маскулінності у «Сильних» вищий ніж у «Жіночних».

Найбільші показники фемінінності у психосемантичній моделі «Жіночні».

Для порівняння показників маскулінності та фемінінності нами також було використано медіанний тест, результати якого графічно представлені у графіках розмаху (рис. 1., рис. 2).

На рис. 1. ми чітко бачимо зниження показника «Маскулінність» у психосемантичній моделі «Жіночні», порівняно з іншими моделями. При цьому у решти моделей маскулінність виражена відносно однаково, але більш високі значення у моделях «Ділові» та «Сильні». Найбільший розмах показників спостерігається у моделі «Яскраві».

Рис. 2. дає нам змогу оцінити виразність показника фемінінності у різних психосемантичних моделях. Найвищі та показники фемінінності ми бачимо у моделі «Жіночні». У інших групах рівень фемінінності доволі низький.

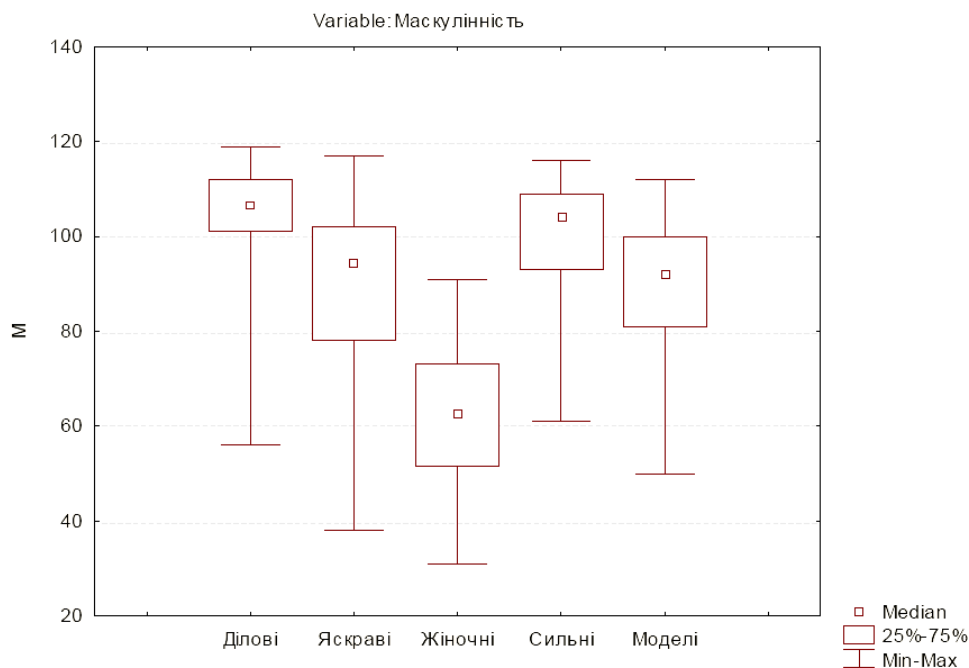


Рис. 1. Медіанний розмах показника «Маскулінність»

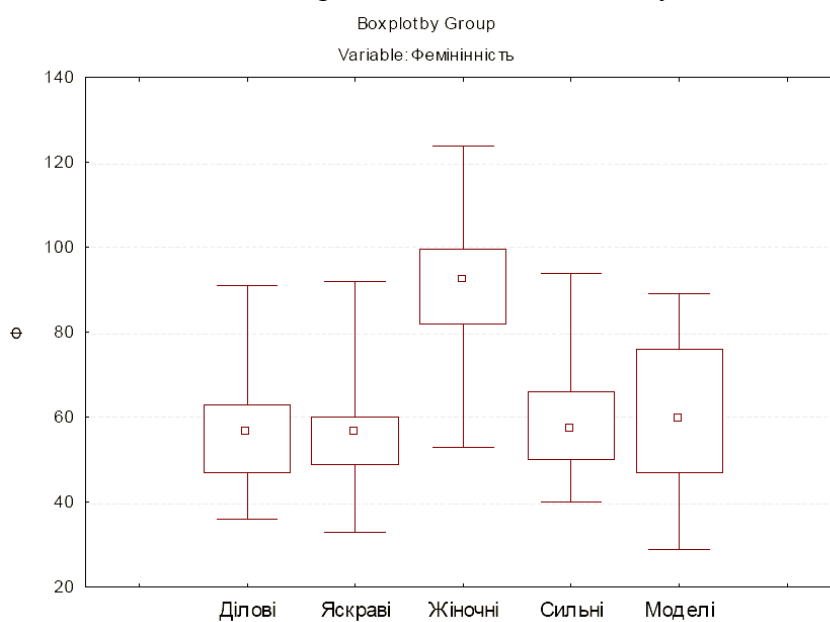


Рис. 2. Медіанний розмах показника «Фемінінність»

Такі результати дослідження статоворольових особливостей психосемантичних моделей у більшій мірі співпадають із описом, який ми отримали за допомогою контент-аналізу. При цьому впливає декілька особливостей: моделі «Ділові» та «Сильні» позиціонуються дівчатами як маскуліні, із схильністю до виконання чоловічих ролей. Моделі ж «Яскраві» та «Моделі» у більшій мірі описуються як сексуальні, красиві та жіночні, але при цьому мають значну перевагу маскуліних рис над фемініними. Модель «Жіночні» постає асексуальною, цнотливою, сексуальність та прагнення до уваги чоловіків не підкреслюється жодним чином. Такі данні кореспондують із теорією О. Вейнінгера, який говорив про два типи жінок «Повію» та «Мати» [21].

Таким чином, можна зробити висновок, що більшість психосемантичних моделей жіночої гендерної ідентичності – «Ділові», «Яскраві», «Сильні» та «Моделі» - являють собою маскулінні образи жінок. Єдина фемінінна модель – «Жіночні».

Це може бути зв'язано із тим, що моделі «Ділові», «Яскраві», «Сильні» та «Моделі» - соціально активні, вони виконують досить маскулінні у звичному розумінні суспільні ролі та потребують розвитку маскулінних якостей. Оскільки саме вони, за вимогами соціуму, дають змогу досягти «успіху». Жінки ж, які відносяться до моделі «Жіночні» менш активні та зберігають традиційні уявлення про реалізацію жінки, оскільки їх сфера діяльності не несе вимог трансформації гендерної ролі.

Метою наступного кроку нашого дослідження було проаналізувати розповсюдженість психосемантичних моделей серед дівчат, тобто у якій мірі вони ідентифікують себе з тими чи іншими моделями. Для цього ми за допомогою кореляційного аналізу шкал семантичного диференціалу побудували індивідуальний кореляційний профіль для кожної дівчини та проаналізували відсоток ідентифікацій та протиставлень дівчат з виділеними моделями. Результати аналізу представлені на графіку (Рис. 3.)

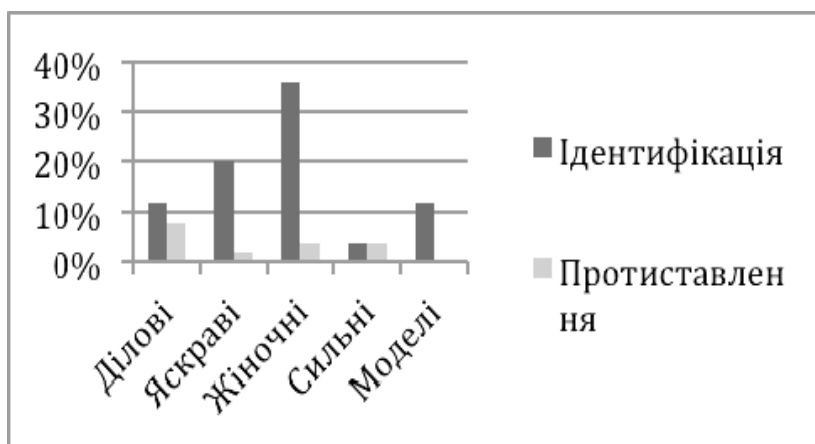


Рис. 3. Розповсюдженість психосемантичних моделей серед дівчат. (під ідентифікацією розуміємо позитивний кореляційний зв'язок, а під протиставленням - негативний).

Найбільш розповсюдженою психосемантичною моделлю є «Жіночні», з нею себе ідентифікують 36% дівчат. 20% ідентифікують себе із «Яскравими», по 12% - із «Діловими» та «Моделями». Найменш представленою у студентському середовищі є модель «Сильні». 8% дівчат протиставляють себе моделі «Ділові», по 4% - «Жіночним» та «Сильним». Усього 2% протиставляють до себе модель «Яскраві». Зовсім не протиставляють себе моделі «Моделі».

Такі результати можливі через те, що більшість представлених у суспільстві культурних моделей гендерної жіночої ідентичності - маскулінні, і таким чином на дівчата знаходяться під інтенсивним тиском соціальних вимог, що вимушують жінку трансформувати гендерну роль. У той же час ідентифікація із жіночною моделлю виступає як компенсаторний механізм, який повинен стабілізувати цю ситуацію

За допомогою структурної статевої ролі шкали (Кочарян-Фролова) були виділені 4 групи дівчат за статевою роллю: андрогінний та фемінінний тип – по 10 дівчат (по 19,2%), маскулінний та фемінінний тип – по 16 (по 30,7%).

Наступним кроком було дослідження відмінностей у розповсюдженні виділених семантичних моделей серед дівчат різних статоворольових типів.

Для цього використовувався критерій Фішера, значимі відмінності були виявлені між дівчатами маскулітного та фемінінного типів, щодо відмінностей між іншими типами – спостерігаються тенденції до розбіжностей, але вибірка занадто мала для їх визначення. Дівчата маскулітного типу частіше за дівчат фемінінного, ідентифікують себе з моделлю «Яскраві» (31,3%,  $\Phi=1,92$ ,  $p<0,05$ ). А фемінінні дівчата частіше співвідносять себе із моделлю «Жіночні» (50%,  $\Phi=1,92$ ,  $p<0,05$ ).

Це може бути пов'язано з тим, що модель «Яскраві» має більш андрогінні характеристики та дозволяє маскулітним дівчатам притримуватися її, зберігаючи рівновагу між фемінінними та маскулітними якостями. Фемінінні ж дівчата обирають єдину модель, що являє собою традиційні уявлення щодо жіночої ролі.

Наступним етапом нашого дослідження стало виявлення конотативного наповнення маскулітності та фемінітності. Для цього був проведений кореляційний аналіз показників маскулітності/фемінітності, визначених респондентами для кожної з моделей, з допомогою структурної статоворольової шкали (Кочарян-Фролова), та показників шкал семантичного диференціалу, за яким респонденти також оцінювали моделі..

Спочатку було проведено аналіз кореляцій для усієї вибірки, його результати приведені у Табл. 2.

Таблиця 2.

Конотативне наповнення Маскулітності/Фемінітності у дівчат-студенток

	<b>М</b>	<b>Ф</b>
<b>Веселый-грустный</b>	<b>-0,265*</b>	<b>0,214*</b>
<b>Хороший-плохой</b>	<b>-0,372*</b>	<b>0,436*</b>
<b>Полный-Пустой</b>	-0,058	<b>0,187*</b>
<b>Светлый-Темный</b>	<b>-0,310*</b>	<b>0,413*</b>
<b>Длинный-Короткий</b>	-0,003	0,073
<b>Большой-Малый</b>	0,040	0,082
<b>Сильный-Слабый</b>	<b>0,411*</b>	<b>-0,230*</b>
<b>Сложный-Простой</b>	<b>0,363*</b>	<b>-0,310*</b>
<b>Новый-старый</b>	0,079	<b>-0,139*</b>
<b>Теплый-Холодный</b>	<b>-0,346*</b>	<b>0,393*</b>
<b>Быстрый-Медленный</b>	<b>0,328*</b>	<b>-0,244*</b>
<b>Активный-Пассивный</b>	<b>0,293*</b>	<b>-0,206*</b>

Примітка \*  $p < 0,05$

Таким чином, маскулітність пов'язується із такими характеристиками, як сумний, поганий, темний, холодний, але при цьому сильний, швидкий та активний. Фемінітність же переважно пов'язується з протилежними характеристиками: веселий, хороший, повний, світлий, простий, теплий, слабкий, старий, повільний та пасивний.

З цих даних можна припустити наявність внутрішнього конфлікту у статоворольовому просторі дівчат. Оскільки маскулітність має високі показники за шкалами активності та сили, хоча й негативно емоційно забарвлена, вона конотує з уявленням про

успішність. Натомість, фемінінність високо оцінюється за шкалами оцінки, але показники сили та активності низькі, що робить її привабливою емоційно, але непридатною до реалізації у суспільстві.

Висновки:

1. У дівчат студентського віку найбільш поширеними є 5 психосемантичних моделей, що співвідносяться з культурними моделями жіночої гендерної ідентичності: «Ділові»/«Жінка-професіонал»; «Яскраві»/«Жінка-інтелектуалка»; «Жіночні»/«Берегиня»; «Сильні»/«Сильні жінки»; «Моделі»/«Гламурна жінка».

2. Психосемантичні моделі жіночої гендерної ідентичності «Ділові», «Яскраві», «Сильні» та «Моделі» – характеризують маскулінні образи жінок. Єдина фемінінна модель – «Жіночні».

Найчастіше дівчата ідентифікують себе із моделями «Жіночні» та «Яскраві». Менш за все представлена у студентському середовищі модель «Сильні».

У більшій мірі дівчата протиставляють себе моделі «Ділові», найменше моделі «Яскраві», а моделі «Моделі» не протиставляють зовсім.

Дівчата маскулінного типу частіше за дівчат фемінінного, ідентифікують себе з моделлю «Яскраві». А фемінінні дівчата частіше співвідносять себе із моделлю «Жіночні».

3. Конотативне наповнення параметрів маскулінності та фемінінності відражає у собі наявність внутрішнього конфлікту у статеворольовому просторі дівчат. Маскулінісь є бажаною для суспільної реалізації та успішності, оскільки пов'язується із високими показниками за шкалами активності та сили, але при цьому негативно емоційно забарвлена. Фемінінність же високо оцінюється за шкалами оцінки, але показники сили та активності низькі, що робить її привабливою емоційно, але непридатною до реалізації у суспільстві.

### Література

1. Бем С.Л. Линзы тендера. Трансформация взглядов на проблемы неравенства полов / С. Л. Бем, - М.: "РОССПЭН", 2004. – 336 стр.
2. Берн Ш. Гендерная психология: законы мужского и женского поведения / Ш. Берн, - М.: "Прайм-Еврознак", 2007. – 320 стр.
3. Брати Капранови. Щоденник моєї секретарки./ Брати Капранови – К.: Гамазин, 2011. – 400 с.
4. Горбунова В. Надра банку. Роман./В. Горбунова – К.: Нора-Друк, 2011. – 200 с.
5. Груздевская Н. Д. Становление женской гендерности в подростковом возрасте в провинциальном городе и мегаполисе / Н. Д. Груздевская. // Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. – 2009. – №2. – С. 188–195.
6. Дресвянина А. В. Понятие «гендерная идентичность»: сущность и основные исследовательские подходы / А. В. Дресвянина. // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. – 2009. – №4. – С. 154–157.
7. Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Концепции и перспективы исследования пола в клинической психологии [Электронный ресурс]. Доступ до ресурсу <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2930>
8. Забужко Оксана. Польові дослідження з українського сексу./О. Забужко Роман. –

Київ: "Згода", 1996. -- 142 с.

9. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины/ Е. П. Ильин - СПб: Питер, 2006. - 544 с

10. Иванов О.В. Комп'ютерний контент-аналіз: проблеми та перспективи вирішення / О. В. Иванов // Вісник Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна. Серія: Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства. – Харків: Харківський національний університет ім. В.Н.Каразіна, 2009. – Випуск 15. – 336 с.

11. Калита В. Деформація жіночого образу в українській літературі [Електронний ресурс] / Василь Калита. – 2013. – Режим доступу до ресурсу: <http://ualit.org/?p=6225>.

12. Карпа Ірена. Перламутрове порно/ І. Карпа – Дуліби, 2005 - 216 с.

13. Карпа Ірена. Фройд би плакав/ І. Карпа - Харків: Фоліо, 2006 - 238 с.

14. Кісь О. Моделі конструювання гендерної ідентичності жінки в сучасній Україні [Електронний ресурс] / О. Кісь // № 27. – 2003. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.ji.lviv.ua/n27texts/kis.htm>.

15. Кісь.О. Кого оберігає Берегиня, або Матріархат як чоловічий винахід / О. Кісь // «Дзеркало тижня». – 2005. – №15.

16. Клецина И.С. Гендерная социализация: учеб. пособие/И.С. Клецина.- СПб: Изд-во СПбГУ, 1998.- 228 с

17. *Кобилянська О. Царівна./О. Кобилянська– Харків: Фоліо, 2012. – 698 с.*

18. Ковальова, Г. П. Трансформація жіночої гендерної ідентичності в сучасному медіа-просторі [Текст] / Г. П. Ковальова, В. О. Даніліян // Вісник Національної юридичної академії України ім. Ярослава Мудрого. Серія: Філософія, філософія права, політологія, соціологія : зб. наук. пр. / Національна юридична академія України ім. Ярослава Мудрого. - Х. : Право, 2012. - 2012. №1(11). - С. 148-158. - Бібліогр. : с. 157-158.

19. Кон И.С. Психология половых различий/ И. С. Кон // Вопросы психологии. 1991. – №2, С. 47 – 57

20. Кочарян А.С. Метод исследования структурной организации полоролевой сферы личности/ А. С. Кочарян, Е. В. Фролова, Н. В. Дармостук // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: «Психологія». – 2009. – №857. – Вип. 42. – С.78-84.

21. Кочарян А. С. Личность и половая роль (симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии) / А. С. Кочарян ; отв.ред. член.-кор. АПН Украины Л. Ф. Бурлачук. — Х. : Основа, 1996. — 127 с.

22. Матіос М. Майже ніколи не навпаки / Марія Матіос. – Львів: Піраміда, 2007. – 180 с

23. Матіос М. Солодка Даруся / Марія Матіос. – Львів: Піраміда, 2007. – 176 с.

24. Нартова-Бочавер С.К. Дифференциальная психология: Учебное пособие/ С. К. Нартова-Бочавер - М.: Флинта, Московский психолого-социальный институт, 2003. - С. 158-179.

25. Петренко, В. Ф. Психосемантика сознания / В. Ф. Петренко. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1988. – 207 с.: ил.

26. Роздобудько І. ЛСД. Ліцей слухняних дружин : роман / Ірен Роздобудько. – Х.: Книжковий Клуб "Клуб Сімейного Дозвілля", 2013. – 315 с.

27. Тулузакова М. В. Социокультурные образцы феминного и маскулинного и проблема гендерного равенства / М. В. Тулузакова. // Известия Дальневосточного федерального университета. Экономика и управление. – 2009. – №4. – С. 105–118.

28. Філоненко С. О. Концепція особистості жінки в українській прозі 90-х років ХХ ст. (феміністичний аспект) : дис. канд. філ. наук / Філоненко С. О. – Дніпропетровськ, 2003. – 230 с.

29. Халафян А. А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных: Учебник./ А. А. Халафян – М.: Бином, 2007. - 512 с

30. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. 2-е изд./ М.А. Холодная –СПб.: Питер, 2004. – 384 с:

31. Шишлова Е. Э. Трансформация гендерной идентичности: социально-психологический аспект / Е. Э. Шишлова. // ВЕСТНИК МГИМО УНИВЕРСИТЕТА. – 2012. – №1. – С. 104–210.

### References

1. Bem S.L. Linzy tendera. Transformacija vzgledov na probleme neravenstva polov / S. L. Bem, - М.: "ROSSPJeN", 2004. – 336 str.

2. Bern Sh. Gendernaja psihologija: zakony muzhskogo i zhenskogo povedenija / Sh. Bern, - М.: "Prajm-Evroznak", 2007. – 320 str.

3. Braty Kapranovy. Shhodennik mojeji sekretarki./ Braty Kapranovy – К.: Gamazin, 2011. – 400 s.

4. Gorbunova V. Nadra banku. Roman / V. Gorbunova – К.: Nora-Druk, 2011. – 200 s.

5. Gruzdevskaja N. D. Stanovlenie zhenskoj gendernosti v podrostkovom vozraste v provincial'nom gorode i megapolise / N. D. Gruzdevskaja. // Izvestija Tul'skogo gosudarstvennogo universiteta. Gumanitarnye nauki. – 2009. – №2. – S. 188–195.

6. Dresvjanina A. V. Ponjatie «gendernaja identichnost'»: sushhnost' i osnovnye issledovatel'skie podhody / A. V. Dresvjanina. // Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federal'nogo universiteta. Serija: Gumanitarnye i social'nye nauki. – 2009. – №4. – S. 154–157.

7. Enikolopov S.N., Dvorjanchikov N.V. Konceptii i perspektivy issledovanija pola v klinicheskoy psihologii [Elektronnij resurs]. Dostup do resursu <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2930>

8. Zabuzhko Oksana. Pol'ovi doslidzhennja z ukrajins'kogo seksu./O. Zabuzhko Roman. -- Kiev: "Zgoda", 1996. -- 142 s.

9. Il'in E. P. Differencial'naja psihofiziologija muzhchiny i zhenshiny/ E. P. Il'in - Spb: Piter, 2006. - 544 s

10. Ivanov O. V. Komp'juternij kontent-analiz: problemi ta perspektivi virishennja / O. V. Ivanov // Visnyk Harkivs'kogo nacional'nogo universitetu imeni V.N. Karazina. Serija: Metodologija, teorija ta praktika sociologichnogo analizu suchasnogo suspil'stva. – Harkiv: Harkivs'kij nacional'nij universitet im. V.N.Karazina, 2009. – Vipusk 15. – 336 s.

11. Kalita V. Deformacija zhinochoho obrazu v ukrajins'kij literaturi [Elektronnij resurs] / Vasil' Kalita. – 2013. – Rezhim dostupu do resursu: <http://ualit.org/?p=6225>.

12. Karpa Irena. Perlamutrove porno / I. Karpa – Dulibi, 2005 - 216 s.

13. Karpa Irena. Frojd bi plakav / I. Karpa - Harkiv: Folio, 2006 - 238 s.



14. Kis' O. Modeli konstruivannja rendernoï identichnosti zhinki v suchasnij Ukraïni [Elektronnij resurs] / O. Kis' // № 27. – 2003. – Rezhim dostupu do resursu: <http://www.ji.lviv.ua/n27texts/kis.htm>.
15. Kis'.O. Kogo oberigae Bereginja, abo Matriarhat jak cholovichij vinahid / O. Kis' // «Dzerkalo tizhnja». – 2005. – №15.
16. Klecina I.S. Gendernaja socializacija: ucheb. posobie/I.S. Klecina.- SPb: Izd-vo SPbGU, 1998.- 228 s
17. Kobiljans'ka O. Carivna./O. Kobiljans'ka– Harkiv: Folio, 2012. – 698 s.
18. Koval'ova, G. P. Transformacija zhinochoji gendernoji identichnosti v suchasnomu media-prostori [Tekst] / G. P. Koval'ova, V. O. Danil'jan // Visnyk Nacional'noji juridichnoji akademiji Ukraïny im. Jaroslava Mudrogo. Serija: Filosofija, filosofija prava, politologija, sociologija : zb. nauk. pr. / Nacional'na juridichna akademija Ukraïni im. Jaroslava Mudrogo. - H. : Pravo, 2012. - 2012. №1(11). - S. 148-158. - Bibliogr. : s. 157-158.
19. Kon I.S. Psihologija polovyh razlichij/ I. S. Kon // Voprosy psihologii. 1991. – №2, S. 47 – 57
20. Kocharjan A.S. Metod issledovanija strukturnoj organizacii polorolevoj sfery lichnosti/ A. S. Kocharjan, E. V. Frolova, N. V. Darmostuk // Visnik Harkivs'kogo nacional'nogo universitetu imeni V.N. Karazina. Serija: «Psihologija». – 2009. – №857. – Vip. 42. – S.78-84.
21. Kocharjan A. S. Lichnost' i polovaja rol' (simptomokompleks maskulinnosti/femininnosti v norme i patologii) / A. S. Kocharjan ; otv.red. chlen.-kor. APN Ukraïny L. F. Burlachuk. — H. : Osnova, 1996. — 127 s.
22. Matios M. Majzhe nikoli ne navpaki / Marija Matios. – L'viv: Piramida, 2007. – 180 s
23. Matios M. Solodka Darusja / Marija Matios. – L'viv: Piramida, 2007. – 176 s.
24. Nartova-Bochaver S.K. Differencial'naja psihologija: Uchebnoe posobie/ S.K. Nartova-Bochaver - M.: Flinta, Moskovskij psihologo-social'nyj institut, 2003. - S. 158-179.
25. Petrenko, V. F. Psihosemantika soznanija / V. F. Petrenko. – M. : Izd-vo Mosk. un-ta, 1988. – 207 s. : il.
26. Rozdobud'ko I. LSD. Licej sluhnjanih družhin : roman / Iren Rozdobud'ko. - H.: Knizhkovij Klub "Klub Simejnogo Dozvillja", 2013. – 315 s.
27. Tuluzakova M. V. Sociokul'turnye obrazcy feminnogo i maskulinnogo i problema gendernogo ravenstva / M. V. Tuluzakova. // Izvestija Dal'nevostochnogo federal'nogo universiteta. Jekonomika i upravlenie. – 2009. – №4. – S. 105–118.
28. Filonenko S. O. Koncepcija osobistosti zhinky v ukrajins'kij prozi 90-h rokiv HH st. (feministichnij aspekt) : dis. kand. fil. nauk / Filonenko S. O. – Dnipropetrovs'k, 2003. – 230 s.
29. Halafjan A. A. STATISTICA 6. Statisticheskij analiz dannyh: Uchebnik./ A. A. Halafjan – M.: Binom, 2007. - 512 s
30. Holodnaja M. A. Kognitivnye stili. O prirode individual'nogo uma. 2-e izd./ M. A. Holodnaja –SPb.: Piter, 2004. – 384 s:
31. Shishlova E. Je. Transformacija gendernoji identichnosti: social'no-psihologicheskij aspekt / E. Je. Shishlova. // VESTNIK MGIMO UNIVERSITETA. – 2012. – №1. – S. 104–210.

**Відомості про авторів**

**Андрущенко Віктор Петрович**, доктор філософських наук, професор, дійсний член НАПН України, ректор Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова

**Бородавко Оксана Олександрівна**, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу медичної психології НДІ неврології, психіатрії та наркології АМН України

**Вірна Жанна Петрівна**, доктор психологічних наук, професор, декан факультету психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки

**Гайдучик Петро Данилович**, головний лікар Волинської обласної інфекційної лікарні, здобувач кафедри загальної та соціальної психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки

**Доценко Олександра Юріївна**, викладач кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Кожевнікова Вікторія Анатоліївна**, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник відділу медичної психології НДІ неврології, психіатрії та наркології АМН України

**Колпак Тетяна Володимирівна**, аспірант кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Коровіна Лідія Дмитрівна**, кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету

**Коростій Володимир Іванович**, доктор медичних наук, професор; професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету

**Кочарян Гарнік Суренович**, доктор медичних наук, професор, Харківської медичної академії післядипломної освіти

**Кочарян Ігор Олександрович**, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Кочарян Олександр Суренович**, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Кришталь Євген Валентинович**, доктор психологічних наук, професор,

---

---

завідувач кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України

**Лобойко Л.І.**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

**Маркова Маріанна Владиславівна**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України

**Прус Оксана Валеріївна**, студентка 5-го курсу медичного факультету №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

**Сандомирский Марк Евгеньевич**, кандидат медичних наук, преподаватель Института групповой и семейной психотерапии (г. Москва), Тел. +7(926)9224674, Эл. почта [re3@mail.ru](mailto:re3@mail.ru)

**Сукачова Ольга Миколаївна**, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, +380679167409 e-mail: [olga\\_sukachova@ukr.net](mailto:olga_sukachova@ukr.net)

**Терещенко Надія Миколаївна**, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

**Чабан Олег Созонтович**, доктор медичних наук, професор Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, завідувач відділу пограничних станів та соматоформних розладів, професор кафедри психології та педагогіки медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, консультант Медичного управління Державного управління справами Президента України (психіатрія))

**Шестопалова Людмила Федорівна**, доктор психологічних наук, професор, завідувач відділу медичної психології НДІ неврології, психіатрії та наркології АМН України

**Яценко Тамара Семенівна**, доктор психологічних наук, професор, академік НАПН України, завідувач кафедри практичної психології Черкаського національного університету імені Б. Хмельницького

**Andreas Herold**, M.Sc. Psychologist in psychotherapy (Fachpsychologe für Psychotherapie) FSP, Certified TRE Provider. Trained in Gestalt therapy/Integrative Therapy (H. Petzold), Middendorf breath therapy (E. Kemmann), Somatic Experiencing SE (P. Levine), Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises TRE (D. Berceci), Brainspotting BSP (D. Grand), PEP Process and Embodiment-focused Psychology (M. Bohne). Clinic: Praxis Kreis 6, Universitätsstrasse 67, 8006 Zürich,

---

Switzerland. **[www.andreasherold.ch](http://www.andreasherold.ch)**

**Árpád Kántor**, Psychologist, Focusing-Oriented Therapist, Director, Hungarian Association for Body Psychotherapy, [www.habp.hu](http://www.habp.hu)

**Zack Boukydis**, Psychologist, Focusing-Oriented Therapist, Focusing Coordinator, Focusing Institute, Visiting Professor, Institute of Psychology, Eotvos Lorand University, Budapest, Hungary; Visiting Professor, Departments of Pediatrics, Semmelweis Medical School, Budapest and University of Turku, Turku, Finland

---

---

Правила оформлення статей для збірника  
«Психологічне консультування і психотерапія»

Відповідно до постанови Президії ВАК України №7-05/1 від 15 січня 2003 р. «Про підвищення вимог до фахових видань. Внесених до переліків ВАК України» при підготовці статей до фахового збірника слід дотримуватися таких вимог:

- постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями;
- аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми, на які спирається автор;
- виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
- формування цілей статті (постановка завдання);
- виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
- висновки з цього дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямі;
- список використаних джерел у транслітерації (література оформляється відповідно до вимог ВАКУ)

До редакції подаються паперова та електронна версії статті. Обсяг статті – 8–12 сторінок.

Електронна версія подається до редакції у форматах \*.doc, яку необхідно надіслати на адресу: [pctkarazin@gmail.com](mailto:pctkarazin@gmail.com)

Шрифт Times New Roman, 14 кегль, через півтора інтервали.

Поля: зверху – 2 см; знизу – 2 см; ліворуч – 2 см; праворуч – 1 см. Папір – А4. В тексті статті забороняється використовувати об'єкти WordArt, автофігури, кольорові діаграми та графіки, кольорові фотографії. Усі схеми мають бути у форматі jpg.

Перед статтею подаються: УДК, назва статті, прізвище та ініціали – українською та англійською мовами; анотації та ключові слова – російською, українською та англійською мовами. Викладення матеріалу в анотації повинно бути стислим і точним (від 500 знаків і більше). Належить використовувати синтаксичні конструкції, притаманні мові ділових документів, уникати складних граматичних зворотів, необхідно використовувати стандартизовану термінологію, уникати маловідомих термінів та символів. Використовувати для перекладу комп'ютерні програми заборонено. Список літератури (оформлений відповідно до останніх вимог ВАК) та транслітерація цього списку (латиниця, а не переклад).

---

Всеукраинская общественная организация «Институт клиент-центрированной и экспириентальной психотерапии» (сокращенно – ИКЭП [www.pca.kh.ua](http://www.pca.kh.ua)) была создана в 2012 году. До этого времени функционировала с 2000 г. Мастер-школа клиент-центрированной психотерапии, созданная доктором психологических наук, профессором Кочаряном Александром Суменовичем, который получил профессиональную подготовку в области клиент-центрированной психотерапии и консультирования в рамках обучающей программы интернационального института клиент-центрированного подхода (Лугано, Швейцария) и Центра кросс-культурной коммуникации (Дублин, Ирландия) для психологов и психиатров стран Центральной и Восточной Европы (Братислава, Прага) в 1990–1994 гг.

В том же 2012 г. ИКЭП получил статус коллективного члена Всемирной ассоциации человеко-центрированной и экспириентальной психотерапии и консультирования (World Association for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counselling <http://www.pce-world.org/>).

ИКЭП имеет учебные филиалы в Харькове, Киеве, Хмельницком, Луцке.

Основные формы деятельности ИКЭП:

Научная деятельность: выявление пределов и возможностей клиент-центрированной психотерапии (по нозологии и характерологии), разработка идей процессуальности в психотерапевтическом контакте. Защищены кандидатские и докторские диссертации по проблемам клиент-центрированной психотерапии, созависимых отношений, нарушений ответственного поведения, невротических расстройств, сексуальных и полоролевых нарушений. Изданы монографии: 1) Психотерапия: психологические модели – СПб.: Питер, 2003 – 1 изд., 2007 – 2 изд., 2009 – 3 изд. 2) Основы психотерапии – М.: Алетейя, 1999. 3) Основы психотерапии – К.: Ника-центр, 2001. 4) Психотерапия в особых состояниях сознания. – М.: АСТ, 2000. 5) Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. 6) Личность и половая роль – Х.: Основа, 1996. 7) Психотерапия как невербальная практика – Х.: ХНУ, 2014.; 8) Полоролевая психология – Х.: ХНУ, 2015.

Практическая деятельность (психологическая и психотерапевтическая работа): индивидуальное психологическое консультирование, групповая работа, проведение тематических тренингов.

Формы работы института: краткосрочные и долгосрочные программы, клиентские группы, группы встреч (личностного роста), профессиональное обучение, курсы обучения решению личностных проблем.

Преподавательский и тренерский состав ИКЭП: 1) Кочарян Александр Суменович - профессор, д. психол. н. (член единого профессионального реестра психотерапевтов Европы); 2) Кочарян Гарник Суменович – профессор, д. мед. н.; 3) Жидко Максим Евгеньевич – доцент, к. психол. н. (член единого профессионального реестра психотерапевтов Европы); 3) Кочарян Игорь Александрович - к. психол. н. (член единого профессионального реестра психотерапевтов Европы); 4) Терещенко Надежда Николаевна - доцент, к. психол. н. (официальный преподаватель межрегионального уровня); 5) Долгополова Елена Викторовна (официальный преподаватель межрегионального уровня); 6) Харченко Андрей Александрович (официальный преподаватель межрегионального уровня); 7) Цихоня Валерия Сергеевна - к. психол. н.

---

---

В настоящее ИКЭП реализует следующие проекты:

Профессиональная образовательная программа по клиент-центрированной психотерапии (адаптированная к требованиям Европейской Ассоциации Психотерапии). Программа включает в себя три модуля: 1) рефлексия личного опыта; 2) профессиональные знания и навыки; 3) поддержка и сопровождение профессионального опыта. Общее количество часов – 3215. Обучение проводится в закрытой группе (до 20 человек) с меняющимся составом сертифицированных лекторов и тренеров. Подготовка включает в себя лекции, тематические семинары, работу в эмпатической лаборатории и лаборатории терапевтических ответов. Дополнительно обучающиеся проходят дидактическую индивидуальную психотерапию и участвуют в супервизионных семинарах. Завершение обучения предполагает позитивную рекомендацию тренеров, зачеты по всем тематическим семинарам и практическим занятиям, защиту практического случая (при условии вынесения его на супервизию), а также публичную защиту письменной дипломной работы.

Образовательная программа «Базовый курс психотерапии» («Психотерапевтическая пропедевтика»). Общее количество часов – 216 (из них 96 часов теории и 120 часов – практики). Включает в себя два модуля: 1) опыт самопознания (личный опыт); 2) основные направления психотерапии.

Супервизионная программа в области полимодальной и клиент-центрированной супервизии.

Мастер-класс профессора А.С. Кочаряна – «Кухня клиент-центрированной психотерапии» (постоянно действующая открытая группа). Организатор: Загоруйко Татьяна +38(050)3234558

Группа встреч (клиентская группа) профессора А.С. Кочаряна (полоуоткрытая группа). Организатор: Загоруйко Татьяна +38(050)3234558

Клиентская программа «Мастерская психологического преобразования и телесности» – участники обучаются навыкам оптимизации эмоциональных, когнитивных, коммуникативных, телесных и волевых процессов для наиболее эффективной самореализации в различных аспектах жизни: работе, взаимоотношениях, здоровье, отдыхе и т.д. Включает четыре модуля. <http://www.bealive.biz/>, +38(098)8508638 Юля.

Клиентская программа по семейной и детской психологии – программа предназначена для студентов, практикующих психологов, родителей и супругов, настоящих и будущих. Состоит из трех ступеней, включает в себя лекции, тренинги, практические занятия, современные теоретические представления и личный опыт. По окончании каждой ступени выдается сертификат. Веб-адрес: [www.facebook.com/FamilyKidsKh](http://www.facebook.com/FamilyKidsKh). К. т. +38(067)9004030

Институт заинтересован в сотрудничестве и организации проведения программ института. Контакт: +38(050)3001257, e-mail [kochar50@yandex.ru](mailto:kochar50@yandex.ru) ( проф. Кочарян А.С.)

---

Наукове видання

# **Психологічне консультування і психотерапія**

Том 2, випуск 1-2

Українською, англійською та російською мовами

Підписано до друку 30.11.2015 р. Формат

Папір офсетний. Друк ризограф. Ум. друк. арк. 15,9 . Обл-вид. арк. 18,5.

Тираж    пр. Ціна договірна.

61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна.

Видавництво.