

ISSN 2410-1249

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

**Психологічне консультування і психотерапія
Випуск 5, Том 1**

**Psychological
counseling
and psychotherapy
Issue 5 Vol. 1**

**Психологическое
консультирование
и психотерапия
Выпуск 5, Том 1**

Започаткований 2014 року

Харків 2016

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 і всіх, хто цікавиться питаннями надання психотерапевтичної допомоги.

Затверджено до друку рішенням Вченої ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 8 від 24.08.2016)

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 НАНП України, директор; декан медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця).

Відповідальний секретар – Жидко М. Є. 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).

Фільць 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).

Джакомуччі 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

Електронна адреса: pckarazin@gmail.com

Статті пройшли внутрішнє та зовнішнє рецензування.

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

З М І С Т

Теоретичні та методологічні проблеми психологічного консультування та психотерапії.....	6
Максименко С. Д. Методологія та теорія генетичних методів.....	6
Бондаренко О. Ф., Місенг Д. В. Проблема співвідношення наукового та ідеологічного знання в сучасних психотерапевтичних концепціях.....	19
Лушин П. В. Невизначеність і типи ставлення до неї: ситуація психологічної допомоги.....	33
Психотерапевтичні модальності, методи та методики.....	41
Кочарян О. С. Барінова Н. В. Теорія процесу у клієнт-центрованій психотерапії.....	41
Кочарян Г. С. Когнітивні техніки в клінічній психології.....	52
Шаповалова Л. О. Змістовно-методологічний аналіз клієнт-центрованої терапії: постановка проблеми.....	59
Гендерна психотерапія.....	66
Філоненко Л. М., Терещенко Н. М. Образ батька та образ шлюбного партнера у дівчат із неповних сімей.....	66
Медична психологія: теоретичні та прикладні питання.....	74
Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О. Особливості репрезентації образу пацієнта у лікарів та його зв'язок з комплайенсом хворих.....	74
Вірна Ж. П., Брагіна К. І. Емоційні інваріанти професійної невротизації лікарів.....	82
Кукуруза Г. В., Кирилова О. О. Підходи до організації психологічного супроводу підлітків із гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою в умовах стаціонару.....	91

C O N T E N T

Theoretical and methodological problems of psychological counseling and psychotherapy.....	6
Maksimenko S. D. The methodology and the theory of genetic methods.....	6
Bondarenko A. F., Miseng D. V. The problem of correlation of scientific and ideological knowledge in modern psychological approaches.....	19
Lushyn P. V. Uncertainty and the types of attitude to it: the situation of psychological help.....	33
Psychotherapeutic modalities, methods and techniques.....	41
Kocharian O. S., Barinova N. V. The theory of the process in person-centered therapy.....	41
Kocharian G. S. Cognitive techniques in clinical sexology.....	52
Shapovalova L. O. Content-methodological client-centered therapy analysis: the problem.....	59
Gender psychotherapy.....	66
Filonenko L. N., Tereshchenko N. N. The father image and marriage partner image for girls from single-parent families.....	66
Medical psychology: theoretical and applied questions.....	74
Shestopalova L. F., Kozhevnikova V. A., Borodavko O. A. Features of representation of the patient's image at doctors and its connection with the compliance of patients.....	74
Virna Zh. P., Bragina K. I. Emotional invariants neuroticism of professional doctors.....	82
Kukuruza A. V., Kirilova O. O. Approaches to psychological support for adolescents with gastroesophageal reflux disease ezofahialnoyu in hospital.....	91

СОДЕРЖАНИЕ

Теоретические и методологические проблемы	
психологического консультирования и психотерапии.....	6
Максименко С. Д. Методология и теория генетических методов.....	6
Бондаренко А. Ф., Мисенг Д. В. Проблема соотношения научного и идеологического знания в современных психотерапевтических концепциях.....	19
Лушин П. В. Неопределенность и типы отношения к ней: ситуация психологической помощи.....	33
Психотерапевтические модальности, методы и методики.....	41
Кочарян А. С., Баринова Н. В. Теория процесса в клиент-центрированной психотерапии....	41
Кочарян Г. С. Когнитивные техники в клинической сексологии.....	52
Шаповалова Л. А. Содержательно-методологический анализ клиент-центрированной терапии: постановка проблемы.....	59
Гендерная психотерапия	66
Филоненко Л. Н., Терещенко Н. Н. Образ отца и образ брачного партнера у девушек из неполных семей.....	66
Медицинская психология: теоретические и прикладные вопросы.....	74
Шестопалова Л. Ф., Кожевникова В. А., Бородавко О. А. Особенности репрезентации образа пациента у врачей и его связь с комплаенсом больных.....	74
Вирна Ж. П., Брагіна К. І. Эмоциональные инварианты профессиональной невротизации врачей.....	82
Кукуруза А. В., Кирилова О. О. Подходы к организации психологического сопровождения подростков с гастроэзофагиальной рефлюксной болезнью в условиях стационара.....	91

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

УДК 159.922

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ТЕОРІЯ ГЕНЕТИЧНИХ МЕТОДІВ

Максименко С. Д.

*Виступ в рамках "Тижня психології" (18-21 квітня 2016 р.) присвяченому
70-річчю створення Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України*

Виступ присвячен дослідженню психологічних механізмів особистості, а саме – експериментально-генетичному методу, реалізація якого включає формувальний експеримент. Основними принципами методу є: принцип аналізу за одиницями; принцип історизму; принцип системності; принцип проектування. Генетико-психологічний аналіз теорій особистості, а головне динамічної єдності біологічного і соціального як суперечливої одиниці особистості, фіксується в нужді, котра є одночасно одиницею структури та можливими лініями розвитку особистості.

Ключові слова: особистість, експериментально-генетичний метод, нужда, розвиток особистості.

Концепція побудована на циклі досліджень, присвячених актуальній проблемі науки – психологічним механізмам особистості зокрема, зародження в якому нужда виявляється її життєтворчим началом, любові та креативним компонентом нужди; онтогенез особистості утворюється через розгортання і новоутворень, які активізуються генетико-моделюючим її розвитком.

Експериментально-генетичний метод спрямований на:

а) формування психічних новоутворень, що раніше було відсутнє у досвіді індивіда;
б) реалізацію необхідності конструювання експериментальної моделі генезису і розвитку психіки;

в) дотримання закономірностей руху цього процесу. Подібні експериментальні моделі психічних здібностей створюються в пізнавальних цілях, але вони є прототипом реально функціонуючих процесів.

Звичайно, конструювання психологічних моделей здійснюється аж ніяк не тільки інструкцією дослідника. Ця діяльність спирається на результати складної логічної обробки предмета пізнання.

Експериментально-генетичний (генетико-моделюючий) метод виступає як методологічний засіб і в цій своїй функції перетворюється в центральну проблему вікової і педагогічної психології. Цей метод утілює діалектичну єдність з теорією, у рамках якої він виник і застосовується.

Відповідність експериментально-генетичного методу предмету вивчення (вищих психічних функцій) безпосередньо визначається положенням про соціальний генезис свідомості, про психічний розвиток як присвоєння суб'єктом культурних досягнень суспільства.

Більш того, цей метод є, на нашу думку, найбільш адекватною проекцією, що містить основні принципи і вимоги діалектичного методу стосовно дослідження проблем навчання і психічного розвитку особистості.

Таким чином, сучасний етап розвитку вікової і педагогічної психології, її методів психологічного дослідження проблем навчання і виховання характеризується переходом від опису історично сформованих систем навчання і прийомів розумової діяльності до активного моделювання і відтворення самих процесів виникнення і розвитку психіки. Метою стало розкриття самої сутності розвитку психіки, її стадій, експериментально-генетичного вивчення внутрішніх зв'язків, прийомів навчання з характером і типом розумового розвитку дитини, відповідно до якого специфічні форми психіки спочатку задані у виді суспільних зразків (Л. С. Виготський). Лише в процесі навчання, спрямованого на засвоєння цих зразків, здійснюється психічний розвиток людини.

Якісно новий етап у розвитку психології, обумовлений переходом до експериментально-генетичного методу дослідження, характеризується синтезом власне психологічного дослідження з проектуванням нових форм присвоєння учнями суспільно-культурних цінностей, нових ефективних форм навчально-виховного процесу, завдяки якому стає можливим розкриття закономірностей психічного розвитку людини майбутнього.

Логіка даного методу передбачає не просто фіксування особливостей тих чи інших емпіричних форм прояву психіки, а їх активне моделювання і відтворення в особливих умовах. Це і дозволяє розкривати їхню сутність, тобто закономірності виникнення і становлення в онтогенезі певних психологічних функцій. Тому конкретна реалізація експериментально-генетичного методу в дослідженнях з вікової та педагогічної психології як необхідний компонент включає формувальний експеримент.

Теоретичний рівень вивчення психічних процесів в експериментально-генетичному методі, на відміну від інших методів, спеціально задається дослідником через конструювання змістовно-операціональних сторін предметної діяльності. Причому специфічною особливістю подібного конструювання є те, що модель, створена дослідником з метою пізнання, відповідає реальній внутрішній структурі самого психічного процесу.

Тут родовий психічний процес, будь то спосіб мислення чи пам'ять, відтворюється окремим індивідом за тими соціально-культурними нормами, які зробили його здобутком духовної культури суспільства.

Говорячи словами Ф. Енгельса, експериментально-генетичний метод, фіксуючи власною організацією "об'єктивну діалектику речей", породжує "суб'єктивну діалектику ідей", складну діалектику психічного світу індивіда, який розвивається за законами відображення дійсності.

Ці закони виражаються не в абстрактно-загальній формі, а як змістовно-поопераційна система певної діяльності. Лише у такій якості вони стають основою тих зв'язків та відносин, які утворюють психічний процес, що розвивається. Таким чином, саме змістовно-поопераційна система експериментально-генетичного методу є психологічним центром дослідження.

Це означає, що досліджуваний психічний процес або функція спочатку конструюються у вигляді моделі певної діяльності, а потім актуалізуються через посередництво спеціальних способів організації активності суб'єкта. У педагогічній

психології таким універсальним способом організації активності суб'єкта є задача, вирішення якої і передбачає функціонування відповідного психічного процесу.

Критерієм психологічної оцінки проведеного дослідження стає міра відповідності реально здійснюваного процесу вирішення задачі її моделі.

Реалізація експериментально-генетичного методу у віковій та педагогічній психології здійснюється у вигляді конструювання шкільних програм, що дозволяє експериментально зв'язати в єдиний органічний вузол вікову та педагогічну психологію, показати неправомірність протиставлення, роз'єднання виховання та розвитку. Він є методом вивчення закономірностей процесу становлення нових видів пізнавальної діяльності. Тому актуальним є завдання: вичленувати принципи побудови цього методу дослідження і виявити оптимальні умови його реалізації.

Теоретичне осмислення досвіду експериментального навчання, здійсненого у руслі вищезгаданого підходу, приводить до необхідності вичленування системи принципів побудови експериментально-генетичного дослідження, а також виявлення послідовності основних логіко-операціональних структур, що його реалізують.

Основними принципами є такі: **1) принцип аналізу за одиницями** (вичленування вихідного суперечливого відношення, що породжує клас явищ як ціле); **2) принцип історизму** (принцип єдності генетичної та експериментальної лінії у дослідженні); **3) принцип системності** (принцип цілісного розгляду психічних утворень); **4) принцип проектування** (принцип активного моделювання, відтворення форм психіки в особливих умовах).

Принцип аналізу за одиницями. Побудова та використання експериментально-генетичного методу психологічного дослідження передбачає розкриття, з'ясування причинних (каузально-динамічних, за Л.С.Виготським) зв'язків і відношень, що лежать в основі складних психічних процесів. Засобом вирішення цієї проблеми є аналіз “за одиницями”.

Аналіз “за одиницями” спрямований на вичленування вихідного відношення (в реальності воно завжди існує у вигляді певного протиріччя), що породжує клас явищ як ціле.

Виділена психологічна одиниця – “клітинка” – зберігає властивості цілого. Цей вид аналізу дає змогу виділити в кожному психологічному цілому певний момент, який зберігає основні властивості цілого. Слід підкреслити, що одиниця зберігає властивості цілого у потенції, як можливість їх виникнення в процесі власного розвитку. Дані властивості – це вся різноманітність форм, конкретних ознак, у яких проявляється одиниця як сутність різноманітного.

Таким є цілісний аналіз. Його основне завдання – не в розкладенні психологічного цілого на частини або навіть шматки, а у виділенні в кожному психологічному цілому певних рис і моментів, які зберегли б примат цілого; використання пов'язане з природничим поясненням психічних процесів.

Аналіз за одиницями дає змогу з'ясувати й інтерпретувати реальні зв'язки і відношення, що утворюють дане явище. Такий аналіз повинен пояснити виникнення, походження зовнішніх ознак психічного процесу. Це можливо при повному динамічному

розгортанні усіх моментів психічного процесу, що вимагає завжди певного уповільнення у перебігу процесів і досягається найкраще тоді, коли їх перебіг ускладнений.

В експериментально-генетичному методі “аналіз за одиницями” поєднався з генетичним шляхом наукового дослідження, і в результаті цього даний аналіз набув статусу наукового обґрунтування розвитку психічних процесів. Такий підхід до дослідження привів до того, що всі психічні утворення як щось стале почали розглядатися як процеси.

Основною методологічною вимогою до вивчення психічного виступає перетворення “речі на процес”. У рамках такої дослідницької установки основним завданням розгляду, природно, стане генетичне відтворення усіх моментів розвитку даного процесу. Природниче експериментально-генетичне дослідження психічних процесів породило вимогу введення у психологію понять “динамічна система” і “момент розвитку”.

Перше поняття – “динамічна система” – характеризує особливості існування психічних процесів як кількісну і якісну їх зміну. Між частинами психологічного цілого здійснюється складна взаємодія, що приводить до утворення нових властивостей, нових типів взаємодії та взаємовідносин. У результаті цього психічні утворення як динамічні системи змінюються кількісно і якісно.

Поняття “момент розвитку” вводиться для характеристики етапу розвитку психічного процесу. Простеження зв'язків між етапами розвитку дає можливість описати генезис, перебіг даного процесу. Аналіз, що встановлює ці взаємозалежності між етапами, є аналіз динамічний, тобто такий, що зводиться до динамічного розгортання головних моментів, які утворюють історичний перебіг даного процесу.

Таким чином, головним результатом експериментально-генетичного дослідження стає історичне пояснення того, що являє собою ця форма поведінки, що означає розкрити походження процесу, історію його розвитку і що привело до теперішнього моменту.

Принцип історизму. Цей принцип впроваджується як логічне розгортання попереднього принципу (*аналізу за одиницями*). Справа в тому, що вицленована одиниця як суперечливе вихідне відношення, виходячи з вимог діалектичної логіки, розглядається як процес, що має свій історичний початок і завершення. Історизм вимагає простеження усіх моментів розвитку і закономірностей їх зв'язків та переходів. Використовуючи принцип історизму щодо психічних утворень, слід враховувати його певну адекватність стану досліджуваного, але ні в якому разі не тотожність філогенетичному та онтогенетичному аспектам розвитку.

Завдання дослідника за цих умов полягає у генетичному вивченні структурних компонентів психічного процесу, що розгортається. Охопити у дослідженні процес розвитку якоїсь речі у всіх його фазах та змінах – від моменту виникнення до загибелі – і означає розкрити його природу, пізнати його сутність, бо лише в русі простежується його наявність.

Вимога історичного підходу до конструювання і використання експериментально-генетичного методу – конкретне вираження примату соціального у становленні психіки.

Принцип розвитку стає вихідним для пояснення процесу в цілому, а ключем об'єктивності розуміння реального процесу розвитку є експеримент, що дозволяє виявити в абстрактній формі закономірності, саму суть генетичного процесу.

Між дійсним, реальним розвитком та розвитком досліджуваним (шляхом його відтворення) відношення таке, як між логічним та історичним (логічне є історичне,

вивільнене від його окремої, часткової форми і від порушуючих структурність випадковостей, і тому тільки воно дає можливість вивчати усякий момент розвитку в його класичній формі).

Таким чином, єдиним методологічно правильним способом вивчення психічного розвитку є його експериментально-генетичне вивчення, а головним завданням психології навчання виступає завдання зближення морфологічного, експериментального та генетичного аналізу.

Принцип системності. Першорядне значення для одержання об'єктивних даних про рушійні сили та механізми психічного розвитку має вибір системи, у якій він (розвиток) розглядається.

В історії психології є багато прикладів, коли таке складне явище, як психіка людини, розкладалось на більш прості складові частини. Вивчались і описувались властивості, способи становлення і видозміни цих частин; одержані дані підсумовувались і, таким чином, “набувалися” усі необхідні знання про вихідне і складне явище – психіку. Такий підхід, що реалізує принцип механізму, був історично обумовлений швидким розвитком і вражаючими успіхами класичної механіки та фізики. Вироблені у цих дисциплінах методи пізнання дозволяли відповісти на ряд питань, які раніше не могли бути вирішеними.

Новий підхід, побудований на так званому принципі системності, був спрямований на вияв основних закономірностей виникнення та розвитку психіки як єдиного цілого. Цей принцип вперше був використаний К. Марксом та Ф. Енгельсом при описі суспільних процесів.

З плином часу відповідний метод аналізу, перемагаючи труднощі, здобув належне місце і в науці про психічне життя людини. Тоді культурно-історична теорія розвитку психіки людини стала результатом застосування цього методу. Причому саме у її розробці вказаний принцип був реалізований найбільш строго і послідовно.

Культурно-історична концепція розвитку психіки не просто декларувала її соціальний генезис, хоча вже одне це має велике теоретичне значення, а сама соціальна детермінація була піддана діалектико-логічному аналізу. Розглядаючи соціальне як процес, необхідно було вичленувати внутрішні і суперечливі моменти, встановити їх зв'язки і залежності.

Вирішення такого завдання нерозривно пов'язане з впровадженням принципу системності. На противагу формально-логічному поняттю системи – експериментально-генетичний метод (ЕГМ) утверджує систему, що розвивається, генетичним початком якої стає “клітинка” як вихідне суперечливе відношення, що містить у собі всі компоненти розвинутого цілого. При цьому ЕГМ своєю змістовно-поопераційною стороною фіксує всі необхідні переходи у діалектичному розгортанні вичленованого вихідного відношення. Саме перехід від менш розвинутого поняття до більш розвинутого обумовлює принцип системності.

Побудована система поняття, що розвивається, вимагає також побудови адекватної системи предметно-перетворювальних дій, виконання яких у кінцевому підсумку формує в індивіда відповідну систему психологічних новоутворень.

Проектування і моделювання форм психіки. Принцип проектування у теорії експериментально-генетичного методу розкриває його якісну відмінність від відповідних структурних компонентів інших психологічних методів. Експериментально-генетичний

метод спрямований на штучне створення таких психічних процесів, яких у внутрішньому світі індивіда ще немає.

Цією обставиною диктується необхідність конструювання експериментальної моделі їхнього генезису та розвитку, з'ясування закономірностей цього процесу. Подібні експериментальні моделі тих чи інших психічних функцій, тих чи інших здібностей (або процесів) створюються з пізнавальною метою, але вони є прототипом реально функціонуючих процесів. Звичайно, конструювання психологічних моделей не є результатом інтуїції дослідника. Воно виникає у процесі складної логічної обробки результатів пізнання, що становлять суть людської культури.

Експериментально-генетичний (генетико-модельючий) метод складається з теорії, в межах якої він виник; проектування (модельовання), перетворюючого (формувального) експерименту та діагностики (фіксації) як проміжних, так і, певною мірою, кінцевих психологічних новоутворень особистості, що розвивається.

Відповідність експериментально-генетичного методу вивченню психічних функцій безпосередньо визначається діалектичними положеннями про соціальний генезис свідомості індивіда, про психічний розвиток як привласнення суб'єктом культурних набутоків суспільства. Тому він є найбільш адекватним методом дослідження проблем навчання і психічного розвитку особистості.

Експериментально-генетичний метод не використовувався і не може використовуватися для дослідження особистості як такої. Але ті реальні емпіричні результати, які отримані завдяки його застосуванню, теоретичні узагальнення, що здійснені у межах теорії розвивального навчання, дозволяють розглядати його у вигляді концептуального підґрунтя створення методу вивчення особистості.

За допомогою експериментально-генетичного методу досліджено механізми виникнення і розвитку окремих вищих психічних функцій: суб'єкт, застосовуючи (створюючи) спеціальні засоби, привласнює загальнолюдські здібності, що існують в соціальному оточенні у вигляді опредметнених проявів інших суб'єктів, і перетворює їх у власні здібності (вищі психічні функції). Встановлено психологічний механізм цього явища – інтеріоризація. Встановлено також, що в подальшому привласненні вказаним шляхам здібності вже як інтрапсихічні структури утворюють “навколо себе” те, що отримало назву “міжфункціональні психологічні системи”, і визначають подальші процеси “вростання” індивіда в культуру, опосередковуючи їх зсередини (явище подвійного опосередкування).

Ці дані дозволили впритул підійти до аналізу особистості. Але даний метод не може охопити особистість як цілісність, що являє собою не суму окремих частин, а їхню особливу організованість і рухливе взаємопроникнення. Цілісність, яка присутня в усій особистості і у кожній окремоті, яка специфікується кожен раз відповідно до конкретної частини, залишаючись при цьому рівною собі самій. В цьому сенсі експериментально-генетичний метод є “типовим” номотетичним способом дослідження особистості. Хоча він і спрямований на те, щоб встановити, як ця унікальна система, що саморозвивається, створює свою власну цілісність, сама цілісність знову залишається “за дужками”, і дослідник має добудовувати її у власному мисленні, виходячи з конкретних і часткових результатів.

Різниця об'єктів вивчення і реальних дослідницьких цілей зумовлює різну логіку розгортання і технологію використання експериментально-генетичного і генетико-моделюючого методів.

Генетико-моделюючий метод має на меті вивчення самої цілісної особистості, що саморозвивається. У зв'язку з цим виникла необхідність пошуку “одиниць” зовсім іншої природи, і було встановлено, що такою є нужда, як суперечлива вихідна єдність біологічного і соціального, яка зумовлює існування особистості.

Гене́за особистості — це специфічна трансформація структурних компонентів діяльності опосередкованих механізмом інтеріоризації в структурні властивості і якості особистості. Тобто, інакше кажучи, особистість водночас і реалізатор діяльності (як форми прояву її потенцій), і активізатор процесу функціонування діяльності, яка трансформується в психічні якості самої особистості.

Таким чином, в руслі досягнутих результатів і нових завдань, стає можливим і необхідним не тільки відпрацювати нові модифікації методу, але й суттєво розширювати сферу його застосування, що виявляється можливим завдяки розробленим нами принципам застосування генетичного методу та відпрацюванню процесуальних процедур. Не можна обмежуватися лиш дослідженням формування учбової діяльності в молодшому шкільному віці, і лише в галузі засвоєння теоретичних понять.

Нужда - життєтворче начало особистості

Аналізуючи емпіричні результати, отримані за допомогою експериментально-генетичного методу, який був обґрунтований Л.С. Виготським, враховуючи закономірності співвідношення навчання, виховання і психічного розвитку (Г.С. Костюк), спираючись на природу встановлених в експериментальних дослідженнях механізмів конструювання і проектування соціальних здібностей (В.В. Давидов), враховуючи положення теорії поетапного формування розумових дій (П.Л. Гальперін), аналізуючи роботи з біології і генетики, ми прийшли до висновку, що силою, яка породжує людське життя, є ***нужда***.

Нужда, таким чином, є тим генетично вихідним відношенням, яке конституює в єдиній дихотомічній парі дозрівання біологічної особини і психологічний вияв соціальних впливів, що й породжує особистість. Власне кажучи, соціальне з'являється «на сцені» двічі: спочатку як розподілена функція між двома особинами, потім відбувається привласнення людських здібностей і вступає в силу закон нужди, але в іншому вигляді (в підлітковому віці). Тут нужда входить в соціальний контекст продовження роду. Саме вона визначає «друге» породження особистості.

Наше розуміння категорії нужди дозволяє говорити не стільки про привласнення, скільки про моделювання: психічне, спонукане нуждою, викликає особливу – *особистісну дію* людини. Ця дія на початку (в ранньому онтогенезі) є виключно афективною (але все ж вона є особистісною, як унікальна й неповторна і у плануванні, і у виконанні). Зустріч цієї дії з об'єктом породжує не лише задоволення цієї «ділянки» нужди, вона породжує пізнання. Так з'являється пізнавальна потреба, що розвивається далі в інтелект, утворюючи, в кінцевому рахунку, цілісну когнітивну сферу особистості.

Але зверніть увагу – ми говоримо, що все починається з вираження нужди, тобто – з власної активності, і саме це, а зовсім не «тиск» і приреченість до соціального оточення, викликає процес інтеріоризації. Отже, в чомусь-таки правий В.П. Зінченко, коли пише про

те, що екстеріоризація відбувається в часі раніше, ніж інтеріоризація. Але щоб емпірично дослідити це, потрібен адекватний метод – генетико-моделюючий експеримент.

Генетико-моделюючий метод має на меті вивчення самої цілісної особистості, що саморозвивається. У зв'язку з цим виникла необхідність пошуку «одиниць» зовсім іншої природи, і було встановлено, що такою є нужда, як суперечлива вихідна єдність біологічного і соціального, яка зумовлює існування особистості.

Принципи побудови методу відображають природу існування об'єкта вивчення: соціального, неможливість отримати остаточні (кінцеві) емпіричні пошуки щодо внутрішнього світу людини (рефлексивний релятивізм). Технологія методу (принцип єдності генетичної і експериментальної ліній розвитку) передбачає проведення дослідження в максимально природних умовах існування особистості і створення актуального простору реалізації самою особистістю численних можливостей моделювання власного розвитку та існування.

Як встановити в аналізі змістовні «одиниці» особистості? Звернемось знову до «точної фантазії»: генеза, існування, оформлення, саморозвиток особистості забезпечуються особливою й унікальною *біосоціальною силою – нуждою*. *Нужда як суперечлива, рухлива і енергетична єдність біологічного і соціального, як втілення і можливість подальшого нескінченного втілення людського у людське, як те, що моделює і реалізує рух особистості, і є вихідною всезагальною одиницею – носієм особистісної природи психіки людини*. В своєму «розгортанні» нужда «зустрічається» із соціальними і біологічними факторами оточення людини і задає змістовні точки – одиниці тезаурусу особистості. Вони, ці одиниці, є і вузликami структури, і водночас – лініями розвитку особистості.

Таким чином, **(1.)** *першою атрибутивною змістовною ознакою* нужди є її гетерогенність: біологічне і соціальне тут відпочатково складають суперечливу, але абсолютно нерозривну єдність.

Отже, **(2.)** *другою атрибутивною властивістю* нужди є її здатність до розвитку (саморозвитку).

Аналіз філо- і онтогенезу живого засвідчує, як уже вказувалося, що нескінченний плін нужди, її саморозвиток не є випадковим і хаотичним. Він має спрямування. І спрямований він на постійне ускладнення і підвищення інтегрованості. Цей рух завершується в умовах Землі «виходом» нужди на позицію можливості усвідомлювати саму себе (рефлексія). Але можна відповідально говорити про те, що це не є *дійсним* кінцевим етапом становлення нужди: просто людство виникло на цьому етапі і нужда відрефлектувала саму себе. Але рух продовжується... Таким чином, **(3.)** *третьою атрибутивною ознакою* нужди полягає в тому, що її розвиток є спрямованим і являє собою *ортогенез*.

4. *Четвертою важливою атрибутивною властивістю* нужди є її здатність до породження. Ця креативна якість виявляється в усьому, що пов'язане з життям, і це є, дійсно, справжнім *дивом* (О.Ф.Лосєв). Але ми зупинимось тут на найбільш суттєвому. Зустріч двох відгалужень нужди, втіленої в живі істоти різної статі, породжує якісно нову нужду (інформаційно і енергетично нову), яка продовжується в існуванні нової живої істоти. Цей акт є єдиним цілісним *опредметненням* нужди в живій природі. Якщо ж говорити про

людину, ми зустрічаємось з «другою» реальністю: *потреба людини може створювати і нову людину, і якісно новий продукт (творчість).*

5. П'ята атрибутивна властивість потреби полягає в тому, що вона існує лише у формі втілення в породжену нею живу істоту.

6. *Шостою атрибутивною властивістю потреби слід вважати її афіліативну природу.* В даній роботі показано, що дійсною *формою існування потреби є любов.*

Нарешті, необхідно зазначити, що **(7.)** *сьомою важливою атрибутивною ознакою потреби є нескінченність її існування.* Завершеним (кінцевим) є існування організму, особистості як носіїв і втілення потреби. Але завдяки Зустрічі і *через неї потреба продовжує своє існування і є нескінченною в часі.* Нам здається, що аналіз даної атрибутивної властивості дозволить, крім усього іншого, відкрити нові аспекти значення часу в житті.

Перераховані атрибутивні властивості потреби окреслюють (нехай поки що і схематично) її природу. Ми, зокрема, бачимо принципову різницю нашого розуміння порівняно з точкою зору Юнга та інших вчених.

Генетико-моделюючий розвиток особистості

Ми залишаємо без змін назву першого принципу нашого методу – *1-й принцип аналізу за одиницями* (вивчення на основі логіко-психологічного аналізу суперечливої одиниці – потреби, яка тримає в собі в абстракції в нерозвиненій формі примат цілого: біологічного і соціального).

Інший важливий принцип генетико-моделюючого методу дослідження особистості відображає її відпочаткову природу. Це принцип *єдності біологічного та соціального.* Статус принципу наукового методу не дозволяє лише декларувати дану єдність, оскільки в цьому випадку він перестане бути принципом. Необхідно чітко усвідомити, що саме мається на увазі, що розуміється під єдністю?

3-й принцип – креативності. «Зустрічі» потреби з численними і різноманітними об'єктами і явищами не просто породжують потреби, вони зумовлюють цілепокладання та розвиток власних і унікальних засобів досягнення цілей. Це є, фактично, творчість. Свого часу А.Адлер постулював наявність в особистості особливої інстанції – «креативного Я», яка забезпечує існування людини за власними цілями і бажаннями, формування своїх життєвих шляхів і стилів.

Дотриматися принципу креативності в аналізі (і в дослідженні) особистості означає «взяти» її існування в цілому, в її унікальній спрямованій єдності, в котрій вона лише й існує. І це означає реально врахувати багатозначність, неочікуваність і непередбачуваність особистості. З іншого боку, це означає віддати собі звіт у тому, що не все однозначне і прогнозоване. Усе, що ми намагаємось отримати в сучасних експериментах, є, насправді, навіть не конкретним випадком, а справжнім артефактом. І в цьому – головний недолік досліджень в галузі психології особистості. Останнє ми вважаємо дуже важливим, перш за все, методично, і тому формулюємо наступний *4-й принцип – рефлексивного релятивізму,* який фіксує принципову неможливість встановлювати точні виміри і фіксувати остаточно вищі унікально-творчі вияви особистості.

Останній *5-й принцип* генетико-моделюючого методу дослідження особистості – *єдність експериментальної і генетичної лінії розвитку.* На наш погляд, це дуже суттєвий

момент характеристики не лише нашого методу, а й загального стану речей у культурно-історичній теорії.

Всебічний поглиблений аналіз людського існування, а також численних теоретичних уявлень про нього дозволяє нам визначитись в цьому аспекті: витоком саморозвитку (а отже, і особистості в цілому) є нужда як енергетично-інформаційна сутнісна якість, що забезпечує експансію життя в онто- і філогенезі.

Нужда виступає як єдина вихідна інтенційна сила, діяльність якої «запускає» складну систему «особистість» і забезпечує її розвиток як саморозвиток. Вона, ця сила, є унікальним носієм динаміки життя, зокрема, життя людини. Нужда породжує не просто існування, і не просто онтогенез; саме нужда зумовлює унікальне явище життя і його розвитку: еволюція життя виявляється спрямованою, і спрямована вона в бік постійного ускладнення і прогресу.

Сила нужди, як сила життя розгортається в часі і створює поперемінний плин домінування у функціонуванні індивіда то біологічного (яке стає чутливим до соціальних впливів), то соціального (коли створюються і опосередковуються засоби), що і є дійсним механізмом розвитку особистості. Пояснимо це. Відпочатково біологічне створює соціальну готовність індивіда до побудови психологічних засобів, які стають одиницями свідомості, що морфологічно фіксуються, стаючи таким чином біологічним (або створюючи біологічне підґрунтя для соціального), і так продовжується вічно.

Нужда в продовженні роду та взаємодії з іншою людиною є творенням *самого себе* та іншої істоти і виступає творчим проявом особистісного зростання. Це прагнення до любові особистісного продовження *самого себе* і живої диво-істоти є ключовим у генетичній психології.

Окреме велике питання сучасної генетичної психології – це питання про те, чи дає змогу експериментально-генетичний метод у модифікації учбового формуючого експерименту з'ясувати що-небудь нове про закономірності і механізми розвитку особистості учня.

Відповісти на нього в такій постановці неможливо через максимальну багатозначність терміна «особистість». Однак можна поставити питання і по-іншому: чи можемо ми все-таки визначитися теоретично з цим поняттям завдяки дослідженню психічної реальності, як такої, що розвивається, а отже, і субстанції, що ускладнюється.

Нам здається, така постановка питання більш правильна і конструктивна. Сучасні дослідження, у яких так чи інакше вивчається розвиток особистості в учбовій діяльності, можна об'єднати в три основні напрямки, що різняться вихідною методологічною позицією.

У першому напрямку реалізується традиційна для сучасної психології парадигма: є деяка концепція особистості (у даному випадку – це концепція теорії діяльності, де «особистість – внутрішній момент діяльності» (О.М. Леонт'єв) і являє собою в так званому «вузькому» сенсі певну єдність трьох елементів – мотиваційно-потребової сфери, системи соціальних ролей і самосвідомості. Вважається, що вона абсолютно правильна (тобто відбиває сутність психічного явища) і, таким чином, питання про вивчення психологічної природи особистості знімається.

Генетичні психологи досліджують на вибір розвиток в учбовій діяльності одного з елементів особистості (мотивів, взаємодій, самосвідомості) і вважають при цьому, що вивчається розвиток особистості як цілісної.

З методологічної точки зору наявне дуже цікаве зміщення – дійсне експериментально-генетичне дослідження проводиться у винятково формальній, емпіричній схемі з підміною понять, з переструктуруванням сутності і явища. За суттю воно є дослідженням окремих сторін загального психічного розвитку, що, звичайно ж, стосується особистості, але, щоправда, не більше, ніж багато інших аспектів психології.

Разом із тим, з точки зору отримання наукових фактів, у цьому напрямку проведено багато цікавих і продуктивних досліджень. Дуже плідно вивчаються пізнавальні мотиви та їхній розвиток в учбовій діяльності учнів.

Біосоціальна єдність, якою є організм людини, не детермінує розвиток особистості, а, навпаки, сама детермінується цим розвитком – змінюється, варіює, в тому числі змінюючи і «соціальну спадковість».

Точно так, як розвиток особистості не обмежується її генотипом, він не обмежується і історією покоління. Діти завжди відрізняються від батьків з точки зору соціального існування, навіть якщо вони продовжують трудові династії, виконують ті самі соціальні ролі і не виходять за межі соціальної стратифікації, займають у ній ті ж місця, що й їхні батьки та діти.

Безумовно, у продовженні соціальної «справи» батьків грає роль і генетична спадковість, безумовно, тут є важливим мікросоціальне оточення в дитинстві. Але тут немає жорсткого детермінізму і рамок: людина все одно сама вибирає шлях життя, сама йде ним, досягаючи власних вершин. Є діти – продовжувачі справи батьків (хоча їх не так і багато), але вони – не “поставлені” на цей шлях, і не являють собою простий зліпок – копію особистості батьків. Вони йдуть цим шляхом, тому що мають власні мотиви і цінності.

Дуже яскраво цей момент висвітлено у Юнга. Розвиток особистості в дитячому і особливо підлітковому віці, як початок руху життєвим шляхом, супроводжується і спрямовується архетипом (зрілість, мудрість, обізнаність). Юнг пише, що для нього особисто в підлітковому віці таким архетипом слугував образ мудрої незнайомої людини, до якої хлопчик часто звертався в скрутні моменти і завжди отримував відповідь, увагу і пораду. (Звичайно, місце такого архетипу може займати реальна людина – батько, дідусь або хтось із визначних родичів).

Але слідування за архетипом (тут, як бачимо, архетип детермінує і, водночас, обмежує, «еталонізує» розвиток) кінець кінцем призвело до гострого конфлікту з ним. Юнг боляче пережив цей конфлікт – розходження з “провідником”, але на певній межі людина має вирішувати сама.

Отже, розвиток особистості не детермінується минулим (у будь-якому його вигляді) і не обмежується ним. Разом з тим, у цьому процесі зберігається наступність – кожний новий етап є результатом і наслідком попереднього. Саме цим забезпечується безперервність існування психічного в цілому і особистості як його людської форми існування, зокрема. Нас цікавлять межі наступності в часі.

Концепція нужди дозволяє відмовитись від дискретності в розумінні існування і розвитку особистості. Ми, нарешті, починаємо розуміти сенс метафори, згідно з якою

розвиток особистості є продовженням існування біологічного і соціального, а отже – має історичні характеристики. Можна тлумачити нашу ідею і так, що ми замінюємо метафору на наукове поняття: особистість у своєму становленні продовжує історію, тому що вона виявляється функцією біосоціальної нужди, яка опредметнилась в ній і продовжила тим своє енергетично-інформаційне існування.

Таким чином, особистість, власне – не виникає, а народжується двома особистостями, продовжуючи їх, а тому – і всіх інших людей. І саме тому вона – носій історії як всезагальної еволюції Всесвіту. Саме звідси – універсальність і самоцінність: світ рефлексує себе в особистості, в цьому сенсі – немає більш самодостатньої і значущої цілі існування і створення.

Розвиток особистості відбувається шляхом привласнення індивідом культурно-історичного досвіду всього людства. Але не зовсім зрозумілими є механізми переплавлення цього досвіду в досвід індивіда. З іншого боку, як привласнення досвіду сполучається з внутрішнім процесом розвитку і з активністю самої людини? Іншими словами, розвиток особистості відбувається лише в процесах навчання, виховання та інших формах взаємодії, але він і не відбувається лише в цих процесах. Дане протиріччя є суто епістеміологічним і виникає через спрощене розуміння процесу привласнення, ототожнення його з соціалізацією. Остання являє собою адаптивний “зовнішній” процес пристосування людини до соціальних умов існування. Це є процес виникнення ідеального.

Зустрічаючись у процесі реалізації власної активності з соціальним середовищем, людина створює з цих об'єктів (матеріальних або ідеальних) особливі засоби-знаки, що допомагають їй реалізувати свою активність. Ці засоби перетворюються на психічні структури свідомості, розвиваючи і змінюючи її. Так відбувається з'єднання власних сутнісних механізмів розвитку з рухом особистості в соціумі. Фактично, як вказував Л.С.Виготський, розвиток особистості є не соціалізацією, а, навпаки, індивідуалізацією, оскільки в цьому процесі особистість ускладнюється і набуває унікальності та неповторності.

Протиріччя долається в тому, що, як пише Е.В.Ільєнков, «індивід повинен «привласнювати» не готові результати розвитку культури, а лише результати разом із процесом, що їх породжує і продовжує породжувати, тобто, разом з історією, яка їх створює». Відбувається процес, який має назву «розпредметнення», коли людина у власній активності здійснює розкриття вселюдських зусиль і механізмів, які привели до появи предметів культури. Це є, власне, квазідослідження, квазітворчість.

Але оце «квазі» доречно лише з точки зору соціальної цінності результату. Для самої ж особистості, внутрішньо, це є справжня творчість. Ця теза дуже суттєва для педагогічного процесу. Вона засвідчує, що принципово неправильно є установка, яка панує в педагогіці і психології: ніби розвиток інтелекту – наслідок оволодіння готовими знаннями, а також уміннями і навичками їх використання.

Розвиток особистості полягає в організації та інтегруванні людиною свого внутрішнього світу. Це є шлях до себе, шлях самопізнання й самоусвідомлення. Власне кажучи, психічний розвиток тільки тоді стає розвитком особистості, коли він починає являти собою рефлексію людиною власного досвіду. З цього моменту людина сама визначає

напрями власного розвитку, контролює його і несе за нього відповідальність. Це є те, що в сучасній психології називають саморозвитком.

Але водночас розвиток особистості не може бути зведений до рефлексії. Насправді, і про це дуже глибоко писав С. Л. Рубінштейн, особистісний розвиток здійснюється виключно в площині активної діяльнісної взаємодії людини з оточуючим світом.

Розв'язання цієї суперечності полягає в одночасному “утриманні” цих двох ліній розвитку. Людина, яка зосереджується на собі, відсторонюючись від світу, є дисгармонійною особистістю, а її розвиток деформується. Але людина, не здатна до глибокої рефлексії і саморегуляції, теж є дисгармонійно-поверховою, безвідповідальною і неперспективною. Адже така позиція зумовлює недостатність саморегуляції та кризу відповідальності. Врешті-решт уся особистість може бути зведена лише до зовнішніх виявів, являючи собою простий набір соціальних ролей-масок.

Висновки.

Отже, безперервність протікання особистісних процесів означає, що в кожному період свого існування особистість слід розглядати як результат існування минулого, її справжнє ґрунтується на історії розвитку, є похідною цієї історії. Визначальним є досвід, якого набуває особистість, здійснюючи життєвий шлях. Отже, особистість, її дійсний теперішній стан, і її майбутнє можна зрозуміти і пояснити, виходячи з історії її розвитку. Це положення дуже широко використовується в окремих напрямках практичної психології, особливо в психоаналізі.

Закінчуючи та підсумовуючи розмову про генезу здійснення особистості, я вирішив за необхідне висловити міркування щодо перспектив дослідження психології особистості. Генетико-психологічний аналіз теорій особистості, а головне динамічної єдності біологічного і соціального як суперечливої одиниці особистості, що фіксується в нужді, дозволяє говорити про розробку реальних теоретичних підвалин генетичної моделі існування і психологічного зростання особистості.

Текст виступу надійшов до редакції 28.04.2016

УДК 159.98+615.851

**ПРОБЛЕМА СООТНОШЕНИЯ НАУЧНОГО И ИДЕОЛОГИЧЕСКОГО
ЗНАНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЯХ****Бондаренко А. Ф., Мисенг Д. В.**

В тексте предпринята попытка рассмотрения ряда современных психотерапевтических направлений как научно-идеологических образований с попыткой демаркации научного и идеологического знания в анализируемых психотерапевтических подходах и определение специфики идеологизации каждого из них.

Ключевые слова: идеологичность, наука, научная психотерапевтическая школа, научно-идеологическое сообщество, психодинамический подход, когнитивно-поведенческий подход, экзистенциально-гуманистический подход, культуросообразный подход.

У тексті зроблена спроба розгляду ряду сучасних психотерапевтичних напрямків як науково-ідеологічних утворень зі спробою демаркації наукового та ідеологічного знання в аналізованих психотерапевтичних підходах і визначення специфіки ідеологізації кожного з них.

Ключові слова: ідеологічність, наука, наукова психотерапевтична школа, науково-ідеологічна спільнота, психодинамічний підхід, когнітивно-поведінковий підхід, екзистенційно-гуманістичний підхід, культуродоцільний підхід.

It is argued in the article that a number of modern psychotherapeutic directions represent in fact scientific-ideologic communities and an attempt is done to demarcate scientific and ideologic knowledge in these psychotherapeutic approaches and to identify the degree of their ideologization.

Key words: ideologisation, science, scientific psychotherapeutic school, scientific ideological community, psychodynamic approach, existential-humanistic approach, cognitive-behavioral approach, culturally appropriate approach.

Постановка проблемы

На протяжении истории своего развития человечество выработало достаточно устоявшиеся способы познания и освоения окружающего мира. Одним из важнейших таких способов, безусловно, является наука. С течением времени наука развилась в относительно самостоятельную форму общественного сознания. Социальная же ориентированность науки определила возникновение идеологии как такой формы знания, которая объясняет и интерпретирует как научное знание, так и самую действительность с целью решения той или иной прикладной, ситуативной задачи. Подобный процесс размывания границ между научными и идеологическими построениями можно проследить как в психологии, так и в психотерапии. Несмотря на тот факт, что существование психологии как самостоятельной дисциплины насчитывает всего лишь чуть больше столетия, а научной психотерапии даже меньше, можно утверждать, что, как и любая другая наукоемкая дисциплина, и даже в большей степени, чем какая-либо иная, они обе характеризуются проникновением идеологического в свое содержание.

Идеологичность, скажем, психотерапевтического процесса состоит в том, что каждый психотерапевт является носителем определенной системы взглядов, мировоззренческой позиции или методологии, которая решающим образом влияет на его подход в работе. Идеология определяет взгляд психотерапевта на себя, пациента/клиента, взаимоотношения в психотерапевтическом процессе, а также его направленность. В своем высшем развитии любой подход стремится достичь статуса концепции, т.е. доктрины или учения, претендующих на устойчивую, хотя и условную, систему интерпретаций действительности, согласно которым сама доктрина всегда оказывается этими интерпретациями подтвержденной. Тонкость различий здесь состоит в том, что концепцию зачастую путают с теорией. Но если теория принадлежит к собственно научному знанию в силу того, что к ней применимы научные критерии оценивания (выдвижение и опровержение или подтверждение гипотез, верификация тех или иных положений, доведение подтвержденных положений до ранга аксиом и т.п.), то концепция не предполагает присутствия научному знанию верификационных процедур, поскольку в ее основе лежат не законы, закономерности и выражающие их аксиомы, а ценностно-смысловые установки. Именно поэтому авторы концепций, в отличие от авторов теорий, заинтересованы в поиске своих сторонников, в то время как авторы теорий ищут не сторонников, а независимых мыслителей, будучи заинтересованы в установлении истины, а не правоты своих мнений.

Принимая во внимание тот факт, что психотерапевтический процесс всегда опирается на культурно-исторический дискурс, психотерапевтические подходы направлены преимущественно на удовлетворение потребностей отдельных категорий пациентов, являющиеся носителями такой же мировоззренческой позиции, или же идеологии, что и психотерапевт, которую он вольно или невольно воспроизводит и транслирует. Но поскольку любая концепция обладает, в силу своей стройности и логичности, громадным суггестивным потенциалом, не удивительно, что, в принципе, представители любой из концепций могут добиваться прагматического эффекта. Другое дело, что этот эффект не может не нести элемент индоктринации, который, в свою очередь, может лишь затемнять или искажать, если не подрывать подлинные процессы излечения. Вот почему наше исследование направлено как раз на то, чтобы психотерапия утвердилась именно в научном своем качестве, очистившись при этом от избыточности необязательных смысловых привнесений в лечебный процесс, сосредоточиваясь на реальных, а не только на паллиативных аспектах психотерапевтического процесса.

Таким образом, основная цель данной работы заключается в попытке проведения демаркационной линии между научным и идеологическим знанием в современных психотерапевтических концепциях.

Методы исследования

В нашем исследовании были использованы следующие методы: библиографический, сравнительный, метод аналогий, предполагающие анализ и обобщение отечественной и зарубежной литературы по избранной проблематике, сопоставление объектов с целью определения сходства и различия между ними, формирования умозаключения касательно их сходства или различия на основе их схожести в ряде других отношений, а также контент-анализ психологических текстов Дж. Вольпе, А. Адлера, К. Роджерса, В.Н. Цапкина,

Н.О. Лосского, Ф.Е. Василюка, Э. Мунье с элементами использования программы анализа текстов ВААЛ.

Достоверность полученных результатов обеспечивается детальным анализом теоретического материала, использованием надежных и валидных методов относительно предмета и цели исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходя из того, что ответ на вопрос о характере взаимодействия идеологии и науки предусматривает понимание содержательно-сущностных характеристик вышеуказанных феноменов, наши исходные постулаты заключаются в том, что идеология, во-первых, - это система взглядов и идей, характеризующая общественное бытие и ценности определенного общественного класса или группы, носящая субъективный характер; во-вторых, система взглядов класса или социальной группы, которая выступает идейной программой деятельности; в-третьих, идеология направлена на сохранение существующего порядка вещей в социальном пространстве или же на его трансформацию в интересах данной группы, что достигается путем манипулирования большими или меньшими массами людей с элементом сокрытия от них истинных целей воздействия [4;9].

Для дальнейшего анализа и рассмотрения проблемы демаркации идеологии и науки, было уточнено понятие науки как такой формы ментальной деятельности людей, которая направлена на получение истинных знаний о мире (природе, обществе, мышлении), на открытие объективных законов мира и предвидения тенденций его развития. Результаты этой деятельности представляются в виде целостной системы знаний, сформулированных на основе определенных принципов и критериев. Основным заданием науки является определение сущностных (эссенциальных) законов действительности, а ее главная цель – истинное знание [6].

Проанализировав содержание ключевых понятий, мы сформулировали следующие исходные положения: 1. Идеология и наука – информационные системы. Первая – система идей; вторая – система достоверных знаний. Их содержание ориентировано на практическую деятельность людей. 2. Наука занимается поиском объективной истины, а идеология выражает интересы определенных социальных слоев, включает в себя ценности, идеалы, переживания и оценку тенденций и процессов социально-политической жизни.

Психология, как социально ориентированная наука, влечет за собой идеологию, которая, в свою очередь, направляет развитие психологии в определенном русле. Психотерапия при этом всегда опирается на культурно-исторический дискурс, который задается господствующими социальными и политическими воззрениями, преимущественное преобладание которых невозможно без соответствующей финансовой поддержки. Помимо этого, психология как наука развивается в контексте парадигмальной принадлежности, а именно основываясь на системе мировоззренческих баз, определяющих основной круг проблематики, модели их постановки и решения, а так же методлв, с помощью которых эти процессы осуществляются в пределах той или иной научной школы [6]. Как показал А.И.Сосланд [7], любая психотерапевтическая школа на самом деле является идеологическим сообществом, целью которого выступает удовлетворение своих интересов в научно-общественно-политическом пространстве. Такое сообщество демонстрирует все характеристики идеологической принадлежности (наличие фундаментальной концепции,

культурно-религиозной основы, борьба с внешними влияниями, агрессивность и оценочность суждений, принципиальная неполнота, стереотипичность, экспансивность, влияние личностных особенностей отца-основателя и т.п.).

Исходя из того, что психотерапевтическая школа действительно является идеологическим сообществом, были рассмотрены три основополагающих психотерапевтических подхода, а именно психодинамический, когнитивно-поведенческий, экзистенциально-гуманистический, а также модальность «Этический персонализм» как культуросообразная традиция в психологическом консультировании с целью определения наименее заидеологизированного из них. Теоретический анализ данных подходов происходил по ряду критериев идеологии, предложенных Р. Бартом и А.И. Сосландом [5;7].

В результате теоретического анализа было определено, что в рамках каждого из рассматриваемых психотерапевтических подходов имеется концепция, которая отвечает определенному числу параметров, характеризующих присутствие идеологического знания (Таблица 1).

В результате анализа психодинамического подхода по критериям идеологичности было выявлено, что индивидуальная психология А. Адлера отвечает меньшему количеству параметров идеологичности, нежели другие концепции, представляющие данный подход (классический психоанализ З.Фрейда, аналитическая психология К.Г.Юнга). Данный вывод подтверждается положениями, уточненными в процессе теоретического исследования: 1. Терапевтические техники индивидуальной психологии ориентированны на коррекцию поведенческих паттернов межличностного взаимодействия, в отличие от техник З.Фрейда и К.Г.Юнга, где акцент ставится на интерпретации образов и поведения клиента, а, следовательно, отличается большей практичностью и терапевтичностью; 2. В основе концепции лежит медицински обоснованная идея гомеостазиса, которая, на наш взгляд, обеспечивает меньшую метафизичность и умозрительность концепции с методологической точки зрения.

Теоретический анализ концепций, представляющих когнитивно-поведенческий подход (рационально-эмотивная психотерапия А. Эллиса, когнитивная психотерапия А. Бэка, поведенческая психотерапия Дж. Вольпе), показал, что поведенческая психотерапия Дж.Вольпе является наиболее объективной и наименее идеологизированной, что подтверждается, во-первых, учетом экспериментальных данных, относящихся к регуляции поведения человека; во-вторых, методами и психотехниками, которые были верифицированы путем объективации точно фиксированными результатами применения.

Проанализировав три наиболее яркие концепции экзистенциально-гуманистического подхода (клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса, гештальттерапия Ф. Перлза, экзистенциально-гуманистическая психотерапия Дж. Бьюдженталя), мы установили, что данный подход характеризуется крайней степенью идеологизации, поскольку все концепции полностью отвечают характеристикам идеологии, выделенным в качестве критериев для теоретического анализа. Наиболее показательным является то, что концепции, предложенные экзистенциально-гуманистическим подходом, вводят клиента в пространство мировоззренческой системы, предлагающей ряд понятий и положений, согласно которым клиент выстраивает собственную систему идеологием, выступающей базисом в отношениях

между категориями «Я-Мир», способом бытия и существования «Я – в - Мире», и «Мира – в - Я». Более того, принадлежа, по существу, к той или иной форме практической философии, данные концепции могут характеризоваться низкой терапевтичностью и малоэффективностью, поскольку присущие им героизирование и философствование отвлекают внимание от первичной проблематики органической или биохимической этиологии, что может привести к осложнениям в лечении пациента и его дополнительной травматизации при долгосрочной терапии.

Что касается «этического персонализма» как культуросообразной традиции в психологическом консультировании, то его содержание включает меньшее число параметров идеологичности, что позволяет констатировать преобладание собственно научной основы в данном подходе. Более детальный анализ показал следующее: 1. Методология подхода исходит из абсолютного запрета на жертвоприношение в отношениях как высшего нравственного принципа, восходящего к византийской версии восточного христианства. 2. Данная модальность охватывает достаточно узкий круг рабочей проблематики (травматические медличностные отношения), не претендуя на универсальность охвата всех психологических проблем, а также не характеризуется агрессивностью в отношении других психотерапевтических подходов; 3. Метод имеет конкретную цель, определенную схему и протокол работы, что обеспечивает структурированность и последовательность консультативной работы, исключая процессы героизирования и застревания на отдельных этапах работы. Кроме того, в силу преобладания именно научного аспекта, а не идеологического, модальность «этического персонализм» прямо предполагает тесное взаимодействие с клиницистами, отстаивая правомерность и необходимость постановки не только психологического, но и медицинского диагноза в необходимых случаях и, следовательно, отстаивает целесообразность зачастую сочетанной психофармакотерапии (см.табл.1).

С целью экспериментального и статистического подтверждения полученных в результате теоретического анализа данных и определения наименее идеологизированного из них, был проведен контент-анализ текстов представителей различных психотерапевтических подходов с элементами их анализа в программе анализа текстов ВААЛ. Контент-анализу подлежали следующие тексты: Н.О. Лосский «Ценность и бытие» (С.61-102), Ф.Е. Василюк «Методологический анализ в психологии» (С.1-233), К.Р. Rodgers «Client-Centered Therapy. Its current practice, implications and theory» (С.1-130), Э. Мунье «Манифест персонализма», В.Н. Цапкин «Некоторые проблемы семантического анализа нарушений смысловых образований», Дж. Вольпе «На пути к созданию научной психотерапии», А. Адлер «Практика и теория индивидуальной психологии» (С. 7-23). Кроме того, отдельно учитывались результаты контент-анализа текстов по этическому персонализму [см.3,4].

Одним из этапов контент-анализа стал словарный анализ, в результате которого было определено, что средняя длина слова для всех авторов находится в пределах нормы или незначительно ее превышает, что свидетельствует о доступности и ясности материала. Однако, средняя длина предложения всех текстов превышает общезыковое среднее значение, подтверждает научный стиль изложения материала. Еще одним свидетельством доступности и понятности материала является то, что, в общем, все тексты не превышают

средний показатель грамматической сложности (0,2); выдающимся является меньший показатель текста труда Роджерса - 0,11, что свидетельствует о возможном упрощении материала, подаваемого как, возможно, ненаучный, приближенный к разговорному стиль изложения (см. табл.2).

Таблица 1

Параметры, характеризующие наличие идеологического знания в современных психотерапевтических концепциях

Психотерапевтический подход	Фундаментальная основа	Культурно-религиозная основа	Внешние влияния	Личность автора метода	Принципиальная неполнота	Агрессивность и оценочность суждений	Стереотипность	Экспансивность
Классический психоанализ З.Фрейда	+	+	+	+				
Аналитическая психология К.Юнга	+	+	+	+				
Индивидуальная психология А.Адлера	+	-	+	+				
Поведенческая психотерапия Дж.Вольпе	+	-	+	+	+	-	+	+
Рационально-эмотивная психотерапия А.Эллиса	+	+	+	+				
Когнитивная психотерапия А.Бека	+	+	+	+				
Клиент-центрированная психотерапия К.Роджерса	+	+	+	+	+	+	+	+
Гештальттерапия Ф.Перлза	+	+	+	+				
Экзистенциально-гуманистическая психотерапия Дж.Бьюджентала	+	+	+	+				
Этический персонализм	+	+	-	-	+	-	-	-

Следует отметить, что лексическое разнообразие текста отражает информационную насыщенность текста, зависит не только от избрания языкового материала, но и от насыщения его мыслями и чувствами автора с целью реализации всех коммуникативных намерений, т.е. достижение поставленных целей общения. Чем разнообразнее структура семантики и морфологии высказываний, тем больше в нем содержится информации, больше оценок, авторского отношения к предмету речи.

Таблица 2

**Результаты словарного анализа текстов авторов-представительный
современных психотерапевтических подходов**

	Количество слов в тексте	Средня длина слова	Средня длина предложения	Грамматическая сложность текста	Лексическое разнообразие
Норма		6/5,2 ¹	10,38/10,69	0,2	0,37/0,40
Василюк	44685	6,6	19,5	0,24	0,14
Роджерс	46673	4,7	21,7	0,11	0,08
Мунье	3818	6,2	18,8	0,26	0,40
Цапкин.	41301	7,0	16,3	0,22	0,16
Вольпе	3542	6,8	18,5	0,25	0,36
Адлер	4426	6,2	17,5	0,23	0,34
Лосский	11587	6,1	19,1	0,26	0,22

По критерию лексического разнообразия весь массив текстов может быть разделен на две группы: ниже нормы и выше нормы. Характерно, что тексты, которые характеризуются лексическим разнообразием ниже среднего значения, представляют культуросообразный и экзистенциально-гуманистический подходы, в то время, как для других текстов характерен средний уровень лексического разнообразия. Данное явление ярко подтверждает высказанный исследователем факт, что «велеречивость» является одним из основных факторов, определяющих, при определенных условиях, эффективность психотерапевтических высказываний [3]. Вместе с тем, следует отметить, что поскольку фактор «велеречивость» является характеристическим, т.е. частичным, он далеко не всегда служит показателем действительно влиятельной психотерапии. По нашему мнению, количество слов и сложность высказываний свидетельствуют о наличии тенденции к недирективному внушению, но это предположение требует детального дальнейшего рассмотрения.

¹ Второе значение подано для английского языка

При проведении следующих этапов контент-анализа текстов авторов-основателей метода, который заключался в подсчёте наиболее частотных слов в каждом из текстов и определении их семантической направленности (идеологической, нейтральной, научной) оказалось, что тексты, представляющие экзистенциально-гуманистический, психоаналитический и частично тексты представителей культуросообразного подхода являются идеологически направленными, так как в них преобладают идеологически насыщенные категории, а именно категории индивидуального, стремлений (А. Адлер), чувств и особенностей психотерапевтического сеттинга (К. Роджерс), ценностей, деятельности личности в жизненном пространстве (Н.О. Лосский), внешних социокультурных влияний (В.Н. Цапкин), собственно категории идеологичности (Э. Мунье), вытекающие из субъективистских позиций, что характеризует вышеуказанные подходы как идеологически окрашенные. Так же было определено, что труды Ф.Е. Василюка и Дж. Вольпе, представляющие поведенческий и культуросообразный психотерапевтические подходы характеризуются равным соотношением научно и идеологически направленных частотных слов и категорий.

Научно насыщенные частотные слова, представленные в труде Ф.Е. Василюка «Методологический анализ в психологии», представляют собой категории научности, методологической обоснованности, деятельности и противопоставляются идеологическим категориям необычности, субъективности, психологизма. Так, можно предположить, что данный труд объединяет в себе как черты идеологичности - явную субъективность и тенденциозность, так и научности, а именно стремление к научно-методологическому обоснованию.

Работа Дж. Вольпе так же характеризуется равным соотношением научно и идеологически окрашенных категорий, которые можно объединить в две общие категории: идеологическую «психотерапия» и научную - «лечение». Принимая во внимание то, что категории схожи по терминологичности, следует отметить, что они несут принципиально отличную сущность: лечение предусматривает работу с физиологической, биохимической или органической проблематикой как первичной, а психотерапия – работу со вторичной проблематикой, а именно с индуцированными био, социо, или собственно психологическими факторами состояниями. В контексте поведенческого подхода присутствуют оба аспекта, поэтому можно рассматривать данный подход как продукт своеобразного синтеза идеологического и научного знания.

При интерпретации полученных данных было обращено внимание на то, что практически во всех анализируемых текстах слова, являющиеся семантически нейтральными, представляют общефилософские категории, такие как «жизнь», «бытие», «мир», «личность», «человек», «время», «язык»; идеологической является лишь интерпретация данных категорий в контексте каждого подхода.

Таким образом, оказалось, что из семи текстов пять, а именно работы Н.О. Лосского, А. Адлера, Э. Мунье, К. Роджерса и В.Н. Цапкина являются идеологически насыщенными, а тексты Ф.Е. Василюка и Дж. Вольпе представляют собой своеобразное сочетание идеологического и научного. Чисто научных или нейтральных текстов выделить не удалось, что можно объяснить весьма интенсивным взаимопроникновением научного и идеологического знания в современные информационные процессы. Полученные данные

В результате проведения эмоционально-лексического анализа по пятнадцати биполярным эмоционально-оценочным шкалам со значениями, представленными в процентах, было определено, что каждый из анализируемых психотерапевтических текстов не только отвечает характеристикам идеологии, то есть имеет позитивные показатели по шкалам, которые полностью отвечают указанным выше критериям идеологичности, но и характеризуются преобладанием одних шкал над другими, что обуславливает специфику идеологичности каждой из научных психотерапевтических школ.

Контекстный анализ осуществлялся по пяти категориям, встроенными в систему ВААЛ. Каждая из категорий включает в себя несколько подкатегорий, оценки по которым позволяют определить своеобразие и характер выраженности и проявления каждой категории в тексте. В результате анализа каждой из шкал были приписаны категориально-статистические оценки, которые отражают процент слов данной подкатегории от общего объема слов текста. Соотношения оценок каждого текста по пяти категориям и подкатегориям, которые в нем входят, представлены в таблице 4.

В результате проведения контекстного и эмоционально-лексического анализа текстов, представляющих отдельные психотерапевтические подходы, было выяснено следующее:

1. Авторы-основатели анализируемых психотерапевтических концепций характеризуются приблизительно одинаковой выраженностью акцентуаций паранояльности и демонстративности, что обуславливает стремление основателей метода постоянно поддерживать позитивную репутацию собственной психотерапевтической школы и выводить ее в более широкий контекст научно-идеологического пространства.

2. Для всех проанализированных психотерапевтических подходов более характерен мотив достижения успеха, нежели желание власти, хотя культуросообразный подход в психотерапии демонстрирует наличие элементов последнего по причине недостаточной его распространенности.

3. Все проанализированные концепции оказались направленными больше на удовлетворение внутренних потребностей, нежели внешних, за исключением поведенческого подхода, который демонстрирует одинаковую направленность на удовлетворение как внутренних, так и внешних потребностей личности во время психотерапии.

4. Практически все анализируемые психотерапевтические подходы достаточно остро реагируют на агрессивно-экспансивные проявления представителей других психотерапевтических подходов. Исключением является клиент-центрированный подход К.Роджерса, а также культуросообразный подход «этический персонализм».

5. Определено, что всем психотерапевтическим текстам представителей анализируемых подходов, присуще ориентирование читателя на факты, в манере, которая предполагает принятие их на веру. Объективированный анализ разносторонней информации и прибегание к опыту перекрестных экспериментальных исследований – не сильная черта анализируемых подходов.

6. Каждый из проанализированных текстов демонстрирует высокий уровень эмоциональной насыщенности, который значительно превышает среднестатистическую норму эмоциональной насыщенности научного текста, что свидетельствует о достаточно

высоком уровне заидеологизированности текстов, а, следовательно, и самих концептуальных подходов. Ведь одной из центральных характеристик идеологичности является эмоциональность и оценочность суждений.

7. Обнаружен значительный разрыв между текстами культуросообразного психотерапевтического подхода и текстами представителей западной психотерапии по критериям «Правдивость» и «Необычность», где более позитивные оценки оказались присущи первому, свидетельствуя о новизне, независимости и собственно правдивости, транслируемых представителями данного метода.

Таблица 4

Контекстный анализ психотерапевтических текстов

Категории	Подкатегории	Василюк	Роджерс	Мунье	Цапкин	Адлер	Вольпе	Лосский
Акцентуации	Паранояльность	12,34	11,75	14,91	12,62	15,2	8,64	16,55
	Демонстративность	8,07	12,41	8,84	8,36	11,92	8,69	12,63
	Депрессивность	3,33	5,77	3,48	3,0	6,08	4,67	6,64
	Возбудимость	7,85	2,57	8,21	6,09	8,97	7,93	8,93
	Гипертимность	5,86	8,28	6,85	5,48	8,25	7,04	6,99
Мотивы	Желание власти	2,38	0,37	3,56	2,65	3,49	2,23	2,98
	Страх власти	0,61	0,03	0,73	0,55	0,59	1,01	1,00
	Достижение успеха	3,87	0,92	3,27	3,42	4,28	4,29	2,33
	Избегания неудачи	0,08	0,01	0,05	0,10	0,11	0,19	0,20
	Аффилиация	1,47	0,43	1,52	2,21	1,3	1,2	2,03
	Надежда на поддержку	0,6	0,34	0,37	0,59	0,63	0,49	0,66
Потребности	Страх быть отброшенным	0,03	0,02	0,03	0,02	0,01	0,05	0,05
	Внешние потребности	0,43	0,23	1,84	0,18	0,50	0,27	0,43
	Внутренние потребности	0,62	1,52	0,68	0,34	0,90	0,27	0,61
Канал восприятия	Зрительный канал	2,63	4,19	2,25	2,87	3,72	2,47	2,25
	Слуховой канал	1,88	1,00	1,80	2,14	1,74	1,74	2,12
Время	Время до	0,1	0,16	0,08	0,09	0,25	0,08	0,12
	Время после	0,04	0,00	0,08	0,03	0,07	0,05	0,02

Выводы

Результаты теоретического и эмпирического анализа соотношения научного и идеологического компонентов в современной психотерапии показали, что существующие психотерапевтические школы действительно являются преимущественно идеологическим образованиями, основывающимися не на собственно научных, а на концептуально-установочных положениях.

В результате проведения теоретического и эмпирического исследования, было установлено, что каждый из анализируемых психотерапевтических подходов характеризуется собственной спецификой проявления идеологичности.

Так, индивидуальная психология А.Адлера характеризуется отсутствием теософско-философской основы, средней информативной насыщенностью, высокой интроверсией, скрытностью, низкой доминантностью и ориентированностью на узкий круг читателей, что связано с высоким уровнем субъективности и оценочности подачи информации, культурно-исторической обусловленностью. Подходу присуща сосредоточенность преимущественно на проблематике, с которой клиент обратился к консультанту, но возможно и наличие элементов анализа связи проблематики личности с миром в процессе психотерапии, что подтверждается невысокой практичностью данного подхода.

Поведенческий подход Дж.Вольпе отвечает критериям интеллектуальности и научной новизны. Характерной чертой подхода является отсутствие теософско-философской основы и высокий уровень интроверсии, скрытности, средний уровень объективности и тенденция к простому изложению материала, сравнительно меньшая влияние на читателя. Современный поведенческий подход тесно связан с когнитивным, хотя может использоваться и отдельно, что свидетельствует о его высоком уровне практичности. Подход отличается высокой экспансивностью и тенденцией к доминантности.

Клиент-центрированный подход характеризуется низким уровнем целесообразности, рациональности, объективности, скрытности. Подходу свойственна высокая оценочность и эмоциональность суждений, что подтверждается низким уровнем соответствия концептуальных утверждений автора данного подхода его реальным высказываниям в процессе психотерапии, наличием неистинного знания, низкой практичностью использования. Подход характеризуется межпарадигмальной автономностью, то есть, методологически не зависит от других подходов, однако стремится к расширению идеологического пространства своей научной психотерапевтической школы путем велеречивого и возвышенного изложения текстов.

Культуросообразный подход характеризуется высокой позитивной эмоциональной нагруженностью текстов, целесообразностью, рациональностью и преобладанием культурных идеалов, новизной научной мысли, что является основой привнесения новых знаний в психотерапию. Подходу свойственны элементы экспансивности и доминантности, проявляющиеся в ориентированности текстов на широкий круг читателей, однако подход демонстрирует большую объективность поданного материала и когерентность высказываний автора сравнительно с другими подходами. Подход является межпарадигмально независимым, то есть не имеет прямой методологической связи с другими психотерапевтическими подходами как результат вхождения в группу индигенных психологий. Подходу свойственен высокий уровень практичности использования,

обусловленный ориентированностью данного подхода на рассмотрение проблем клиента в четко очерченном диапазоне.

Итак, теоретический и эмпирический анализ соотношения идеологического и научного знания в современных психотерапевтических концепциях, показал, что культуросообразный и поведенческий подходы отвечают меньшему количеству характеристик идеологии, что свидетельствует о меньшем уровне заидеологизированности данных психотерапевтических подходов. Таким образом, имеются все основания считать данные психотерапевтические подходы наименее идеологизированными с учетом критерий и эталонов, по которым данные подходы анализировались. Однако, учитывая специфику этих психотерапевтических подходов, нельзя не заметить, что низкий уровень их заидеологизированности не всегда может свидетельствовать об их высокой эффективности в любых ситуациях оказания психотерапевтической помощи. Дело в том, что эффективность использования методов культуросообразной и поведенческой психотерапии зависит от проблематики обращения, которая и определяет степень терапевтической эффективности консультативной или психотерапевтической помощи. Именно уточнение способов действий конкретной проблематике пациента/клиента и открывает, на наш взгляд, подлинные перспективы развития научно обоснованной психотерапии.

Литература

1. Бондаренко А. Ф. Социальная психотерапия личности (психосемантический подход) / А. Ф. Бондаренко. – К. : КГПИИЯ, 1991. – 189 с.
2. Бондаренко А. Ф. Понятийный тезаурус этического персонализма как русской традиции в психотерапии / А. Ф. Бондаренко // Журнал практикующего психолога. – Вып. 11. – 2005. – С.39–48.
3. Бондаренко А. Ф. Язык. Культура. Психотерапия / А. Ф. Бондаренко. – Кафедра, 2012. – 416 с.
4. Бондаренко А.Ф. О нравственном усилии в психологическом консультировании и психотерапии// Медицинская психология в России: http://mprj.ru/archiv_global/2014_3_26/nomer/nomer04.php
5. Кара-Мурза С. Г. Идеология и мать ее наука / С. Кара-Мурза. – М. : Эксмо, 2005. – 443 с.
6. Косиков Г. К. Идеология. Коннотация. Текст (по поводу книги Р. Барта “S/Z”) / Г. К. Косиков // Барт Р. S/Z ; [перевод Г. К. Косикова и В. П. Мурат; общая редакция, вступит. статья Г. К. Косикова]. – М., 1994. – С. 277–302.
7. Кохановский В. П. Философия науки в вопросах и ответах / В. П. Кохановский. – Ростов н/Д. : “Феникс”, 2006. – 352с.
8. Основы консультативної психології. Аналіз сучасних концепцій: метод. рек. для студ. пед. ін-тів спец. “Практ. психолог у закл. нар. освіти” / Укл. О. Ф. Бондаренко. – К. : РНМК Мін. освіти України, 1992. – 116 с.
9. Сосланд А. Й. Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или Как создать свою школу в психотерапии / А. Й. Сосланд. – М. : Логос, 1999. – 386 с.
10. Шульц Д. П. История современной психологии / Д. П. Шульц, С. Э. Шульц. – СПб. : Евразия, 2002. – 532с.

References

1. Bondarenko A. F. Social'naja psihoterapija lichnosti (psihosemanticheskij podhod) / A. F. Bondarenko. – K. : KGPIIJa, 1991. – 189 s.
2. Bondarenko A. F. Ponjatijnyj tezaurus jeticheskogo personalizma kak russoj tradicii v psihoterapii / A. F. Bondarenko // Zhurnal praktikujushhego psihologa. – Vyp. 11. – 2005. – S.39–48.
3. Bondarenko A. F. Jazyk. Kul'tura. Psihoterapija / A. F. Bondarenko. – Kafedra, 2012. – 416 s.
4. Bondarenko A.F. O npravstvennom usilii v psihologicheskom konsul'tirovanii i psihoterapii// Medicinskaja psihologija v Rossii: http://mprj.ru/archiv_global/2014_3_26/nomer/nomer04.php
5. Kara-Murza S. G. Ideologija i mat' ee nauka / S. Kara-Murza. – M. : Jeksmo, 2005. – 443 s.
6. Kosikov G. K. Ideologija. Konnotacija. Tekst (po povodu knigi R. Barta “S/Z”) / G. K. Kosikov // Bart R. S/Z ; [perevod G. K. Kosikova i V. P. Murat; obshhaja redakcija, vstupit. stat'ja G. K. Kosikova]. – M., 1994. – S. 277–302.
7. Kohanovskij V. P. Filosofija nauki v voprosah i otvetah / V. P. Kohanovskij. – Rostov n/D. : “Feniks”, 2006. – 352s.
8. Osnovi konsul'tativnoï psihologii. Analiz suchasnih koncepcij: metod. rek. dlja stud. ped. in-tiv spec. “Prakt. psiholog u zakl. nar. osviti” / Ukl. O. F. Bondarenko. – K. : RNMK Min. osviti Ukraïni, 1992. – 116 c.
9. Sosland A. J. Fundamental'naja struktura psihoterapevticheskogo metoda, ili Kak sozdat' svoju shkolu v psihoterapii / A. J. Sosland. – M. : Logos, 1999. – 386 s.
10. Shul'c D. P. Istorija sovremennoj psihologii / D. P. Shul'c, S. Je. Shul'c. – SPb. : Evrazija, 2002. – 532s.

Надійшла до редакції 20.02.2016

УДК 159.923.2 : 165.412

НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К НЕЙ: СИТУАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Лушин П. В.

У статті розглянуто декілька типів ставлення до невизначеності, серед яких інтолерантне та толерантне. У свою чергу вони поділяються на «активне», «пасивне», «утилітарне». Також автор виділяє особливий тип ставлення - «недефіцитарне» ставлення до невизначеності і хаосу. Його суть полягає у ставленні до хаосу і невизначеності як джерел зростання і розвитку особистості. У статті виділені умови, при яких недефіцитарний тип ставлення до невизначеності і хаосу можливий, а також визначено зміст процесу, що призводить до ефектів розвитку і зростання.

Ключові слова: невизначеність, VUCA-світ, хаос, порядок, толераність та інтолерантність до невизначеності, посттравматичний розвиток і зростання.

The paper deals with the analysis of types of attitude to ambiguity and chaos as the basic personality trait in VUCA-world. Among the attitudes are intolerant—passive and active—as well as tolerant—utilizing. The specific one is the proficient attitude to ambiguity. The latter consist in relating to ambiguity as a source of growth and development.

Key words: ambiguity, VUCA-world, order, chaos, tolerance for ambiguity, intolerance for ambiguity, ecology principle, post-traumatic development/growth.

В статье рассмотрены несколько типов отношения к неопределенности, среди которых интолерантное и толерантное. В свою очередь они подразделяются на «активное», «пассивное», «утилитарное». Также автор выделяет особый тип отношения — «недефицитарное» отношение к неопределенности и хаосу. Его суть состоит в отношении к хаосу и неопределенности как источникам роста и развития личности. В статье выделены условия, при которых недефицитарный тип отношения к неопределенности и хаосу возможен, а также определено содержание процесса, приводящего к эффектам развития и роста.

Ключевые слова: неопределенность, VUCA-мир, хаос, порядок, толеранность и интолерантность к неопределенности, посттравматическое развитие и рост.

Значительная часть исследований, посвященных анализу современного мира, так или иначе имеет отношение к его описанию как VUCA-миру, то есть к динамичному, мало предсказуемому, многозначному. Подобный мир и неопределенность с ним связанная воспринимается в худшем случае как напасть и трагедия, в лучшем случае — как вызов, с которым нужно справиться и выжить, стать сильнее [4-7].

В психологии подобная проблематика, скорее всего, связано с весьма актуальными исследованиями особенного личностного качества или способности субъекта толерировать неопределенность (далее ТН), выдерживать ситуации, к которым трудно подготовиться,

в которых крайне мало ориентиров, позволяющих совладать с избыточной перспективой действий, со способностью извлекать смысл там, где его казалось бы нет [7],[2-3].

Проблема исследования ТН не нова, хотя в нашей стране она стала особо актуальной в конце девяностых и в начале нулевых годов: развал СССР, нестабильность социополитической ситуации с одной стороны, с другой – некоторая стабилизация после пережитого хаоса, дающая возможность позаботиться о формировании лучшего будущего. С началом войны на востоке Украины, с появлением первых переселенцев, смертей, раненных, трагедий в семьях, резкого экономического спада и с распространением посттравматических явлений тематика толерантности к неопределенности стала вновь актуальной.

Практически во всех перечисленных выше контекстах толерантность к неопределенности интерпретируется как базовая характеристика личности в VUCA-мире. Подразумевается, что интолерантные к неопределенности люди склонны проявлять большие уровни травматизации и быть менее эффективными и жизнестойкими в эпоху перемен.

Многочисленные исследования ТН, отражают её с разных сторон: с формально-логической, затрагивающей феноменологию, отличительные признаки; с содержательной, обуславливающей ее детерминацию и происхождение. Отдельным важным аспектом является развитие и формирование ТН [2-3].

Следует особо подчеркнуть еще одну менее заметную, но принципиально важную тенденцию в исследованиях ТН. Данный феномен описывается преимущественно в терминах преодоления негативного, где неопределенность – своеобразный барьер, вызов и трудность, а толерантность — процесс, имеющий отношение к совладанию с ним.

Между тем, в отдельных исследованиях, хаос и неопределенность представлены не только как разочарование, дезорганизация, тормозящие конструктивную деятельность субъекта, но и, напротив, как источник развития, творчества и благополучия. В частности американский исследователь Дж. Уиланд-Берстон полагает, что негативные психологические явления для многих людей могут нести и позитивную смысловую нагрузку. В данном исследовании взрослых образованных респондентов попросили дать квалификацию понятий «хаос» и «порядок». Оказалось что хаос воспринимается не только негативно в терминах отверженная, неясности и незащищенности, но и позитивных — удивления, творчество и фантазии. Аналогичное относилось к порядку: испытуемые ассоциировали его не только с комфортом, освобождением, ясностью, но и — с заикленностью, контролем, страхом и напряжением [14] (см. Таблицу 1).

Наша практика психологической помощи согласуется с вышеприведенными данными. В частности мы обнаружили, что клиенты в отношении к неопределенности и хаосу распределяются на несколько групп:

- те, которые страдают от неопределенности (интолерантный и «пассивный» тип отношения),
 - те, кто вступает в борьбу с ней, привнося в свою жизнь максимум определенности, регламентации в рамках существующих схем и стандартов (интолерантный и активный или «регламентирующий» тип отношения),
-

• те, кто принимают ее как неизбежность, адаптируются, используют ее преимущества («утилитарный» тип отношения, который в общепсихологических терминах может быть обозначен как «толерантный к неопределенности»).

Таблица 1

Вербальные реакции взрослых на слова «хаос» и «порядок»

Хаос	Порядок
Страх	Комфорт
Отверженный	Освобождающий
Неясный для понимания	Ясный для понимания
Бессмысленный	Наполненный смыслом
Беспокоящий	Успокаивающий
Незащищенность	Защищенность
Всепоглощающий	Побеждать, управлять
	Уверенность
	Общий взгляд, перспектива
Вопрос	Ответ
Провоцирующий	Контроль
	Экономичный
	Фактический
	Системный
	Осмысленный
Дисгармония	Гармония
	Навык
	Зацикленность
	Страх
Расслабленный	Напряженный
Приятное возбуждение	
Развитие	
Возможности	
Удивление	
Творчество	
Живость	
Фантазия	

Особая группа – те, кто не только активно впускает неопределенность в свою жизнь, но стимулируют ее появление и проявление. Их можно назвать «хаотиками», порождающими неопределенность и хаос [1, 12]. У представителей данной группы нет необходимости толерировать неопределенность, они чувствуют себя в ней как рыба в воде, они не могут жить в мире регламентации, шаблонов и предписанных инструкций

и расписаний. При этом подобные личности, по мнению Н. Талеба, «антихрупки»[8], т.е. парадоксально устойчивы, они не принимают жизнь в мире, в котором все понятно, а линейные причинные связи и закономерности воспринимаются ими как слишком примитивные и даже аномальные. Стоит «хаотику» почувствовать признаки определения и порядка, как он переключает свой энергетический потенциал на трансформацию стабильных и регламентированных структур в нечто более динамичное, многозначное и вариативное. Тем самым из традиционного мира, «хаотики» склонны перемещаться в VUCA-мир, полный неожиданностей, неопределенности и стресса. Соответствующее отношение к хаосу и неопределенности у «хаотиков» мы обозначаем как «недефицитарное» или «профицитарное», то есть такое, при котором субъект склонен рассматривать негативное событие или его переживание не в терминах дефицита, а богатства возможностей.

В данной связи можно утверждать, что неопределенность и хаос можно не только преодолевать, толерировать, использовать, но и стимулировать, а также создавать условия для его проявления и появления.

Подобное отношение к неопределенности и хаосу мы связываем не столько с осознанным разрушительным и/или критичным отношением к устоявшимся формам или проявлениям однозначности и механистичности, сколько с принципиально иным пониманием роли неопределенности и хаоса в психической организации человека. В рамках этого понимания психика рассматривается как открытая динамическая система, находящаяся в условиях постоянного изменения и неопределенности, распада/диссипации собственных границ. Подобная позиция получила распространение в связи с исследованиями И. Пригожина, в которых хаос выступает в качестве составной части самоорганизации системы на пути к ее стабилизации и порядку («порядок через хаос»). Данный процесс отличается признаками *нелинейности, необратимости и малой предсказуемости*. Нелинейность имеет отношение к базовой неопределенности мира и положения личности в нем: любое минимальное воздействие может породить значительную или даже тотальную реакцию системы («принцип бабочки»). Необратимость является свидетельством того, что система личности самоорганизуясь не повторяет своих состояний в уже существующем виде и форме, они варьируются в зависимости от изменяющегося внешнего и внутреннего контекста. Малая предсказуемость отражает зависимость личности от случайных событий, наступление которых выходит за рамки линейной детерминации или комплекса имеющихся в настоящий момент причин, обуславливающих поведение личности [5, 10, 11, 13, 14].

Отсюда следует, что не только «хаотики», но и представители других типов психической организации и отношения к миру проживают состояние неопределенности и хаоса как нормативные и развивающие.

В недавнем прошлом один из наших клиентов пережил смерть близкого человека. К психологу он пришел с жалобой на спонтанно возникающее желание заснуть на работе особенно во второй половине дня. Подобного явления у него не наблюдалось в прошлом. Данный факт клиент интерпретировал как нарушение психического здоровья.

По мере анализа контекста, в котором данная феноменология имела место, психолог выяснил, что смерть близкого родственника была неожиданной, а время на адаптацию к новым условиям жизни было крайне ограничено. В сложившихся экстремальных условиях жертве травматического события пришлось инстинктивно самоорганизовываться, чтобы

оставаться более или менее стабильным. В частности, неожиданно для себя он начал сближаться с некоторыми из своих родственников (с которыми раньше мало и поверхностно общался), интенсифицировал темп и качество исполнения обязанностей на работе, пересмотрел отношение к своему здоровью, стал внимательнее относиться к собственным детям, а также обнаружил признаки несколько навязчивой рефлексии собственных действия. Если все вышеперечисленные меры совладания укладывались в сознании субъекта как непривычные, но ожидаемые, то сон в рабочее время явно выходил за рамки профессиональных установок и ценностей профессионала. Во время консультации выяснилось: в связи со временным послаблением дисциплины на работе у клиента появилась возможность использовать данное изменение для восстановления сил. В силу психологической и физической перегрузки, он не смог воспользоваться внезапно проявившейся возможностью.

В результате неожиданное и пугающее поведение (сон в рабочее время) послужило адекватным ресурсом в ситуации горевания. С помощью психолога клиент стал внимательнее относиться к необычным и даже случайным событиям жизни, открыл для себя парадоксальные «порядок через хаос» особенности своей саморегуляции.

Отсюда также следует, что субъект склонный к пассивно интолерантному отношению (потеря жизненной перспективы, депрессивность, потеря сна у клиента и т.п.) и активно интолерантному отношению к неопределенности и хаосу (тенденция к спонтанному изменению свои жизни в рамках существующих схем: улучшение отношений в семье, забота о собственном здоровье...) может перейти к «утилитарному» отношению (воспользовался ослаблением дисциплины на работе). Очевидно, что условиями подобного перехода являются а) необычная/экстремальная ситуация развития личности, а также б) «недефицитарное» отношение психолога и соответствующее его сопровождение, которое опирается на представление о хаосе и неопределенности как составной части процесса конструктивной саморегуляции человека. Фактически психологическое сопровождение состоит в установлении адекватности действий клиента сложившемуся контексту. Момент несоответствия интерпретируется психологом не в терминах дефицита и ограничения, а как переход в новый контекст развития («профицит»).

Вышеописанный случай дал нам возможность выдвинуть гипотезу о связи нескольких таких переходных контекстов или, соответственно, типов отношения в единый контекст, который бы в данном случае можно было назвать посттравматическим ростом. Мы описываем его в виде следующей последовательности этапов: 1) пассивно интолерантный, связанный со страданием и выражением эмоций горя, отчаянья, депрессии и т.п, 2) активно интолерантный, проявляющийся в попытке регламентировать, упорядочивать собственные реакции в рамках существующих смыслов и способов совладания, 3) толерантный, стремящийся к использованию преимуществ хаоса и неопределенности, 4) посттравматический рост, когда хаотическое и неопределенностное состояние осознается в терминах конструктивной реакции на хаос и неопределенность (сензитивность к случайным событиям, «порядок через хаос» регуляция). При этом каждый из четырех этапов содержит в себе признаки «микро-дезорганизации», неопределенности или хаоса: невозможность прекратить страдание – на первом этапе, безуспешная попытка регламентации – на втором, фиксация условно патологической реакции как возможности –

на третьем («сон в рабочее время»), не возможность решить задачу без помощи психолога. Все эти формы микро-дезорганизации, хаоса и неопределенности выступают в качестве условия для перехода в новый контекст самоорганизации и саморазвития клиента.

Фактически основное содержание сопровождения жертвы травматического события к периоду посттравматического роста состоит в отслеживании смены контекстов реагирования на неопределенность от интолерантного к толерантному, а именно от «пассивного», «активного» и «утилитарного» отношения к не дефициитарному отношению.

Данный процесс, несмотря на выделенные нами особенности отношения субъекта к хаосу и неопределенности сохраняет характер нелинейного, необратимого, мало предсказуемого процесса. В частности для психолога он сопряжен с рядом трудностей и моментов неопределенности в: а) определении внешних и внутренних условий травматизации клиента, б) выявлении признаков переходных форм или состояний клиента на пути к посттравматическому росту, в) согласовании темпа деятельности психолога и клиента и т.п. Соответственно, психолог в процессе проживания ситуации неопределенности может испытывать аналогичные состояния, тем, что проживает клиент. Он также сталкивается с ситуацией непонимания и потери раппорта с клиентом, стремления «упаковать» актуальные смыслы в имеющиеся понятийные схемы, обесценивания/изживания смысла своих действий, желания воспользоваться ситуацией хаоса и неопределенности в целях распределения ответственности во время работы с клиентом. Все эти переживания психолога носят условно негативный характер и не могут быть преодолены в принципе. По своему содержанию они переходны и направлены на профессиональное развитие и рост. В этом смысле справедливо утверждает исследователь А.Ш. Тхостов: «Объективный мир существует для моего сознания именно постольку, поскольку не может быть раз и навсегда учтен и требует постоянного приспособления, осуществляющегося здесь и теперь» [9, с. 4]. Жизненная среда личности должна быть не прозрачной, проблемной, плотной для прохождения и освоения, в противном случае в ней не остается места для свободы творчества и саморазвития.

Особый случай – проектирование хаоса и неопределенности в целях оказания психологической помощи и подготовки специалиста. Это составит предмет нашего специального рассмотрения в дальнейшем.

В заключении мы склонны констатировать. Во-первых, освоение столь актуального в настоящем VUCA-мира неразрывно связано со способностью толерировать неопределенность, которая рассматривается исследователями как умение ориентироваться в условиях хаоса и неопределенности. Мы заметили, что неопределенность в данном контексте интерпретируется как преимущественно негативный феномен, требующий преодоления, толерирования. Нами выдвинута гипотеза, что неопределенность и хаос могут быть отнесены к позитивным явлениям и, соответственно, толерантность является не единственным типом отношения к ним.

Во-вторых, анализируя результаты многолетней практики психологической помощи, мы обнаружили несколько типов отношения к неопределенности: «пассивно интолерантный», когда субъект испытывает крайне негативные переживания при столкновении с ситуацией неопределенности и хаоса, «активно интолерантный

или регламентирующий», когда субъект предпринимает активные усилия для преодоления неопределенности и хаоса путем выделения анализа его содержания и структуры в рамках существующих схем и способов совладания. Еще одним типом реагирования является толерантный или утилизирующий, его суть — в умении субъекта зачастую инстинктивно проживать ситуации неопределенности и хаоса, извлекая из них преимущества. К особой группе относится «недефицитарный» тип отношения, который состоит в стимуляции появления и проявления хаоса как источника принципиально новых субъектных решений и способов поведения. Люди данного типа не столько толерируют хаос и не определенность или вынуждены воспользоваться его особенностями, сколько участвуют в его создании. Осознанно или нет они исходят из того, что мир постоянно изменяющаяся система, в которой хаос – составная ее часть, при том такая, которая содействует развитию.

Литература

1. Габышева В. Люди хаоса [Электронный ресурс] / В. Габышева // Жить интересно . — Режим доступа: <http://interesno.co/mag/96d13bb8d8d4>. — Название с экрана. — Дата публикации: 25 апреля 2014. — Дата просмотра: 29.05.2016.
2. Гусев А. И. К проблеме измерения толерантности к неопределенности / А. И. Гусев // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. - № 1 – С.21 – 28.
3. Гусев А. И. К вопросу о видах толерантности к неопределенности / А. И. Гусев // Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. - К. : Міленіум, 2006. – Вип. 30. – С. 54 – 63.
4. Лушин П.В. Гибридная помощь в переходный период: когда психолог не эксперт?: [текст]/П.В.Лушин.—Киев, 2016. — 32с.
5. Лушин П. В. Гибридная жизнь: как выживать, когда все привычное рушится?: [текст]/П.В.Лушин.—Киев, 2014. — 24с.
6. Лушин П.В. Экологичная помощь личности в переходный период: экофасилитация [Текст]: Монография / Лушин П. В. – Киев, 2013. – 296 с. – (Серия «Живая книга» ; Т. 2).
7. Лушин П. В. Личностные изменения как процесс: теория и практика / П. В. Лушин. – Одесса : Аспект, 2005. – 334 с.
8. Талей Н.Н. Антихрупкость. Как извлечь выгоду из хаоса. – М.: КоЛибри, 2014. – 768 с.
9. Тхостов А.Ш. Типология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вестник Московского университета. – 1994. – Серия Психология, – Выпуск 14, – № 2. – С. 3 – 13.
10. Allen, C.R, Holling, C.S. Novelty, adaptive capacity, and resilience.// Ecol Soc.— 2010.—15(3):24.<http://www.ecologyandsociety.org/vol15/iss3/art24/>.
11. Berkes, F., Colding, J., and Folke, C. Navigating social–ecological systems: building resilience for complexity and change. — Cambridge University Press, 2003. —388p. Retrieved from <http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam033/2002022268.pdf>
12. Lushyn, P., & Borrelli, S. ([2003]). Rediscovery of EMDR: In search of a rationale. The EMDR Practitioner. Retrieved from <http://www.emdr-practitioner.net> on 12/27/2008.
13. Prigogine, I., Stengers, I. Order out of chaos. – New York: Bantam, 1984. –421 p.

14. Wieland–Burston, J. Chaos and Order in the world of the Psyche. – London: Routledge. — 1992. – 144p.

References

1. Gabysheva V. Ljudi haosa [Jelektronnyj resurs] / V. Gabysheva // Zhit' interesno . — Rezhim dostupa: <http://interesno.co/mag/96d13bb8d8d4>. — Nazvanie s jekrana. — Data publikacii: 25 aprelja 2014. — Data prosmotra: 29.05.2016.
2. Gusev A. I. K probleme izmerenija tolerantnosti k neopredelennosti / A. I. Gusev // Praktichna psihologija ta social'na robota. – 2007. - № 1 – S.21 – 28.
3. Gusev A. I. K voprosu o vidah tolerantnosti k neopredelennosti / A. I. Gusev // Naukovi zapiski Institutu psihologii imeni G. S. Kostjuka APN Ukraïni / za red. S. D. Maksimenka. - K. : Milenium, 2006. – Vip. 30. – S. 54 – 63.
4. Lushin P.V. Gibridnaja pomoshh' v perehodnyj period: kogda psiholog ne jekspert?: [tekst]/P.V.Lushin.—Kiev, 2016. — 32s.
5. Lushin P. V. Gibridnaja zhizn': kak vyzhivat', kogda vse privychnoe rushitsja?: [tekst]/P.V.Lushin.—Kiev, 2014. — 24s.
6. Lushin P.V. Jekologichnaja pomoshh' lichnosti v perehodnyj period: jekofasilitacija [Tekst]: Monografija / Lushin P. V. – Kiev, 2013. – 296 s. – (Serija «Zhivaja kniga» ; T. 2).
7. Lushin P. V. Lichnostnye izmenenija kak process: teorija i praktika / P. V. Lushin. – Odessa : Aspekt, 2005. – 334 s.
8. Taleb N.N. Antihrupkost'. Kak izvlech' vygodu iz haosa. – M.: KoLibri, 2014. – 768 s.
9. Thostov A.Sh. Tipologija sub#ekta (opyt fenomenologicheskogo issledovanija) // Vestnik Moskovskogo universiteta. – 1994. – Serija Psihologija, – Vypusk 14, – № 2. – S. 3 – 13.
10. Allen, C.R, Holling, C.S. Novelty, adaptive capacity, and resilience.// Ecol Soc.— 2010.—15(3):24.<http://www.ecologyandsociety.org/vol15/iss3/art24/>.
11. Berkes, F., Colding, J., and Folke, C. Navigating social–ecological systems: building resilience for complexity and change. — Cambridge University Press, 2003. —388p. Retrieved from <http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam033/2002022268.pdf>
12. Lushyn, P., & Borrelli, S. ([2003]). Rediscovery of EMDR: In search of a rationale. The EMDR Practitioner. Retrieved from <http://www.emdr-practitioner.net> on 12/27/2008.
13. Prigogine, I., Stengers, I. Order out of chaos. – New York: Bantam, 1984. –421 p.
14. Wieland–Burston, J. Chaos and Order in the world of the Psyche. – London: Routledge. — 1992. – 144r.

Надійшла до редакції 25.03.2016

Розділ: Психотерапевтичні модальності, методи та методики

УДК 159.98 : 615.851

PROCESS THEORY IN CLIENT-CENTERED PSYCHOTHERAPY**Kocharian O. S., Barinova N. V.**

У статті розглянуто основні теоретичні положення, що стосуються теорії процесу в клієнт-центрованої психотерапії: його стадії, мета, основні властивості. Робиться висновок про те, що процес, представлений К. Роджерсом, навряд чи описує власне психотерапію - він відображає процесу особистісного зростання. Представлена модель процесу як звільнення від «заторних» переживань. Наводиться структура «затору» і модель «капіляра, закритого бляшками», а також клінічні приклади вивільнення «організмичного потоку».

Ключові слова: психотерапія, процес, організмична тенденція

The basic theoretical propositions concerning the process theory in client-centered psychotherapy - its stages, the purpose, the basic properties - are considered in the article. The conclusion is made about the fact that the process represented by C. Rogers hardly describes the psychotherapy itself; it reflects the process of personal growth. The model of the process motion as liberation from "blocking" emotional experiences is presented. The "block" structure and the model of a "capillary blocked with plaques" as well as clinical examples of "organismic flow" liberation are described.

Keywords: psychotherapy, process, organismic tendency

В статье рассмотрены основные теоретические положения, касающиеся теории процесса в клиент-центрированной психотерапии: его стадии, цель, основные свойства. Делается вывод о том, что процесс, представленный К. Роджерсом, вряд ли описывает собственно психотерапию - он является отражением процесса личностного роста. Представлена модель движения процесса как освобождения от «заторных» переживаний. Приводится структура «затора» и модель «капилляра, закрытого бляшками», а также клинические примеры высвобождения «организмического потока».

Ключевые слова: психотерапия, процесс, организмическая тенденция

Process theory constitutes the whole formation of C.Rogers's client-centered psychotherapy – open yourself and become yourself is “the existence in the form of process, ... but not a frozen entity” [1]. Even the ultimate goal of psychotherapy can be formulated in terms of process – it is a shift “from the static, tough, insensitive, impersonal type of functioning” to “the fluctuating, changeable, full of differentiated feelings life activity” [1, p. 109-110].

C.Rogers, who is an “organismic theorist” [2], banks on rationality of natural (organismic) process, which is described as “sensory and visceral”, and which is reflected in the conceptual aspects of the experiment - self-concept and symbolization of consciousness. It is significant, that personality development is adjacent (interrelated) to organismic actualization: “self” is a flexible

changeable structure, which is moving along the trajectory of the process and is staying in it (“individual-in-process” or “constantly changeable individual”). In practice actualization of an individual is an approaching of “self” to organismic experiment, to something valuable and truthful inside – it is self toward self-approaching. In this sense “self” is constantly changing, and the key of such change is transformation of consciousness function – from “a keeper of numerous and dangerous unpredictable intentions ... becomes a contented inhabitant of the society of intentions, feelings and thoughts, which ... control themselves very well, when they are not traced with fear” [1, p. 166].

The process end point is achievement of “completely functional personality”. It is not the ideal condition of “clarification” and “enlightenment”, but it is a condition of liberation from internal “blocks” and unobstructed flow (progression through capillaries) of emotions and energy. C. Rogers [1, p. 246-247] noted, that “clients, who have got ahead significantly in psychotherapy, have a finer appreciation of pain, however they also have a brighter sense of ecstasy; they feel their anger more distinctly, but the same can be noted regarding love; they sense their fear deeper, but the same happens with courage. And the reason that in such way they can live a fuller life, with bigger amplitude of feelings, is that they are more self-confident as reliable instruments when they face life”. The internal “block” is a squeezed or fixed affect, which is “stuck” in emotional “capillary”, blocking up the circulation of emotional flow as a plaque. These “blocking” emotions have specific qualities: 1) they are “stuck together” – there are no stand-alone offence, anger, helplessness etc.; they form an integral conglomerate; 2) they are resistant to an influence; 3) they do not disappear completely – they only abate and hide, forming a potential emotionality, which can become actual (but does not occur) on the most insignificant occasion; 4) they are somatized – they exist as “stuffed body” [Yermoshyn], as “a lump in the throat”, “squeezed temples”, “a bag on the shoulders”, “groggy legs” etc.; 5) they are not flowing – they cannot move, change: the offence can be either “dried up” by means of rationalization, or eased by cathartic techniques, or it is possible to shift the offense energy to other zones of psychic functioning, however it is difficult to get rid of it ultimately; the only form of “blocking” emotion circulation is a vicious circle: offence – anger – helplessness – offence.

“Blocking” emotions have a complex structure: they are based on unconscious primary “blocking” emotional experience (for example the feeling of second-ratedness) and “secondary” emotional experiences are overlaying on it. Only when the primary components are removed from the structure of “blocking” emotional experience, the conglomerate of “blocking” feelings itself falls into separate emotions, which are ready to move. Low consciousness of primary emotional experience is expressed either in negation of existence of some underlying emotional experience (it does not exist), or in failure (difficulty) to name this experience in words. At the same time the organismic lust is ended by itself. If it is alive the individual says, for example: “I want love”; if it is overlayed, the expression will be different: “There is a wish of love”, and further from this wish: “I want to have a wish of love”. The further from organismic flow the larger are the conventions – “want”, “wish of”, “want to have a wish of”, “wanted” (this one refers to the past).

If any part of psychic becomes “dead”, for example, love and sexuality, then the quality “kind of” emerges in the functionality of an individual [3]:

“I was not given the Earth delight,

With Earth Peace and Earth fate
 I have experienced ups and downs
 In my pursuit to become Myself.
 But the hour has struck and the minutes are flowing,
 Striving to fill the void.
 But I am kind of suffering and I love
 And in this state do I – Live?”

A “Kind of” (“sort of”) life (love, sex, anger etc.) becomes full of existential of Void, or Meaninglessness, or Needlessness, or Second-ratedness etc. The more the flow is overlayed in the “capillary” the bigger is the necessity to compensate reality with imagination, and wishes are substituted by its surrogate – not “want”, but “wish to want”, and then “wish to want to have a wish to” etc. At a certain stage, when imagination is unable to cope with the function of reality replacement, it “collapses as a bubble” and the Void emerges (subdepressive and actual depressive states).

The idea of self toward self-approaching, self-discovery and self-liberation is not new, and it is not only associated with C. Rogers – it is an idea of Selfhood, “Onto In-Se” (in-self being), the holotropic states, which actualize the healing power etc. S. Freud has an indication on the fact that the issue is neither in the expansion of consciousness, nor in the intellectual insides – it is a mean (method) of emotions liberation. S. Freud (cited by [4]) pointed out, that it is significant to “increase the intensity of emotional and affective process”, which the balance mechanism is actually aimed at. Joyce McDougall’s metaphor [5] - “seduction to live”, but not to realize, investigate etc. is a good metaphor of psychotherapy.

The “blocking” feelings (at the beginning secondary and then primary) are “grasping” the client. Initially they do not have any name, title, it is only a feeling, which should be studied thoroughly before it can be named (symbolized) somehow. C. Rogers determined the phenomenon of “grasping” by feelings, which should be brought “to the maximum” in process. Without this maximum, without the depth of emotional experience the emotion is not liberated. And the issue is not in catharsis, not in discharge of feelings, but it is peculiarly in liberation, when it starts to “flow” without obstacles. And then it brings other emotions (another emotion) to life. For instance, liberated laughter, which takes Homeric form, liberates weeping and etc. Liberation of one emotional experience leads another one to life. They begin to balance mutually each other. The client says that feels anger. And what is underneath the anger? The Offence. And what is underneath it? A fear of being useless, off-cast. And what is underneath it? A strong desire to be loved etc. One emotion overlaying on another creates a situation, when true feelings and emotional experiences (wish to love) “sank” under the influence of pseudo-emotions (a fear, offence, anger), which in fact are “blocking” and overlap the stream of “true desire”. The client is focused not on implementation of true (“live”) desire and liberation of a true feeling, but on protective patterns, preventing Ego from personal injury.

Here is an example of vicious circle break of “blocking” emotional experiences:

In a group of meetings a girl A., age 22, described her problem as the one she cannot cope with. The core of the problem is in the following: she works at a dancing club, leads the groups. The administration has recruited a new coach, “who does not have proper qualification, education and tact – he is a boor!”. He took the groups from her, “he behaves defiantly, glaringly, he does not

except friendly advices". The girl was outraged by injustice of the management team and boorishness of the new coach. Within the framework of the habitual pattern of emotional experiences, the high-minded anger is reproduced on the situation, that nobody considers her. And, while staying in the mentioned habitual pattern, she has no way out. Moreover, her emotions become righteous – she is fighting injustice. To solve this situation it is necessary to get out of the habitual pattern of responsivity. The girl goes according to the following vector of emotional experience: anger at a new coach → feeling of a bruised ego → low inherent value → feeling of unnecessariness → emotional stress connected to the feeling that in order to be together with somebody it is necessary to be a person of importance, a person of interest → fear of losing power, governance → emotional stress of inability to be yourself etc. Such deepening of emotional experience and getting out of the habitual pattern of emotional reacting allow the client to transform the situation, in which she is offended to the situation, in which it is impossible for her to be herself, she experiences stress of personal unnecessariness for others, foremost for men.

Here is an example of organismic lust actualization strategy, which is aimed not at strengthening of the primary "blocking" emotional experience (when it is too traumatic, and the organismic tendency is weakened significantly – to suffer for what?!), but at the direct hold of organismic tendency.

Client Zh., age 27, is complaining that nothing works out with men – "They don't need me". She overreacts on any demonstration of inattention to her. She is "stuck" at the age of adolescence, she has a marked component of infantile (incestuous) sexuality, but she is distanced from her father, and is "sent" to study and then to work abroad. The place next to her father was taken not by her mother, but by her elder sister. The organismic tendency is in separation from her father. However, a fear of going away from him both psychologically and materially (the father fully supports her financially) and a feeling of man unreliability, who can not be trusted, fix her strictly in the infantile position. The primary "blocking" emotional experience (a feeling of second-ratedness, and therefore also unnecessariness) is rather tough and stressful for her. Consequently, emotional balancing mechanism actualization, connected to primary "blocking" emotional experience potentiation, is not possible in practice. She is not able to accept the feelings of love and warmth, addressed to a man (such organismic tendency is weakened); "and men are not the ones intended, and they don't need me". In order to find sense of organismic tendency of the client, it should be intensified (it is necessary to "find" and achieve satisfaction of it). I ask the client: "What should we start with?" And I answer: "With a stove. It is the most important in house. One sleeps on it, cooks in it and warms themselves using it. A stove is a woman's belly – soft, elastic and warm". It can be also work with the thematic tale "Princess and a stove". Then it is working with belly, aimed at awakening of "feeling of the belly", of warmth in it. The feeling of "filled" (not "empty") warm belly, thighs and buttocks is achieved. As if something is "awaking" in the abovementioned zones, waking life in them. New embodied emotional experiences arise – the Feminine is "brazed" in the body, it is not just a mind composition. Such emotional experience, while arising, becomes desirable, "attracting".

Here is the "Princess and a stove" tale and the reflection of personal emotional experiences of the client, when writing the tale.

The text of the tale. Once upon a time in a distant country in a castle a princess lived. She was beautiful, and also very clever and smart – whatever she took on, everything worked out well.

The princess often admired herself in the mirror, but she rarely went out in public. The castle was surrounded by the prickly thorn, and only one narrow track, which no one new about, led outside the castle walls, to public. The princess did not like to go out in public – no one would cognized her there, as if, going outside the castle walls, she turned from Cinderella into a servant-maid.

The princess's castle was big, and she was wandering through the different rooms, always finding and learning something new. And once she wandered in a room, where she had never been before and she was surprised, when she felt a wind of warmth and coziness. She started to go round the room and tried to understand – why is it so warm and cozy here? Was it because the sunbeams were shining brightly through the windows? Or were the walls thicker and didn't let the cold inside?

And then she saw something that she had only read about in books – a stove. Incredible warmth, the feeling of coziness, home and love were coming from it. But the fire in the stove were waning, it began to get colder. And the princess realized that in order not to let the fire fade away, it was necessary to do something, because it was so nice to feel warmth and comfort! She started to think of everything that she had ever read about stoves and realized that she should add the firewood to it. The princess began looking for the firewood – but she couldn't find it. Things proceeded in such way for many hours and days – the princess were bringing back to memory everything that she had known about stoves – but she was not able to do anything – in practice everything turned out to be much more difficult.

And when the princess started to feel cold, she was almost despaired, when she got a sight of a chopper in the corner of the room. She went to chop the blackthorn and got perfect firewood. She was trying to make up the fire, she had trouble doing it for a long time, but finally she managed to do it. And then she got hungry. The princess realized that she had never cooked food in a stove. And she began to try – and again, she realized that she could not do it. Such clever and smart girl, as she had considered herself, but it turned out that everything was not so simple when it came to practice. However, the princess did not give up – she failed, but she kept trying. She kneaded bread dough and after much trouble she succeeded – she baked bread!

When the princess drew bread from the oven, her castle illuminated with light, and all brushwood of blackthorn dried out and fell apart. People passing by saw the castle, so warm and cozy that they wanted to go inside. The princess kindly opened the door and treated people with freshly baked bread. Among guests there was an attractive young man. He was fascinated with the princess's beauty and took the bread from her hands with pleasure. The bread was very tasty, the castle was cozy.

The young man started to visit her often, they did not notice the time spent together. They both liked being together and the prince made a proposal. They married in order to continue to enjoy the company of each other for better or worse.

Self-reflection of emotional experiences while writing the tale. Before writing the tale I was convinced, that I could hardly get anything out of myself, I had no idea what to write about. The princess and a stove, and, furthermore, a tale – I had no reputation of a gifted writer.

Nevertheless, when I began to write, the process of perception of who I actually was, started – at home, inside myself I seemed so classy, clever, beautiful, but once I got out on the street or in public – consider it gone, all cleverness and beauty vanished as if by magic, I was fully

constrained. And the most important thing is that all these barriers I had built myself. However, I wanted to understand – how to overcome this? How to get out of the brushwood of blackthorn, where I have settled myself? All my life I wanted it so much, so maybe it is time to do something for it?

First, I thought I would go to find a stove somewhere – the rumors has it the princess was curious and she went to find a stove. But the story did not compile in my head. Who told the princess if she was not communicating with anybody? How did she get to know if she was not interested in anything? And I realized that I had already had a stove inside me, as there was a rare, but such sweet moments of Her (a Woman) inside me. And the princess wandered in a new room. In the room, where a Woman and Woman's energy prevails, in the room with a stove – and the warmth coming from understanding of it flowed inside me. It was very light and scarcely perceptible, but it came for a few seconds. I was excited about how to recall it and feel it again. And I continued writing.

When the princess realized what it was necessary to do to keep on fire in a stove – I felt distinctly my inability to be in tune with my inner Woman. She exists, but she is hidden somewhere inside me. I want to unleash her, but I don't know how. I have heard and read a lot about her, but I have no idea how to liberate her and let her fill the place, that truly belongs to her. Everything turned out to be much more difficult for the princess, than she had expected – practice and theory differ from each other - you don't know until you try. All my life I had been thinking that I was very clever and smart, however I had never taken a chance to try. But this time, when it came to discover a Woman inside me, there was an understanding of a necessity to stand up, go and do. There was a necessity to try, use the knowledge – again and again, until it works out. There is no place for failure after all. And the princess started to try.

The scenarios came to my mind naturally – a chopper in the corner of the room, and though it was a men's work – to chop the firewood – there was not even a thought to ask somebody, the princess went to chop the blackthorn, which she had constructed around by herself. And she managed to bake bread – she didn't give up, she made a lot of attempts until she reached a successful result. When I finished this part of the tale I wanted to find a right way, finally to do something, to stop complaining and looking for the causes of failures. But instead of this I wanted to get everything together under my control, my own life, to find the strength and put into practice what I had been thinking about for a long time, what I knew and was able to do. There was a bit of uncertainty and dread inside, because it was unusual for me. But the wish to unleash my inner Woman was stronger. And the princess managed to do everything. She didn't give up until she got positive results.

It took some time to understand what to do next and what to do now, when the princess learned how to use a stove, light the fire in it, bake bread – what to do with all these? But the answer came naturally – a wish to share this. The ability to accept and use properly the stove gives power, inner light, woman energy – and the princess's castle began to shine, the blackthorn vanished and she started to host guests with pleasure, treat them with freshly baked bread. And He – a Man – came on this warmth. It was the right man, the very man. And they both wanted to be together – not to demand, blame or search for failings – just be together and enjoy it.

The client's motion in psychotherapeutic process is performed according to the vector from “static” pole to “fluctuating” pole. In order to determine the place of a client in process continuum it

is necessary to “collect data about the quality of his or her emotional experiences and their expression” [1].

C. Rogers outlines *seven stages* (rather conditionally), which a client goes through in psychotherapy. He wrote [1, p. 179]: “Although I will be emphasizing that it is a continuum, and it does not matter whether we outline three stages or fifty, all transitional points will still exist.” Each stage is determined by client’s disposition in the dichotomous pairs mentioned below (the motion is performed from the left pole to the right), which we outlined on the basis of C. Rogers’s texts: 1) closeness – openness to your inner experience; 2) feelings unawareness – feelings awareness; 3) feelings do not belong to you – feelings belong to you; 4) undifferentiated feelings – differentiated feelings; 5) it takes some time to accept emotional experiences by a client – emotional experiences are accepted by a client at once; 6) feelings are an object, they are external regarding “Self” – feelings are a part of “Self”, they are subjective; 7) feelings refer to the past – feelings refer to the present; 8) an individual is not oriented to his or her feelings – an individual is fully oriented to his or her feelings; 9) stability – dynamics of personal constructs; 10) client does not take responsibility – internal attribution of responsibility; 11) unwillingness to change – willingness to change; 12) self-communication is blocked – self-communication is not blocked; 13) unwillingness to openness – willingness to openness; 14) insensibility to inner conflict – sensibility to inner conflict; 15) emotions interfere with living normally – willingness of client to consider his or her emotional experiences as valuable and which happen to be.

To identify the stages of the process C. Rogers used “*the method of naturalistic observation and description*”, which is based on unbiased observation, untroubled by preliminary assumptions. He “used himself” as a “tool” – during a year he was listening to the records of psychotherapeutic conversations in an unbiased manner. It was an innovation in psychotherapeutic process research. Rogers formulated the hypothesis: “the quality of client’s statements ... can indicate his or her position in this continuum, can show where he or she is in this process of transformation” [1, p. 178].

The process itself is complicated, not congeneric internally – in some fields and personal meanings the process can be at a lower level, rather than at the basic level. Rogers considers Shlin’s psychotherapy session, where the quality of self-expression is at 3rd and 4th stages, and as soon as the conversation touches sexual problems – the process is at lower stages. At the same time, “generally it will have a tendency to be at one of the stages of this process” [1, p. 179].

The stages, formulated by C. Rogers, are difficult to imagine as stages of psychotherapeutic process itself. In the same article C. Rogers writes differently:

1) “Clients, who came for help to a psychotherapist willingly, are at this (the second – A.K.) stage, but we (probably as well as therapists in general) achieve rather modest success, working with them” [1, p. 182];

2) “Many people, who are in search for psychological aid, are ... at 3rd stage” [1, p. 184];

3) “There is no doubt that this (the third – A.K.) stage and the next one form the content of psychotherapy...” [1, p. 186];

4) “Client ... begins with psychotherapy, while he is approximately at the second stage, and finishes it at the fourth stage” [1, p. 205].

Therefore, coordination of the four references leads to the conclusion that psychotherapy itself covers the third and the fourth stages of the process out of seven! So what characterizes

the stages, outlined by C. Rogers? Apparently, the question is not about the stages of the psychotherapy process, but about the stages of personal development. And it makes sense to facilitate the latter only when an individual is at the third stage. Practically it is known little about the process of therapy itself. At the same time it indicates that “perhaps, there are several types of the process of personality transformation. ... In the context of psychotherapeutic approaches, which attach significant importance to the cognitive aspect of the experience and little importance to emotional one, entirely different processes of transformation begin to work” [1, p. 184]. Thus Rogers refers to psychotherapeutic process rather than process of personal development.

In fact, a seven-stage process of psychotherapy, described by C. Rogers, is not a process of therapy in the strict sense, because the first and second stages and even the third one in a certain sense do not form the essence of psychotherapy, it does not even starts with them – an occasional address with a request to help from a person, who is at the abovementioned stages, would unlikely lead to a full-scale psychotherapeutic process development. Apparently the characteristic of the first stages is the characteristic not of the process, but of person’s development level (feelings and personal meanings are not recognized, personal constructs are static, problems are not recognized, there is no willingness to change, self-communication is blocked etc.).

It is rather difficult to determine the meanings of each stage characteristics and, besides, the abovementioned characteristics are not independent, which makes the stage estimation by a complex of meanings of separate characteristics complicated. That is why psychotherapy process scale, suggested by C. Rogers, in our opinion, is unconvincing and unlikely to be used for particular psychotherapeutic purposes. Perhaps it can be useful for research and educational purposes.

If process dimensions are unique and basic for psychotherapy determination then the process itself turns into meta category, which captures all other possibilities of understanding and gets special numinous qualities. C. Rogers’s process concept spreads to understanding the nature of a human (“... a human is a fluctuating process, not a frozen static entity...” [1, p.170], it is “an alive, breathing, sensitive, pulsating process” ...” [1, p.161]) as well as psychotherapy, which is considered as a process, “in which a human becomes their own entity...” [1, p.148]. In this sense the essence of an individual is not structural, it is processual.

Orlov A.B. traces the essence of client-centered therapy in its essentiality (self-fulfillment of “authentic Self”, “inner Self”, “inner core of personality”), combining the approaches of C. Jung, R. Assagioli, A. Meneghetti and C. Rogers into the group of essential therapy [6]. However, C. Rogers [1, p.37], identifying the course, which he worked on, noted “...in my thoughts it is associated with such adjectives as phenomenologic, existential, centered on individual ...; with such people ... as Gordon Allport, Abraham Maslow, Rollo May”. In practice it does not correspond with A.B. Orlov’s idea neither on denotations, nor on personalias of C. Rogers description.

Contraposition of existential and essential therapy in theoretical terms is attractive, however, in practice it seems shifting and not enough articulated, particularly as the essential in Rogers’s works is “fluctuating”, “processual”, but not “structural”. Open yourself and become yourself is “the existence in the form of process, ... but not a frozen entity”. Apparently it is most likely structure, which has status of essential. On the other hand, the essential is loaded with a connotate

of goodness, depth and trueness in contrast with existential, which is more superficial and phenomenal.

There are several process qualities (characteristics):

1) Holy *reliance on infallibility of the process*, on the fact that it is always true. According to C. Rogers the psychotherapeutic process, which takes place in conditions of acceptance (and, what is important, in conditions, when client feels himself or herself acceptable by psychotherapist) has one direction – toward growth and development. That is why the definitions of such process are also extremely various, as well as the qualities of the development itself: “positive”, “constructive”, “realistic”, “trustworthy [1 p. 228], “enriching”, “compelling”, “rewarding”, “challenging”, “significant” [1, p. 247]. This process is difficult, “not for poor-spirited” – “in order to immense completely into the stream of life, courage is required” [1, p. 247];

2) Client’s motion along the process is accompanied by “*a feeling of righteousness*”, that “becomes a reliable guide of behavior, which brings intrinsic ... satisfaction” [1, p. 240]. As a rule, such “feeling of righteousness” has the moral nature – “Truly the righteous attain life, but whoever pursues evil finds death” (Proverbs 11:19) [7]. In Rogers’s works I was trying to find this moral sense as that, which underlies the “feeling of righteousness”. Instead of it, I recognized a computer metaphor of an individual or an “analogy with ECM” as C. Rogers writes [1, p. 243]. The main point of the “feeling of righteousness” is in the fact that an individual open to experience receives all signals and is always in the “process of adjustment”, and while he or she “is able to give an opportunity to all their free, intricately functioning organism to choose that particular variant of behavior among many other possible variants, which will be able to truly satisfy him or her at present” [1, p. 242]. And the point is not in the “correctness” of organism functioning, but in “openness” to the consequences of misbehavior and willingness to correct it. Ruth Sanford [8] writes that “there is a possibility that there will be a situation when reliance on the process will not work out, but I have not seen it yet.”

On the one hand the organismic process is correct, functional etc. only because it is going in a body (and the nature is wise), however on the other hand the correctness of the process is determined by the right decisions which an individual takes, basing on the openness to experience. Such process is achieved with a help of favorable conditions of psychotherapy. Rogers guides the client in order he or she can “find” their own process, which goes in the body and has sensory and visceral symptoms. When this organismic process is reflected in a self-concept, it becomes conscious, it goes in phenomenological field of an individual under his or her regulatory influence.

Such process is so “correct” that it goes in the right direction without cognitive knowledge of psychotherapist about where psychotherapist-client relations lead [3, p. 235]. Therefore, the duality of process “correctness” is observed: on the one hand it is “correct” at the body level (as organismic process itself is correct simply by definition, as smart natural powers arise in it), but on the other hand – at the level of consciousness it cannot be determined as correct. Among the whole variety of developments, which are going in a human, psychotherapist must select and maintain that one, which is organismic by itself. That is why at the level of consciousness this refers to individual’s openness and sensibility to minimal demonstration of what is goes inside. This can occur in emotions, thoughts, walk, illnesses, car driving behavior etc. Besides, the “correct” processes usually are rather “calm”, barely noticeable, and require observation.

Indeed, they can break through outside, but this would be an exception to the rule rather than the rule itself.

Thus, during consultation a client can keep track of dozens of thoughts, wishes and emotions, and also feelings in the body (he thinks about the fact that he did not want to come to the consultation, that the consultation has been lasting for a long time, that he has problems at work, that he has got into tangle with the wife, that he wants another woman, that he can not handle anxiety while meeting new people although he is past forty, that he is not self-confident and is of no interest to women, that he fears any changes, that he does not know who he should stay with – his wife or his love-mate, that he does not know whether he should be on friendly terms with the psychotherapist or he should maintain only working relationships etc.; he is aggressive, feels guilty and shy, feels as if he were a bad student, who did not fulfill his homework assignment given by the psychotherapist, he tends to freedom and is afraid of it, he wants to drop the love-mate, but feels helpless without her, he is afraid of doing something resolute in his life, he wants to understand and analyze deeper; he “stands on his own feet badly”, has puffed chest, crawls on the floor with pleasure as a baby (during the exercises) and once he stands on his feet, he feels that he is watched, that he must satisfy expectations, that he is onstage and feels as if he is a bad actor etc.). From all this complex of emotional experiences, thoughts and feelings he must chose those, which are the elements of organismic process and have sensory and visceral components. Only in this case he gets in his “own” process, which has both sanogenic and developing functions.

Therefore, the process is obviously functional in the body, when it is organismic, however at the consciousness level – it is not a question of process reliance, but it is a question of hypersensitiveness and openness to experience. This conscious process can not be automatically determined as functional and the one, which deserves absolute trust. Failure of trust to the process can be reflected in different conceptual means. For instance, Nathan Schwartz-Salant [9, p. 9] writes, that “to follow the will of Selfhood ... is necessary, but is not enough”;

3) *Process predictability* – a therapist performs only the catalytic function, he or she does not bring the client to clearly stated goals, but the process, nevertheless, is going according to the determined vector and has certain characteristics of its each stage [10]. There is no process goals. B. Brodley [11] writes: “I never have the specific goals for a client neither at the beginning nor at any other time point of therapy. I have goals only for myself – to create specific relations”. Such reliance of the psychotherapist on implicit focus of the process itself, and on the fact that the process would go in the desired direction, in our opinion, transforms the process into the Process, which thinks, feels and guides on its own. If a conscious motion can counterpose to organismic one, and if a conscious motion is achieved by openness and hyper-sensitiveness to different aspects of experience, then, perhaps, the process goal should be not far-fetched, but organismically reasoned. It means lightning what is going inside by the ray of consciousness. Such goal is close to *conscious breathing*, *conscious motion* and represents *conscious emotional experience*.

Consequently, process liberation and its facilitation is a goal of psychotherapeutic “performance”, which as “scientific art” (M.E. Burno) actualizes sanogenesis – the “healing powers” of a human.

References

1. Rogers C. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy / General editorship and introduction by Isenina Ye.I. Translation from English by "Progress" Univers" Publishing Group, Moscow, 1994. – 480 p.
2. Hall C.S., Lindsey G. Theories of Personality. Psychotherapy, Moscow, 2008. – 656 p.
3. Andriushchenko T.G. Love fatigue. – ООО "Model Vselenny", Kharkov, 2001 – 236 p.
4. Nitschke B. The meaning of sexuality in Z. Freud's works / B. Nitschke // Encyclopedia of depth psychology. Z. Freud. Life, work and heritage / Z. Freud. – Interna Publishing House, Management, 1998. – T. 1. – p. 365 – 406.
5. McDougall Theaters Of The Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness. – Cogito-Centre, Moscow, 2007. – 215 p.
6. Orlov A.B. Person-centered approach as an option of essential psychotherapy // Abstracts of XI International Forum on person-centered approach, - Zvenigorod, 4-10 May 2010.; Orlov A.B., Lenge A., Shumskiy V.B. Existential analysis and client-centered psychotherapy: similarity and difference // The issues of psychology. – 2007. - №6 – p. 21-36.
7. The Bible. Russian Bible society, Moscow – 2007. – 1296 p., p. 594
8. Sanford R. From Rogers to Gleik and from Gleik to Rogers // Carl Rogers and his followers: psychotherapy on the threshold of the XXI century / Under the editorship of David Brasier. Translation from English by Cogito-Centre, Moscow, 2005. – p. 271-292, p. 288
9. Schwartz-Salant N. Narcissism and Character Transformation: The Psychology of Narcissistic Character Disorders / Translation from English by V. Mershavka. – "Class" Independent Company, Moscow, 2007. – 296 p.
10. Rogers C. Significant aspects of client-centered therapy // American Psychologist, 1946. -1. – p. 415-422.
11. Rogers C. Significant aspects of client-centered therapy // American Psychologist, 1946. -1. – p. 415-422.
12. Brodley B. F Client-centered psychotherapy practice // Third International Forum on the Person-Centered Approach meeting in La Jolla, California from August 7 to 14, 1987.)

Надійшла до редакції 18.04.2016

УДК 616.69-008.14+616.89-008.442]-085.851

COGNITIVE TECHNIQUES IN CLINICAL SEXOLOGY**Kocharyan G. S.**

Наведено різні когнітивні прийоми для лікування хворих із сексуальними дисфункціями. Майже всі вони розроблені автором статті.

Ключові слова: сексуальні дисфункції, психотерапія, когнітивні прийоми.

Different cognitive techniques for the treatment of patients with sexual dysfunctions are presented. Almost all of them were developed by the author of the article.

Keywords: sexual dysfunction, psychotherapy, cognitive techniques.

Представлены различные когнитивные приемы для лечения больных с сексуальными дисфункциями. Почти все они разработаны автором статьи.

Ключевые слова: сексуальные дисфункции, психотерапия, когнитивные приемы.

Sexual disorders are significant for the personality, especially for males. For this reason sexual dysfunctions can result in various negative consequences, including neurotic disorders. There are a number of methods aimed to adapt the personality to the existing sexual disorders and correct the scale of feelings.

The method of “somatization” [1] is used for treating true nonpsychogenic sexual disorders. It is recommended (avoiding iatrogenias) to explain the patient that a sexual disorder is the same equivalent sign of a somatic disease as others (headache, insomnia, breathlessness, oedemata, higher arterial pressure, etc.). He should be informed that sexual disorders will decrease and disappear like other somatic signs do.

Often sexual disorders are not combined with any pronounced nonsexual manifestations of somatic diseases. As the result the method of “somatization” cannot be used. For such cases, when erection is reduced and personality reactions are pronounced, we suggested **the method of decreasing the rank of significance of sexual disorders** [2]. Its essence is as follows. At first the patient is explained the physiological mechanism of erection development, including the information that the appearance of tension in the penis is caused by blood supply to this organ. Then the patient is gradually driven to the thought that he groundlessly reduces to a large extent the purport of life to blood supply of his penis. When the patient is convinced that this is how matters stand, he develops confusion and bewilderment. The achieved result is the starting point for further reexamination of his situation that naturally leads to reduced fixation on the sexual disorder and a better mood. Simultaneously, emphasis is made on other interests of the personality and their actualization is performed. All these measures create favourable conditions for combined treatment of the sexual disorder, including use of other psychotherapeutic methods too.

The method of “comparison by contrast” [3] can be used in combined treatment of patients with phobic forms of virgogamy and vaginism (classification by A.M. Sviadoshch [9]). It is recommended to carry on the conversation in the following way. At first it is necessary to tell the female patient about great capabilities of the vagina to enlarge and confirm it by giving

an example of childbirth. One should point to the fact that the body weight of the normal baby and its growth at birth reach large values (inform about their ranges). Then it is reasonable to mention that the length and volume of the male penis are immeasurably smaller. Thereby the woman is vividly shown the contrast between the size of the foetus and penis. This factor creates favourable conditions for carrying out more successfully other therapeutic (mainly psychotherapeutic) measures aimed to eliminate the existing pathology, because it contributes to reduction of the degree of manifestation of the phobic potential as the result of its discredit.

In some cases (higher anxiety, increased suspiciousness) the patient believes that his defect (rather often imaginary or only feebly marked) is known for both his female partner and other people, since his sexual disorder manifests itself with something in the man's behaviour and leaves an impression of sexual defect on his whole appearance rather than it is evident only during intimacy. This fact significantly affects his state of mind and is the origin of bad feelings, which depress the patient. Having made sure on examination that this is how matters stand, the physician should resort to **“psychotherapy with regard for the mechanism of projection”** [3]. Its essence is as follows. It is necessary to explain the patient that his feelings result from ascription of his own thoughts and knowledge to people around him. It should be pointed out that in reality his woman may not even have any idea about his imaginary defect (or slight disorder). Besides it is necessary (taking into regard concrete circumstances) to explain the patient that in a number of cases the female partner may not suspect even the presence of rather pronounced sexual disorders because of primary orientation of some women to erotic influences (caresses, kisses) with an opportunity to receive satisfaction during intimacy without orgasm as well as due to rather common lack of information about the sexual norm. Such a course of correction of hypernosognosia manifestations can give appreciable results, creating the atmosphere of “security”.

The method of “comparison by analogy” [6]. The sexual sphere is highly vulnerable, since as a result of the sexual function twoness this is included into the context of interpersonal relations. Therefore any imaginary and true sexual disorders can strike powerful blows to the personality prestige, forming in the male the feeling of his inferiority. It is natural that in a number of cases sexual problems are suffered with particular acuteness; for example, in the presence of anxious- hypochondriac character traits. Such patients may attribute their sexual deficiency to a “small” size of their penis (“small penis syndrome”) and sometimes that of their testes. Thus, for example, one of our patients with sensitive accentuation of character and anxious sexual failure expectation syndrome complained of a small size of his penis, whose measurement values turned out to be larger of the lower norm limits, as well as some decrease of one of his testes, while its examination did not reveal any difference from the other one. Analysing such cases we have drawn the conclusion that such disturbed perception can be assessed by analogy to an optic distortion, which occurs when an object is examined through a lens at a short distance (a biconvex lens, when the object is placed at a distance less than focal). But the observations, which we characterize, deal with distortions of the psychic nature caused by a hypertrophied assessment of the events, which take place. This whole situation reminds a caricature, when an artist exaggerates some facial characteristics, which express features of the person's character. It should be noted that an inclination for grotesque is laid in the very psyche of the human being and caused by his/her more or less emotional, rather than neutral, perception of any significant things. It is this fact that is the source for distortion of the perceived.

The sixth exercise of the highest stage of autogenic training (autogenic meditation), developed by Schultz, can serve as an illustration. When doing this exercise the trainee should learn to visualize other people. At first it is recommended to concentrate his/her attention on comparatively indifferent images (postmen, bus drivers, etc.), since at the first stages any visualization of the persons, who have some relations (both positive and negative) with the trainees, is difficult.

As the person advances in his mastering of the exercise, he learns how to visualize other people who are pleasant and unpleasant for him. Initially these images are somewhat caricatured, since their pleasant or unpleasant features are subconsciously hyperbolized and only with time become more and more “calm”, “passionless”, without any elements of emotional hyperbolization. This is regarded as an important index of success in mastering of the exercise, a manifestation of the beginning of “autogenic neutralization”.

During psychotherapy in the cases, described by us, we should strive for “neutralization” too. In our opinion, this correction should operate with accessible and obvious analogies, like the above one from optics. Having drawn this analogy we tell the patient that if the person understands peculiarities in his/her character, which like a magnifying glass refract the events that take place, then this person becomes stronger because of the possibility to carry out autocorrection. In our talk with this patient we point out that “existence should be raised to the height of consciousness” and mention words of a famous thinker, who said that he would give up knowledge without an ability to display it.

In any psychologically stressful situation we recommend the patient to recall that he perceives the events, which take place, in another way, unlike other people and to imagine a distortion of the object, which is examined through a lens. This will help him in assessment of the real significance of the events, which take place. In order to help the patient in this aspect, another analogy is used and this is from optics too. We point out that events can appear with their true significance in that case when a previously magnified image is passed through a biconcave lens, a diminishing glass. It will result in reassessment of the events, which will take place, in accordance with their true significance.

The method of “false signal” [4]. Sometimes sexologists may see patients, who fix their attention on the sensations, which originate in their sex organs and in some cases have the character of senestopathies. Thus, for example, one of our patients with a suspected sluggish schizophrenic process, who revealed certain characterological shifts, complained of periodical appearance of unpleasant sensations and pains in his right testis with their radiation to the right lower quadrant of the abdomen and the inner surface of his right thigh. Describing the character of sensations in his testis, he noted that “at first the sensation of blockage appears, and then as if something burst out and circulation begins”. Fixation of attention on senestopathic sensations, which are localized in the region of sex organs and accompanied with apprehension for the state of one’s health (senestopathic-hypochondrial syndrome), causes indirect decrease of libido, since the patient is usually concerned about his state and also quite often is not sure of his sexual capacities. In these cases the following argumentation can help in psychotherapeutic explanatory work.

We usually begin our talk with fixation of the patient’s attention on results of his objective examinations, which have not revealed any pathology in his sex organs. Then we point out that those impulses, which originate from one’s intact organs, usually are not perceived by the person.

But in some cases, as results of dysfunctions in certain formations of the brain, these impulses reach its higher (cortical) parts and are perceived as painful sensations. This results in the situation of a peculiar physiological illusion, when the real state of things does not correspond to their assessment (a “distorting mirror”).

In order to make the perception of what is stated more understandable we usually tell the following story. Before one family left their apartment to be on holiday, the apartment was safeguarded with an alarm system. The latter went off twice during the holiday period. But every time it was found out that nobody encroached upon the owners' property. Therefore, we conclude that everything at the apartment was absolutely all right, and it was necessary to look for defects in the system, which provided the alarm. Also effective can be the following auxiliary method, which we use. The patient is told that quite often those people, who have lost their extremity (an arm or a leg), feel some pain in it. During our talk we usually point out that when a person fixes his/her attention on any organ or part of one's body, he/she is sure to feel them. In order to confirm this idea the following question is asked, “Tell me, please, did you feel your left thumb before I asked you about it?” The patient always answers that he did not. In this way we stimulate him of his own free will not “to lend his ear” to such painful sensations.

The effect on the patient can be also increased by means of a popular description of data about “somatization” of realized concentration. Thus, it is known that though concentration is by its nature a psychic process, but during its realization it is instantly “somatized” [8]. Attention, intently fixed on any part of the body, interferes with contraction of small arteries in it. Therefore vessels in this place weaken and are immediately filled with arterial blood. It has been shown that concentration on receptive fields (tactile, temperature, proprioceptive and other sensitivities) is accompanied with an increase of their sensitivity (lowering of the threshold). An experiment of using autogenic training with objective registration of skin temperature and carrying out of plethysmography showed that dilation of extremity vessels developed in the majority of subjects without use of proper autosuggestion formulae, but simply because they were suggested to keep their concentration on the extremity during 3-5 minutes. Even concentration on strictly limited areas of their trunk, arms and legs resulted in decreased intensity of skin tension (data of tensometry), enlargement of this body part (data of plethysmography), decreased bioelectrical activity of the adjacent muscle layer and elevation of skin temperature by 1.5–3°C.

The cited data [8] reveal the pathogenic role that can be played by forced (passive) concentration, which is caused by pathological hypochondria and directed, in particular, at the function of analyzers. Despite the whole severity of senestopathic sensations, which are localized in the region of sex organs, the above psychotherapeutic “treatment” can slightly improve the subjective state of the patients, if these sensations are not related to delirious feelings.

The method of “extension of consciousness” [5]. Starting treatment of a patient with a sexual disorder, the physician always regards this disorder as evil, therewith supporting the patient's confidence in it that already exists. But in such cases the concrete context of partner relationships is not always taken into account. Thus, for example, we are strongly convinced of the fact that in some cases the above disorder can have a positive value, acting as an indicator of reliability of the partner communication. Really, when during the partnership that is predicted to turn into an alliance the man develops some sexual failure, in some cases the woman demonstrates her irreconcilability to this disorder with a subsequent break of relations.

As the result, the man's anxiety caused by the sexual failure is supplemented with feelings associated with his fear to lose the beloved person.

To our mind, it is reasonable in such cases to orientate the patient to assess his sexual disorder from another, alternative position. We inform the patient that his understanding of the present situation is narrow and that his disorder in this particular case is his benefit rather than evil. It is very good that the disorder has appeared just now and not later so that he has been able at the proper time to get to know the person with whom he wanted to cast his lot. In reality it has turned out that they did not have anything common between them, but bed. Thereby, we conclude, the sexual disorder has played a positive role. It is also useful in such cases to ask the patient to imagine what would happen if this disorder developed much later, when many years after their marriage they would have common children, joint accommodation and household and he would be bound with his wife by many other social relations.

The following parable, which is useful to be told to the patient, can also help to convince him of his limited assessment of what has happened, because this assessment does not take into account the whole "fullness" of understanding of the problem. An old Chinese man was the only person in his village, who had a horse. Naturally, he was richer than the others, because he was able to plough more land. Everybody considered him happy, until his horse ran away. Then they began to feel sorry for him. A few days later his horse came back and brought a wild horse with it. Since now the second horse belonged to him too, everybody began to say about his luck. But next day, when his son tried to climb the wild horse, he fell down and broke his leg. Fellow villagers thought it to be a misfortune. Some time later the village was attended by messengers of the emperor, who took young men to the army. It is clear that the son of the old Chinese man was not taken to the army because of his broken leg. This parable in the allegorical form helps to look at the events, which take place, in a different way. It turns out that some disorder (the "broken leg") may definitely fulfil a positive function. Naturally, such an access does not mean cancellation of eradication of sexual disorders.

The above psychotherapeutic method, which we have described, is aimed at reconsideration of his situation by the patient, results in decrease of psychic tension and proved to be very effective during its clinical testing.

To our mine, the literature reflects rather disputable recommendations of A. Finkel, R. Thompson [10] concerning the information that is advised to give patients in connection with the psychogenic sexual dysfunction, which they have. Thus, the physician declares them that they suffer from "moderate prostatitis". As the above authors believe, this diagnosis produces a less severe psychological effect on the patients versus those cases when the patients regard their erectile disturbances as purely psychogenic. The patients were prescribed to increase the volume of liquid, which they took, as well as they were administered a sulfanilamide medicine. During their subsequent visits they were assured that prostatitis was gradually cured. Some time later they were told that they could try to resume their sexual intercourses at favourable opportunities. The authors inform that 60 % of those 84 males, who underwent the above course of treatment, developed a sufficient degree of improvement.

Essentially, such a "psychotherapeutic" influence is an artificial method of "somatization", whose use can produce a iatrogenic effect, since there is a common opinion about incurability

of prostatitis, especially if its manifestation is moderate. To our mind, the diagnosis of a psychogenic disorder of potency, caused by psychological factors, seems much more harmless.

We also use special cognitive methods for correcting the internal picture of disease in those patients, who are concerned about duration of their coitus [7]. These methods are based on explanation of causes of development of ejaculatory disorders and are aimed to change the patients' attitude to them. It is far from being always that changes in the duration of coitus are manifestations of pathology. Thus, for example, premature ejaculation can often result from long breaks in a sex life. In such cases it is reasonable to explain the patient the relationship between the duration of coitus and frequency of sexual contacts. We usually draw an analogy between the present situation and the situation with a hungry person: we ask the man to answer the question, whether he would eat fast if he were not fed during several days. This method is rather effective. If the coitus passes fast, it is also necessary to carry out work for strengthening the patient's self-respect by drawing an analogy with other behavioural acts, whose rapid fulfillment demonstrates high competence and good capacities of the person [7]. Thus, for example, if some specialist rapidly carries out a task, assigned by his leader, this is a positive characteristic for this worker. In this vein it is possible to make a comparison with a rapid solution of mathematical problems. The male's self-appraisal can be also raised by telling him that patients with hypogonadism (persons, whose production of the male sex hormone is decreased for different reasons) are characterized by low sex reactivity. The latter is based on a sharp weakening of libido that, in particular, can manifest itself by very prolonged coituses, which sometimes may not end with ejaculation. It is also possible to give examples with elderly people, in whom not every sexual intercourse ends with ejaculation because of influence of factors, caused by aging [7].

Measures aimed to raise self-appraisal of people with an increased duration of coituses have their own peculiarities. One male, who took our medical advice, complained of a very long duration of each sexual intercourse and, what is more, he could finish it only having intensified frictions and got ready for the end. We informed the patient that very often we came across cases with premature ejaculation and so he, the man who was able to carry out prolonged coituses and finish them of his own free will, should be proud of it. In the process of this work the patient's self-appraisal considerably improved. But this did not exclude the necessity of pharmaceutical therapy aimed to reduce the duration of sexual intercourses. In cases of anejaculation with unaffected erection it is possible to attract the male's attention to the existing positive thing. Thus, for example, we told one of our patients, who stated that he "could not come", that it was much better than if he "could not start" (meaning an erectile disorder) and much better than premature ejaculation, because he was able to satisfy any woman. The talk, carried out in such a vein, produced a pronounced positive effect on him, though not in the least it cancelled the necessity of biologically oriented therapy [7].

In connection with what was stated above it is necessary to remind that the same phenomenon can be perceived in different ways. It is the point of view that much depends upon. In this respect, the following funny story is interesting. We mean a man, who was treated by a psychologist for night enuresis and remained very satisfied with it. When he was asked whether he got rid of that disorder, the answer was negative. But this person stated that he began to respect himself because of its presence.

It goes without saying that the cognitive methods, which were described above, do not cancel the necessity of eradication of ejaculatory disorders, especially in patients with pathology, where these disorders distort or embroider the real situation. But in our case the above methods fulfil a positive psychoprotective function [7].

References

1. Dvorkin E. M. Psihoterapiya seksualnykh rasstroystv: Rukovodstvo po psihoterapii / Pod red. V. E. Rozhnova. – 2-e izd. – Tashkent, 1979. – S. 420–434.
2. Kocharyan G. S. Psihoterapevticheskiy podhod pri nekotorykh seksualnykh rasstroystvakh s gipoereksiyey // Mediko-psihologicheskie aspektyi braka i semi: Tez. dokl. obl. nauch.-prakt. konf. seksopatologov. – Harkov, 1985. – S. 134.
3. Kocharyan G. S. Priemyi ratsionalnoy psihoterapii v seksologicheskoy praktike // Sotsialno-psihologicheskie i meditsinskie aspektyi braka i semi: Tez. dokl. 3-y obl. nauch.-prakt. konf. seksopatologov. – Harkov, 1987. – S. 422–423.
4. Kocharyan G. S. Senestopatii v klinike seksualnykh rasstroystv i vozmozhnosti ratsionalnoy psihoterapii // Nemedikamentoznyie metodyi kupirovaniya bolevykh sindromov: Tez. Resp. nauch. konf. – K., 1989. – S. 177–179.
5. Kocharyan G. S. Priem «rasshireniya soznaniya» v korrektsii masshtaba perezhivaniy patsientov s seksualnyimi narusheniyami // Aktualnyie aspektyi diagnostiki, organizatsii lechebnogo protsessa i reabilitatsii bolnykh s seksualnyimi rasstroystvami: Tez. dokl. 4-y obl. nauch.-prakt. konf. seksopatologov. – Harkov, 1990. – S. 215–217.
6. Kocharyan G. S. Priem «sopostavlenie po analogii» v seksologicheskoy praktike // Aktualnyie aspektyi diagnostiki, organizatsii lechebnogo protsessa i reabilitatsii bolnykh s seksualnyimi rasstroystvami: Tez. dokl. 4-y obl. nauch.-prakt. konf. seksopatologov. – Harkov, 1990. – S. 213–215.
7. Kocharyan G. S. Rasstroystva eyakulyatsii i ih lechenie. – H.: Vid-vo VIrovet's A. P. «Apostrof», 2012. – 328 s.
8. Mirovskiy K. I. Sosredotochenie i ego rol v realizatsii psihoterapevticheskogo samovozdeystviya // Voprosyi meditsinskoй deontologii i psihoterapii. – Tambov, 1974. – S. 61–64.
9. Svyadosh A. M. Zhenskaya seksopatologiya. – M.: Meditsina, 1974. – 184 s.
10. Finkel A., Thompson R. Alternatives to androgenic hormones in treating male impotency // Geriatrics. – 1972. – Vol. 27. – P. 74–76.

Надійшла до редакції 01.02.2016

УДК 159.98 : 615.851

**СОДЕРЖАТЕЛЬНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ****Шаповалова Л. А.**

Дана стаття присвячена проблемі філософського осмислення змістовно-методологічних засад клієнт-центрованої терапії (КЦТ). Автор класифікує спроби попередників проаналізувати феномен психотерапії в трьох напрямках. Таким чином, мета статті полягає в тому, щоб визначити проблемні зони і труднощі філософського осмислення змістовно-методологічних засад КЦТ як психотехніки та впровадження якої у предметне поле психотерапії. Для змістовно-методологічного аналізу КЦТ автор обрав своїм інструментом модель психотерапевтичної теорії, розроблену Ф. В. Василюком. В результаті такого вибору, автор приділяє велику увагу чотирьом складовим психотерапевтичної системи, а саме: вищій мети і пріоритетів, онтології і антропології, основний проблематичною кондиції клієнта і напрямом продуктивної терапії в рамках КЦТ. В результаті свого дослідження автор приходять до висновку, що змістовно-методологічний аналіз КЦТ сприяє визначенню меж застосування і рівень потреби такого способу психологічної допомоги населенню. Так само автор стверджує, що філософське розуміння психотерапії як комплексної системи сприяє поліпшенню практичних результатів її застосування.

This article deals with the problem of the philosophical understanding of the content and methodology of the Client-Centered Therapy (CCP). Author analyses three directions of the attempts to analyse the phenomenon of the psychotherapy in general. The aim of the article is to determine the problem zones and difficulties related to the analysis of the context and methodology of CCT as a psych technique and including it into the new map of psychotherapy. The model of psycho therapeutic theory by Vasylyuk F.I. was chosen to be the main instrument in the analysis of the context and methodology of CCT. Hence, author pays a very peculiar attention to four aspects, which combine the psycho therapeutic system, i.e. the highest aim and the priority, ontology and anthropology, main problematic condition of the client and the direction of the productive therapy in terms of CCP.

Author concludes, that content and methodology analysis of CCP will help to determine the boundaries of application and the areas of demand for this type of psychological treatment of people. The author mentions also, that philosophic understanding of the therapy as a complex system will improve the practical results of the treatment.

Данная статья посвящена проблеме философского осмысления содержательно-методологических принципов клиент-центрированной терапии (КЦТ). Автор классифицирует попытки предшественников проанализировать феномен психотерапии в трех направлениях. Таким образом, цель статьи состоит в том, что бы определить проблемные зоны и трудности философского осмысления содержательно-методологических принципов КЦТ как психотехники и внедрения оной в предметное поле психотерапии.

Для содержательно-методологического анализа КЦТ автор избрал своим инструментом модель психотерапевтической теории, разработанную Ф. И. Василюком. В результате такого выбора, автор уделяет большое внимание четырем составляющим психотерапевтической системы, а именно: высшей цели и приоритетам, онтологии и антропологии, основной проблематичной кондиции клиента и направлению продуктивной терапии в рамках КЦТ.

В результате своего исследования автор приходит к выводу, что содержательно-методологический анализ КЦТ способствует определению границ применения и уровень потребности такого способа психологической помощи населению. Так же автор утверждает, что философское понимание психотерапии как комплексной системы способствует улучшению практических результатов ее применения.

Психотерапия как культурно-историческое явление, как сфера социальной практики стала неотъемлемой частью нашей повседневной жизни. С каждым днем психотерапевтические услуги становятся все более востребованными, причем растет не только спрос на них, но предложения таких услуг. Психотерапия как явление, как сфера нашей жизни все больше нуждается в своем всестороннем осмыслении и рефлексии на всех уровнях, начиная с чисто технологического и методического и заканчивая самым общим, философским уровнем. Причем это не только запрос общества и потребителей психотерапевтических услуг, но и самой психотерапии. Без такой рефлексии развитие самой психотерапии является проблематичным. Укажем только на основные направления осмысления феномена психотерапии, которые уже достаточно четко оформились и широко представлены в литературе.

Первое направление – это «психотерапия и культура». В нем пытаются понять, какой смысл этого феномена в культуре, как он появился, для чего он существует, какую функцию он несет в культуре, зачем нужны психотерапевты и т.д.

Второе направление – это определение статуса психотерапии как сферы науки и практики. Основной вопрос здесь – научная обоснованность психотерапии, ее связь, прежде всего, с психологией.

Третье направление – это осмысление содержания, структуры, других аспектов и характеристик психотерапевтического опыта. Здесь указывается на серьезные теоретические и методологические трудности, связанные как с построением онтологической картины психотерапии в целом, так и с сопоставлением различных подходов, школ и направлений, техник и т.д. [1].

Объектом нашего рассмотрения является клиент-центрированная терапия К. Роджерса. Наша цель – обозначить проблемные моменты и трудности, связанные с содержательно-методологическим осмыслением клиент-центрированной терапии как психотехнической системы, с ее включением в новую картографию психотерапевтического поля [2]. В качестве основного инструмента нашего анализа выступает модель психотерапевтической теории, предложенная Ф. И. Василюком. Согласно этой модели содержание психотерапевтической системы представляет собой совокупность следующих составляющих: высшая цель и ценность психотерапевтической системы; ее онтология и антропология; основное проблемное состояние клиента; направление

продуктивного психотерапевтического процесса; действия психотерапевта и основной метод, на котором строится вся психотерапевтическая система [3].

Попытки осмысления клиент-центрированной терапии как психотехнической системы уже предпринимались, например В. В. Колпачниковым [4]. В этой связи мы будем опираться на результаты, полученные В. В. Колпачниковым, которые сам автор называет *собственным* видением того, что происходит в клиент-центрированной психотерапии. Автор утверждает, что «... в ситуации клиентоцентрированной психотерапии усилиями клиента и специалиста создается психотехническая система клиентоцентрированной психотерапии, в рамках которой и происходят изменения личности и психики всех вовлеченных участников, но клиента — прежде всего. Создается особое — со своими уникальными характеристиками — психологическое знаково-символическое и действенное единство клиента и психотерапевта, благодаря которому потенциально становятся возможными изменения личности и психики всех вовлеченных участников, создаются условия для осмысления клиентом своего жизненного опыта и принятия наилучших для себя решений в своей жизненной ситуации» [4].

При этом В. В. Колпачников указывает на то, что «...в психологической науке и практике по-прежнему остается *проблемой* понимание психологических механизмов психологической практики в целом и клиентоцентрированной психотерапии, в частности. Нередко то, что происходит в клиентоцентрированной психотерапии, выглядит как некоторое «чудо», «волшебство»: в присутствии внешне малоактивного специалиста клиент «начинает» конструктивно переживать и осмыслять свою жизненную ситуацию и находит ответы на мучающие его вопросы и проблемы» [4]. Мы согласны с этим. Более того считаем, что понимание психологических механизмов действенности и эффективности клиент-центрированной психотерапии — основная проблема в теоретическом осмыслении и практическом использовании этой психотерапевтической системы.

Прежде чем рассматривать клиент-центрированную психотерапию как систему, сформулируем свою позицию по ряду принципиальных вопросов.

Первое. Мы считаем, что клиент-центрированную психотерапию продуктивно рассматривать в контексте всего гуманистического подхода в психотерапии, который в настоящее время очень интенсивно развивается. Согласно Ф. И. Василюку понятие подход «...фиксирует прежде всего общую теоретическую ориентацию той или другой психотерапии. Это теоретическая, методологическая, отчасти философская позиция, с которой ведется и теоретическое рассмотрение, и практическое действие. Подход, соответственно, задает какие-то координаты для всей психотерапевтической системы — и для ее теории, и для ее метода»[1]. При этом следует обратиться еще к одному понятию — «ориентация», которое часто используется для характеристики той или иной разновидности психотерапии. Ф. И. Василюк считает, «что категорию «ориентации» можно понять таким образом: психотерапевты ориентируются, т.е. заимствуют основные положения из того или другого подхода, из той или другой теории ... но они не берут на себя обязательств полностью выполнять все законоположения данной школы»[1]. Таким образом, возникает вопрос — каково место и роль клиент-центрированной психотерапии в рамках и в контексте гуманистического подхода и ориентаций, развивающихся в этом подходе? Как, в каком направлении будет развиваться клиент-центрированная терапия в ближайшем будущем?

Как она будет самоопределяться? Насколько она как психотерапевтическая система может быть сведена к другим школам гуманистического подхода и соответственно поглощена ими? Есть ли в клиент-центрированной психотерапии нечто, что позволит ей сохранить свою уникальность и неповторимость?

Итак, перейдем к рассмотрению клиент-центрированной психотерапии как системы, согласно представленной выше схемы Ф. И. Василюка.

Первый аспект – высшая цель и ценность психотерапевтической системы. Высшая цель и ценность психотерапевтической системы – это, другими словами, «...то, что в идеале возникает на полюсе пациента» [1]. Ф. И. Василюк перечисляет такие высшие цели и ценности как: самоактуализирующаяся личность, душевная гармония, позитивная Я-концепция, самореализация, открытость опыту. Хотя, по его мнению, на подлинное, на обобщение могут претендовать самоактуализирующаяся личность и открытость опыту [1]. В другом варианте это смысл и самоактуализация [3]. Какая либо развернутая аргументация по этому поводу у Василюка отсутствует. На наш взгляд указанных ценностей явно недостаточно, учитывая достижения гуманистической психологии и психотерапии за последние годы, в первую очередь экзистенциальной. Для нашего рассмотрения интересно, что Ф. И. Василюк специально делает акцент, что «... открытость опыту входит в цели роджерсианской терапии». В связи с этим возникает продуктивный и парадоксальный вопрос – а насколько сама роджерсианская терапия открыта новому терапевтическому опыту? В рамках гуманистической психологии и психотерапии идет активное формирование новых представлений и концептов, идет переосмысление содержания традиционных понятий. Вот далеко неполный перечень таких представлений и концептов: личностный смысл и смысловая саморегуляция, экзистенциальная активность и смысл жизни, рефлексия и самодетерминация, субъектность, переживание и другие. Какова позиция клиент-центрированной терапии к психотерапевтическому опыту, стоящими за этими и другими представлениями и концептами, активно развиваемыми в настоящее время? Но это скорее вопрос не о ценностях и целях терапевтической системы, а об ее онтологических основах.

В. В. Колпачников, обобщая мнения представителей клиент-центрированной терапии, в том числе и К. Роджерса, считает, что основными целями этого подхода являются:

1. содействие нахождению самим клиентом решения актуальной трудности-проблемы;
2. личностный рост – полноценное функционирование и самоактуализация человека в жизни.

При этом вторая цель (ценность), как считает В. В. Колпачников, является специфичной для рассматриваемого нами подхода. «Действительно, несмотря на то, что любая психотерапия – в отличие от психологического консультирования – претендует на глубокое воздействие и перестройку личности клиента, большинство психотерапевтических подходов нацелены на облегчение и преодоление страдания или психопатологии клиента. В отличие от них клиент-центрированная психотерапия стремится не только к «возвращению» здоровья клиенту, но мотивируется стремлением содействовать действительно полноценному функционированию и развитию человека, а не просто преодолением его психопатологии. Это соответствует *ценностям* клиент-центрированной психотерапии и человекоцентрированного подхода в целом – признание

и уважение суверенности личности человека, его свободы и ответственности; содействие развитию его задатков и способностей; убежденность в наличии у человека стремления к полноценному функционированию – актуализации и самоактуализации, а также внешних ресурсов для наилучшего совладания с трудностями и проблемами» [4].

Второй аспект психотерапевтической системы – это ее онтология и антропология. Каждая психотерапевтическая система должна выстроить свое представление о человеке, свой образ человека, без этого она не сможет действовать, утверждает Ф. И. Василюк, и это не вызывает никаких возражений. В качестве базовой онтологической категории гуманистической терапии Ф. И. Василюк предлагает рассматривать личность, с чем также трудно не согласиться. Вопрос в другом – что мы будем вкладывать в эту базовую онтологическую категорию? Личность – это что? Орган смысловой регуляции и саморегуляции? Субъект жизненного пути? Субъект целостности или еще что-то другое? Даже в рамках гуманистической психологии и психотерапии представлений о личности достаточно много и каждое из них обладает своим потенциалом продуктивности и конструктивности и может быть положено в основу определенных терапевтических техник.

Если принять, что личность – базовая онтологическая категория гуманистической терапии, то каково содержание этой категории в клиент-центрированной терапии? В. В. Колпачников, например, в этой связи ссылается на статью К. Роджерса 1959 года, отмечая, что «эти представления постоянно дополняются наблюдениями и исследованиями в рамках клиент-центрированной терапии» [4]. При этом В. В. Колпачников фактически высказывается против осмысления онтологических основ клиент-центрированной терапии. «Иначе говоря, большинство существующих психотерапий подходят к человеку с некоторой изначальной «теоретической моделью» этого конкретного человека, под которую рано или поздно этот конкретный человек и его опыт «подгоняются». Такой предрешенный взгляд на человека, конечно, обоснованный и многократно проверенный адептами того или иного подхода, делает более экономной работу психотерапевта, который изначально знает «что» искать и делать с каждым конкретным клиентом. Но в этом случае опасность стереотипного, шаблонного подхода к конкретному человеку и его уникальной жизненной ситуации, увы, очень велика» [4]. Показательно, что сам К. Роджерс противопоставлял собственно терапевтический опыт и научную рефлексию его основ, т.е. собственно онтологической основы терапевтической системы [5].

Все же такую онтологическую основу клиент-центрированной терапии, на наш взгляд, можно указать. Личность в клиент-центрированной терапии – это Я-концепция и самоотношение. Обратим внимание только на один важный момент – современное содержание конструкта Я-концепция существенно отличается от того, что было представлено в классических работах. Что касается самоотношения, то этот конструкт сегодня рассматривается как сложное системное образование, включающее в себя систему самооценок, соприятие, отраженное самоотношение и т.д. и его основная функция – презентация субъекту его смысла Я.

Третий аспект психотерапевтической системы – основное проблемное состояние клиента. Вся гуманистическая психотерапия, как считает Ф. И. Василюк строится на одной идее – личность изначально «...обладает какими-то позитивными характеристиками,

а потом она может «испортиться»[1]. «Т.е. у вас получается, что изначально личность хорошая, а вокруг - зло. Но когда она коснется этого зла, тут и начнется развитие гуманистической психологии. Такова теория А. Маслоу, К. Роджерса и других гуманистических психотерапевтов» [1].

Проблемное состояние в клиент-центрированной терапии характеризуется как необъективность оценки собственного Я, внутренними конфликтами, недостаточным уровнем самоактуализации и самореализации. Эти и связанными с ними другие индикаторы проблемного состояния Ф. И. Василюк характеризует как утрату смысла [3].

Четвертый аспект психотерапевтической системы - направление продуктивного психотерапевтического процесса. Что является главным целительным процессом в клиент-центрированной терапии? Саморазвитие, личностный рост, движение к самоактуализации. По мнению Ф. И. Василюка - это, скорее, результаты. Основным продуктивным процессом в гуманистической терапии является переживание. Парадоксально, что К. Роджерс не только активно пользовался этим понятием, но и фактически его ввел, но его место и роль в терапевтическом процессе так и не была оценена должным образом.

Следующий аспект - действия психотерапевта и основной метод, на котором строится вся психотерапевтическая система. В клиент-центрированной терапии основное внимание уделяется не столько действиям, сколько личности самого профессионала. Достаточно обстоятельно этот вопрос рассматривается В. В. Колпачниковым [4]. Приведем несколько важных обобщений.

Первое. Ресурс изменения клиента в подходе К. Роджерса задается специфическими отношениями психотерапевта с клиентом.

Второе. Терапевт представлен в такой терапии как человек, а контакт осуществляется как контакт человека с человеком. Обеспечить эти условия может далеко не каждый психотерапевт, так как они не являются результатом некоторой терапевтической техники. Скорее они представляют собой личностные установки самого психотерапевта.

Третье. Три условия, необходимые для терапевтического изменения клиента, одновременно служат и требованиями к идеальному психотерапевту. В реальности можно лишь стремиться к этому идеалу [6].

Из этого следует один парадоксальный вывод. Терапия К. Роджерса - это не только клиент-центрированная, а скорее терапевт-центрированная терапия. Другими словами, далеко не каждый может быть успешным и эффективным терапевтом в этом подходе. С одной стороны, это ограничивает распространение клиент-центрированного подхода, а с другой стороны – гарантирует ему долгую жизнь.

Какое будущее у клиент-центрированной терапии? Достаточно обстоятельно этот вопрос рассмотрен Л. Ф. Бурлачуком, А. С. Кочаряном и М. Е. Жидко [6]. Мы себе позволим лишь одну аналогию, а точнее культурно-историческую параллель и сравним клиент-центрированную терапию с театром. Были времена, когда театру пророчили очень скорую смерть. Но как мы с вами видим, театр и поныне жив. Конечно, он давно уже не властитель дум, да и аншлаги в театре сегодня - событие очень редкое. Но театр жив и практически сохранил, как ни странно, свою форму, каким он был более века назад...

Нужно ли сегодня заниматься содержательно-методологическим анализом клиент-центрированной терапии? Да, нужно. Хотя бы с чисто прагматической точки зрения, - чтобы

оценить границы применимости и сферу востребованности клиент-центрированной терапии. Да и между философским, теоретическим уровнем осмысления и чисто практическим терапевтическим опытом есть сложная диалектика, которая позитивно влияет на результативность и эффективность терапевтического процесса.

Литература

1. *Василюк Ф.Е.* Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии.-М., 2012.-125 с.
2. Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Московский психотерапевтический журнал. 1992. № 2. С. 5—40.
3. *Василюк Ф.Е.* Понимающая психотерапия как психотехническая система. Дисс. ... докт. психол. наук. М., 2007. 430 с.
4. *Колпачников В.В.* Психотехническая система клиентцентрированной терапии// Консультативная психология и психотерапия, 2014, № 3. С. 80-92.
5. Архангельская В. В. Познание в психотерапии и классические идеалы научности // Консультативная психология и психотерапия, 2009, № 2. С. 157-171.
6. Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е. Психотерапия: Учебник для вузов. 2-е изд., стереотип. — СПб.: Питер, 2007. — 480 с.

References

1. Vasiljuk F.E. Osnovy psihologicheskogo konsul'tirovanija, psihokorrekcii i psihoterapii.- М., 2012.-125 s.
2. Capkin V.N. Edinstvo i mnogoobrazie psihoterapevticheskogo opyta // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 1992. № 2. S. 5—40.
3. Vasiljuk F.E. Ponimajushhaja psihoterapija kak psihotehnicheskaja sistema. Diss. ... dokt. psihol. nauk. М., 2007. 430 s.
4. Kolpachnikov V.V. Psihotehnicheskaja sistema klientcentrirovannoj terapii// Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija, 2014, № 3. S. 80-92.
5. Arhangel'skaja V. V. Poznanie v psihoterapii i klassicheskie idealy nauchnosti // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija, 2009, № 2. S. 157-171.
6. Burlachuk L. F., Kocharjan A. S., Zhidko M. E. Psihoterapija: Uchebnik dlja vuzov. 2-e izd., stereotip. — SPb.: Piter, 2007. — 480 s.

Надійшла до редакції 05.05.2016

Розділ: Гендерна психотерапія

УДК 159.923.2 – 055.2 : 316.362.31

THE FATHER IMAGE AND MARRIAGE PARTNER IMAGE FOR GIRLS FROM SINGLE-PARENT FAMILIES**Filonenko L. M., Tereshchenko N. M.**

Стаття присвячена вивченню впливу дочірньо-батьківських стосунків на образ шлюбного партнера у дівчат із неповних сімей. В дослідження прийняли участь 20 незаміжніх дівчат із неповних сімей і 20 дівчат із повних сімей у віці 20-25 років. Було визначено розбіжності у сприйнятті шлюбу та сімейних цінностей у дівчат із неповних та повних сімей. Було отримано 4 фактори, які відображують характер впливу образу батька на образ партнера: маскулінний батько, фемінінний батько, андрогінний батько та залежний/незалежний батько. Зміст факторів відрізняється у дівчат із повних та неповних сімей.

Ключові слова: образ батька, дівчата, неповні сім'ї, образ партнера, неповна сім'я, дочірньо-батьківські стосунки.

This article explores the features of influence of the father image on the marriage partner image in girls from single-parent families. The study involved 20 unmarried girls from single-parent families and 20 girls from complete families. Differences were found in the perception of marriage and family values among girls of complete and incomplete families. 4 factors were obtained that reflect the nature of the influence of a father's image on the image of a marriage partner: a masculine father, feminine father, androgynous father, dependent / independent father.

Keywords: father image, girl, partner image, single-parent family, father-daughter relationship.

Стаття посвящена исследованию влияния особенностей образа отца на образ брачного партнера у девушек из неполных семей. В исследовании приняли участие 20 незамужних девушек из неполных семей и 20 девушек из полных семей. Были выявлены различия в восприятии брака и семейных ценностей у девушек из полных и неполных семей. Было получено 4 фактора, которые отражают характер влияния образа отца на образ брачного партнера: маскулинный отец, фемининный отец, андрогинный отец, зависимый/независимый отец.

Ключевые слова: образ отца, девушки, образ партнера, неполная семья, дочерне-отцовские отношения.

Relevance. The emotional relationship with a father and his subjective image are important factors in the formation of the gender-role identity of daughters, and one of its components – the image of an ideal marriage partner [1, 3, 4]. Models of gender behavior, especially

in relationships with the opposite sex and building personal and intimate relationships are to a large extent "based" on the experience of father-daughter relationships.

At the same time traditional marriage values in modern society are undergoing significant transformations, which lead to an increase in the prevalence of divorce and single-parent families [2, 6]. According to statistics 40% of marriages in Ukraine end in divorce. By number of divorces, our country ranks third in Europe, after Russia and Belarus. The Ukrainian peak of divorces in families takes place in the early years of marriage - from 3 months to five years. Young families account for 52% to 62% of divorces in the country. Thus, the number of girls who are raised in single-parent families is growing.

Note that even with no real relationship with the father, his daughter forms a subjective image that is based on the basic maternal memories, subconscious attitudes, family myths and more. So even girls who have no, or almost no experience of communication with their father have an image that can affect the image of the future marriage partner [6, 7].

Aim – to explore the relationship between a father image and the image of a marriage partner of girls from single-parent families.

Tasks:

1. To investigate the psychosemantical image of a father in girls from single-parent families.
2. To investigate the difference in role expectations between married girls from single-parent families.
3. To identify the relationship between gender-role characteristics of the father image and the image of a domestic partner of girls from single-parent families.

Methods and techniques of research: The method of "role expectations and demands in marriage" by Alexander Volkov, researching the father image and marriage partner by personal semantic differential (PSD) by O.L. Kustova, "Relationship color test" by E. F. Bazhina and A.M. Etkind.

The sample consisted of 20 girls from single-parent families and 20 girls from complete families, aged 20-25 years. All the girls are unmarried and currently students. Girls from complete families predominantly have a positive attitude towards their fathers, they often talk and spend time together. Single-parent families are divorced, incomplete or incomplete extramarital types of families. Girls from broken families either do not communicate with a parent, or it is very rare. The parents divorced before the girl reached the age of 7 years old, the father is substituted mostly by the grandfather.

Research results. The results of empirical research of the psychosemantical image of the father determined the emotional attitude girls from broken families had towards their fathers. Results of the "relationship color test" by E. F. Bazhina and A. M. Etkind were processed by the angular transformation of Fisher and presented in Table 1.

Most girls from single-parent families have negative attitudes toward fathers and the girls from complete families have more of a neutral attitude. This is due to more negative emotions and significance of the father image for girls from broken families because of its absence, while girls from intact families often have the opportunity to communicate with him.

Based on the results of the personal semantic differential method (PSD) by O.L. Kustova, processed using Mann-Whitney U-criteris, significant differences between the images of the father of the girls with full and single-parent families were established, which are presented in Table 2.

Table 1

Emotional attitude towards the father
(«Relationship color test» method by Bazhina E. F. and Etkind A. M.)

Groups	Positive attitude towards the father	Neutral attitude towards the father	Negative attitude towards the father
girls from complete families	6 (30%)	10 (50%)	4 (20%)
girls from incomplete families	3 (15%)	6 (30%)	11 (55%)
φ^*_{emp}	1,151	1,303	2,353

Table 2

Differences in attitudes towards the father image between girls

	family type	N	Average rating	Sum ratings
father's recognition	complete	20	25,13	502,5
	incomplete	20	15,88	317,5
father's force	complete	20	23,93	478,5
	incomplete	20	17,08	341,5
father's empathy	complete	20	24,63	492,5
	incomplete	20	16,38	327,5

As shown in Table 2 there are significant differences between the images of the fathers of the girls with full and single parent families by evaluating factors of empathy and a tendency to significant differences for the factor of force. These results are understandable due to lack of proper communication with parents of girls from single-parent families, the negative attitude to it.

As a result of empirical research of gender role expectations in marriage, the leading indicators of family values, role expectations and aspirations of girls from single-parent and complete families were identified, and a comparative analysis was conducted. Table 3 shows the results of a comparison of family values in girls by the method of "role expectations and demands in marriage" by Volkov.

As shown in Table 3, the two groups have quite different figures for the parent and educational scale: this, as well as the household factor, is less important in a marriage for girls from single-parent families. But the intimate and sexual side of marriage and the identification of the spouses is more important for them. This is due to the fact that they do not see the complete picture of the relations and the marriage is idealized.

The indicators on expectations from the marriage show that there are no significant differences between the groups in this factor. But there is a discrepancy between the demands to a marriage: girls from single-parent families evaluate themselves lower than girls from complete ones, especially on a parental-disciplinary scale.

Table 3

Differences in numerical indicators of family values among girls

Scale	family type	N	Average rating	Sum ratings
Household	complete	20	23,73	474,50
	incomplete	20	17,28	345,50
Parental and disciplinary	complete	20	24,65	493,00
	incomplet	20	16,35	327,00
	total	40		
Intimate and sexual	complete	20	18,23	364,50
	incomplete	20	22,78	455,50
Spouse identification	complete	20	19,08	381,50
	incomplet	20	21,93	438,50

On the basis of the Kendall correlation coefficient, it was determined that the girls from complete families have a more wholesome view of marriage, all the family functions are interrelated, while girls from single-parent families have a more idealized and fragmentary picture of family life. It was also found that the intimate and sexual scale for girls from single-parent families is linked to the household scale, and for the girls from full families – it is connected to the scale of social activity. Personality identification of marriage for girls from broken families is associated with the scale of social activity, while for girls from full families – it is connected with household, parenting and disciplinary scales, visual appeal and emotional psychotherapy. We can conclude that girls from complete families have a more wholesome view of marriage, all the family functions are interrelated and girls from single-parent have a more idealized and fragmentary picture.

After a factor analysis of the method of personal semantic differential (PSD) by O. L. Kustova, a total of five factors of a father image were found, which are presented in the following table 4.

As shown in Table 4, four factors which impact the image of the father in the image of marriage partners of girls from single-parent families were found. The factor, which combines such important indicators of the image of a father, as the strength of personality, high social status, modernity, masculinity and androgyny, and influencing the perception of the image as a strong partner of the individual, emotional, modern and feminine, we called the "**masculine father**".

The second factor that reflects the relationship when the father is universally appealing (a measure of assessment), emotional, dependent, empathetic and the partner is empathetic and androgynous, we called the "**dependent parent**".

The third factor that reflects the relationship when the father is feminine (has traditionally female personality traits) and the partner is emotional, dependent and empathetic, we called the "feminine father."

The fourth factor that reflects the relationship when the father is dependent, feminine and masculine, a partner with low overall attractiveness (evaluation index), but has a high social status and a good contemporaiety indicator of our time, has been named by us as "androgynous father."

Table 4

**Influence of the father's image on the partner's image
for the girls from single-parent families**

	Factors			
	Masculine father	Dependant father	Feminine father	Androgynous father
Father's evaluation	0,190	0,859*	-0,046	-0,027
Partner's evaluation	0,575*	0,327	0,242	-0,487*
Father's force	0,858*	0,241	-0,102	-0,007
Partner's force	0,697*	0,111	-0,069	0,194
Father's emotionality	0,028	0,599*	0,287	-0,264
Partner's emotionality	0,645*	-0,355	0,587*	-0,101
Father's social status	0,727*	-0,240	0,050	0,340
Partner's social status	0,141	0,031	0,205	0,867*
Father's dependance	-0,384	0,641*	0,131	-0,482*
Partner's dependance	0,001	0,281	0,799*	-0,139
Father's empathy	0,011	0,771*	0,230	0,238
Partner's empathy	0,101	0,581*	0,664*	0,083
Father's contemporaneity	0,760*	0,041	0,056	0,034
Partner's contemporaneity	0,607*	0,318	-0,177	0,613*
Father's femininity	-0,108	0,154	0,852*	0,418*
Partner's femininity	0,892*	0,089	-0,018	0,079
Father's masculinity	0,639*	0,360	0,108	0,536*
Partner's masculinity	0,554*	0,736*	-0,004	0,070
Father's androgenity	0,738*	-0,167	0,092	-0,023
Partner's androgenity	-0,106	0,907*	0,210	0,164

* - meaningful indicators, $\leq 0,04$.

As shown in Table 5, four factors that impact the image of the father and the image of a marriage partner for girls from complete families were identified. The factor, which combined such important indicators of the image of the father, as a strong personality, high social status, empathy, modernity and masculinity, and influencing the perception of the image as a strong partner of personality, modern, masculine and high social status, we called the "**masculine father.**"

The second factor that reflects the relationship when the father is emotional and independent, influencing the choice of generally attractive, strong, empathetic, feminine, masculine and androgynous partners, we called the **"independent father."**

Table 5

**The influence of the father image on the image of the partner's image
for girls from complete families**

	Factors			
	Masculine father	Dependant father	Feminine father	Androgynous father
Father's evaluation	0,393	-0,012	0,723*	0,328
Partner's evaluation	0,382	0,618*	0,469*	-0,254
Father's force	0,612*	0,395	0,282	0,504*
Partner's force	0,442*	0,659*	0,293	0,074
Father's emotionality	-0,043	0,647*	0,103	0,273
Partner's emotionality	0,092	0,117	-0,065	0,798*
Father's social status	0,727*	0,138	0,219	0,450*
Partner's social status	0,740*	0,206	0,143	-0,012
Father's dependance	-0,303	-0,705*	0,448*	-0,247
Partner's dependance	-0,200	0,464*	-0,009	0,585*
Father's empathy	0,442*	0,110	0,658*	-0,239
Partner's empathy	0,279	0,832*	-0,073	0,198
Father's contemporaneity	0,761*	0,288	0,337	0,185
Partner's contemporaneity	0,892*	0,099	0,001	-0,274
Father's femininity	0,037	0,230	0,915*	0,001
Partner's femininity	0,117	0,835*	0,334	0,005
Father's masculinity	0,779*	0,130	0,244	0,514*
Partner's masculinity	0,472*	0,559*	0,196	0,505*
Father's androgenity	0,291	0,297	0,610*	0,537*
Partner's androgenity	0,286	0,677*	0,415*	0,217

* - meaningful indicators, $\leq 0,04$.

The third factor that reflects the relationship when the father is generally attractive, dependent, empathetic, feminine and androgynous, the partner is generally attractive and androgynous, we called the "**feminine father.**"

The fourth factor that reflects the relationship when the father is strong, with a high social status, masculine and androgynous, and the partner is emotional, dependent and masculine, we called the "**androgynous father.**"

Conclusions

1. The girls from single-parent families, as opposed to women with complete families, have a negative emotional attitude towards the image of a father, a low score in the overall attractiveness, strength of personality and empathy of a father, due to the peculiarities of their family socialization.

2. The girls from single-parent families underestimated the value of a disciplining parent and household party marriage. At the same time they recognize the importance of identification with their spouses and the intimate sexual side of marriage, which serves a compensatory function due to a lack of examples of marital relations. The girls from single-parent families hope that their marriage will be better than the one that the mother failed, through diverting their attention to these aspects of marriage.

There is no significant difference between the analyzed groups in expectations from marriage. But there is a discrepancy between the demands of married girls and single-parent families; the last evaluate themselves lower than girls from complete families, especially on the parental and disciplinary scale.

Girls from complete families have a more wholesome view of marriage, all the family functions are interrelated, while girls from single-parent families have a more idealized picture, marriage values are isolated from each other.

3. The girls from single-parent families have a masculine image of a father, who is seen as a strong personality, modern and has a high social status, but remains empathetic, this affects the choice of a strong personality, emotional, modern and feminine partner.

A dependent image of a father, who is seen as universally appealing (a measure of assessment), emotional, empathetic affects the choice of an empathetic and androgynous partner.

A feminine image of a father, who is seen as a person with traditionally feminine traits, but remains overall attractive, dependent and empathetic affects the choice of an emotional, dependent and empathetic partner.

An androgynous image of a father, who is seen as dependent, devoid of individual power, has a high social status influences the choice of a partner with low overall attractiveness (evaluation index), but high social status and an indicator of modernity.

References

1. Barinova N. V. Psihologichni osoblivosti vidnoshennja bat'ka jak chinnik formuvannja statevorol'ovoï «Ja»-konceptii u divchat-pidlitkiv. - Dis. kand. psihol. n. (19.00.07). - Harkiv, 2006
 2. Vidra D. Pomoshh' razvedennym roditeljam i ih detjam: ot tragedii k nadezhde. Po stranicam nauchnyhtrudov Gel'muta Figdora. - M.: izd. Institut psihoterapii, 2000. – 224 s.
 3. Kalina O.G., Holmogorova A.B. Znachenie otca dlja razvitija rebenka (na materiale zarubezhnyh issledovanij) // Semejnaja psihologija i semejnaja terapija.- 2006. - № 1. – S. 87-99.
-

4. Kocharjan O.S., Glushhenko L.V. Zv'jazok obrazu bat'ka z obrazom shljubnogo partnera //Visnik Harkivs'kogo nacional'nogo universitetu imeni V.N. Karazina. Serija: «Psihologija». – 2009. – №842. – Vip. 41. – S.160-165.
5. Leonard L.Sh. Jemocional'naja zhenskaja travma. Iscelenie detskoj travmy, poluchennoj docher'ju v otnoshenijah s otcom. - M.: Nezavisimaja firma "Klass", 2013. - 224 s.
6. Figdor G. Deti razvedjonnyh roditelej: mezhdju travmoj i nadezhdoj (psihoanaliticheskoe isslelovanie). - M., 1995. - 376 s.
7. Frejd A. Vvedenie v detskij psihoanaliz // Vvedenie v detskij psihoanaliz. Norma i patologija detskogo razvitija. Ja i mehanizmy zashhity: Sbornik. Per s nem. - M: Popurri, 2000. - 448 s.

Надійшла до редакції 10.03.2016

Розділ: Медична психологія: теоретичні та прикладні питання

УДК 159.196:616.89:614.253:001.8

**ОСОБЛИВОСТІ РЕПРЕЗЕНТАЦІЇ ОБРАЗУ ПАЦІЄНТА У ЛІКАРІВ
ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З КОМПЛАЙЄНСОМ ХВОРИХ****Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О.**

У статті розглянуто особливості репрезентації образу пацієнта у лікарів різних спеціальностей (неврологів, психіатрів та наркологів). Визначено основні форми їх ролевих позицій при взаємодії з хворими, а саме – гіперпротекція, функціональне співробітництво, партнерство та авторитарність. Показано зв'язок між характером образу пацієнта у лікарів, їх ролевою позицією та оцінкою ними рівня та типу комплайєнсу хворих.

Ключові слова: комплайєнс, психічні розлади, неврологічні розлади, лікувально-реабілітаційний процес, лікарі.

The article describes the features of the image representation of the patient by doctors of various specialties (neurologists, psychiatrists and narcologists). The basic shape of their role positions in the interaction with patients – namely giperprotektion, functional co-operation, partnership and authoritarianism. The relationship between the patient's image of the character of the doctors, their role and position of the evaluation level and type of compliance of patients.

Key words: compliance, psychiatric disorders, neurological disorders, medical treatment and rehabilitation process, doctors.

В статье рассмотрены особенности репрезентации образа пациента у врачей различных специальностей (неврологов, психиатров и наркологов). Определены основные формы их ролевых позиций при взаимодействии с больными, а именно – гиперпротекция, функциональное сотрудничество, партнерство и авторитарность. Показана связь между характером образа пациента у врачей, их ролевой позицией и оценкой ими уровня и типа комплайенса больных.

Ключевые слова: комплайєнс, психические расстройства, неврологические расстройства, лечебно-реабилитационный процесс, врачи.

Сучасний лікувальний процес, незалежно від його конкретного змісту і специфіки, є не тільки медичним, але і складним психосоціальним явищем. Ефективність сучасних лікувально-реабілітаційних заходів багато в чому залежить не лише від адекватності терапевтичних технологій, але й від численних психологічних чинників та умов [1–7; 10–13]. До фундаментальних психологічних чинників, що опосередкують все розмаїття лікувально-реабілітаційних втручань, належить система мотивацій пацієнта та міжособистісні взаємини хворого і медичних спеціалістів. Мотивація лікування, активна участь пацієнтів у лікувально-реабілітаційному процесі з урахуванням його особистісних особливостей та характеру реагування на захворювання є базисом сучасного лікувально-реабілітаційного

процесу. У зв'язку з цим зростає необхідність більш глибокого вивчення медико-психологічних аспектів сучасної лікувальної практики, насамперед, комплайенсу хворих. Порушення пацієнтами терапевтичного режиму значною мірою впливає на зниження ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, збільшення частоти рецидивів захворювання та кількості госпіталізацій [1–4; 12–17].

Особливого значення проблема комплайенсу набуває при лікуванні психічних та неврологічних розладів, коли мають місце різні когнітивні і особистісні порушення, що значною мірою ускладнюють проведення лікувально-реабілітаційних заходів. У зв'язку з цим у таких груп пацієнтів значно складніше досягти терапевтичної співпраці, ніж у хворих з соматичною патологією [1–6; 12–17]. Стійка стигматизація хворих на психічні розлади, що існує в суспільстві, також є значущим чинником, який знижує їх комплайентність.

В цьому дослідженні 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 [5; 6]. Комплайенс включає систему оцінок, установок, переконань (установчо-оціночний компонент), емоційних реакцій (емоційний компонент), мотивацій (мотиваційний компонент) та дій (поведінковий компонент) пацієнта. Основними характеристиками комплайенсу є його рівень та тип. 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 являє собою його змістовну характеристику, що відображає індивідуальні особливості системи оцінок, установок, переконань, емоційних реакцій, мотивацій та дій пацієнта щодо лікувально-реабілітаційних заходів. В ході попередніх досліджень нами було визначено та описано три рівні комплайенсу хворих (високий, середній та низький) та вісім його основних типів, а саме – конструктивний (найбільш оптимальний), формальний, пасивний, симбіотичний, нестабільний, негативістичний, дефіцитарний та змішаний [5; 6].

Аналіз літературних джерел та результати власних досліджень свідчать про те, що комплайенс хворих нерозривно зв'язаний з терапевтичним альянсом між лікарем і пацієнтом, який складається в ході лікувально-реабілітаційного процесу [7–11]. З одного боку, комплайенс є похідною терапевтичного альянсу, а з іншого – виступає вагомим чинником підтримки його належного рівня. Терапевтичний альянс (ТА) являє собою складну динамічну систему взаємовідносин та взаємодій між лікарем і пацієнтом, що формується, розвивається та функціонує в ході лікувального процесу та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів [7]. Існують змістовні та динамічні компоненти ТА. Основними змістовними компонентами ТА виступають рольові позиції лікаря та пацієнта, які являють собою індивідуальний стиль реалізації їх соціальних ролей. Динамічними компонентами ТА є рівні його функціонування: рольовий та позарольовий. Існують такі форми рольових позицій лікарів, як гіперпротекція, функціональне співробітництво, авторитарність та партнерство. Основними формами рольових позицій пацієнтів є міжособистісна залежність, функціональне співробітництво, пасивність, партнерство, псевдопартнерство, неадекватність та дистанціювання. Залежно від особливостей

співвідношення ролевих позицій кожного з учасників взаємодії виділяються конгруентні (коли рольові позиції лікаря і хворого узгоджені між собою, компліментарні) та неконгруентні (коли рольові позиції лікаря і пацієнта неузгоджені або суперечливі) підтипи ТА. Основними типами ТА є партнерський (найбільш оптимальний), емпатійний, регламентувальний, формальний та дистантний [7–9].

Метою цієї роботи є дослідження особливостей репрезентації образу пацієнта у медичних спеціалістів, їх ролевих позицій та визначення їх зв'язку з оцінкою лікарями комплайенсу хворих.

На принципах анонімності та добровільності у дослідженні взяли участь 20 лікарів: 7 (35,0 %) неврологів, 8 (40,0 %) психіатрів та 5 (25,0 %) наркологів. Серед них було 8 (40,0 %) чоловіків та 12 (60,0 %) жінок у віці від 31 до 60 років (середній вік $(40,4 \pm 8,1)$ років). Стаж роботи лікарів становив 2–37 років (середній стаж $(17,1 \pm 8,6)$ років).

В дослідженні використовувались методи спостереження, психодіагностичний і математико-статистичний. В рамках психодіагностичного методу застосовувались «Методика оцінки репрезентації образу пацієнта лікарями» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2015), «Методика діагностики типу терапевтичного альянсу у лікарів» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2015), «Методика оцінки лікарями комплайенсу пацієнтів» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2015). Математико-статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей (за критерієм ϕ -Фішера та U-Манна-Уїтні) та кореляційного аналізу. Обчислювання отриманих даних проводилось за допомогою пакету програм SPSS 15.0 for Windows.

Результати дослідження особливостей ролевих позицій медичних спеціалістів показали, що в цілому у лікарів домінують риси функціонального співробітництва ($(3,2 \pm 0,6)$ балів) та гіперпротекції ($(3,0 \pm 1,0)$ балів) при взаємодії з пацієнтами. Менш за все для них характерна партнерська позиція у взаєминах з хворими ($(2,2 \pm 1,2)$ балів). У неврологів превалюють ознаки гіперпротекція ($3,8 \pm 0,3$) та функціонального співробітництва ($3,3 \pm 0,6$), у психіатрів – авторитарність ($3,3 \pm 1,5$), у наркологів – функціональне співробітництво ($3,2 \pm 1,3$). У неврологів більше, ніж у психіатрів та наркологів, виражені риси гіперпротекції ($(3,8 \pm 0,3)$ балів та $(2,5 \pm 0,9)$ балів, $(2,4 \pm 1,1)$ балів відповідно, $(p < 0,05)$) та функціонального співробітництва ($(3,3 \pm 0,6)$ балів та $(2,4 \pm 0,5)$ балів, $(3,2 \pm 1,3)$ балів відповідно, $(p < 0,05)$).

Було проаналізовано особливості суб'єктивного образу ідеального та реального пацієнта у медичних спеціалістів. Так, у лікарів домінують негативні характеристики більшості пацієнтів. Якісний аналіз даних показав, що здебільшого вони вважають їх безвідповідальними (45,0 %), тривожними (30,0 %), егоїстичними (30,0 %), непослідовними (25,0 %), забудькуватими (25,0 %), вередливими (25,0 %), байдужими (20,0 %), нещирими (20,0 %), недовірливими (15,0 %), невдячними (15,0 %), неосвіченими (10,0 %), агресивними (10,0 %), ледащими (10,0 %), хитрими (10,0 %). Крім того, поодинокі відзначались такі характеристики пацієнтів, як хамуваті (5,0 %), підозріливі (5,0 %), конфліктні (5,0 %), надоїдливі (5,0 %), з завищеною самооцінкою (5,0 %), мстиві (5,0 %) та ін. Серед позитивних якостей більшості хворих лікарі виділяють доброзичливість (15,0 %), перспективність їх лікування (5,0 %), залежність (5,0 %), вимогливість (5,0 %), розсудливість (5,0 %), уважність (5,0 %), обізнаність щодо своєї хвороби (5,0 %).

Аналіз даних в залежності від спеціальності лікарів, показав, що неврологи серед позитивних якостей пацієнтів частіше за все виділяють доброзичливість (28,6 %) та зазначають, що вони цікаві для них (42,8 %). Психіатри позитивними якостями більшості хворих вважають їх різноманітність (12,5 %), перспективність їх лікування (12,5 %), залежність (12,5 %), вимогливість (12,5 %), наявність уявлень про свою хворобу (12,5 %), розсудливість (12,5 %) та уважність (12,5 %). Наркологи взагалі не виділяють позитивних якостей більшості своїх пацієнтів.

Серед негативних характеристик хворих неврологи частіше за все відзначають безвідповідальність (85,7 %), непослідовність (71,4 %), егоїстичність (71,4 %), забудькуватість (71,4 %), вередливість (71,4 %), невдячність (42,9 %), байдужість (42,9 %), нерозумність (42,9 %), нещирість (28,4 %), конфліктність (28,4 %), грубість (14,2 %), хитрість (14,2 %), підозрливість (14,2 %). Психіатри негативними рисами своїх пацієнтів вважають тривожність (62,5 %), похмурість (50,0 %), безвідповідальність (37,5 %), недовірливість (37,5 %); невпевненість (25,0 %), неврівноваженість (25,0 %), неосвіченість (25,0 %), знервованість (12,5 %), дратівливість (12,5 %), приреченість (12,5 %), непередбачуваність (12,5 %), поверхневність (12,5 %), неуважність (12,5 %), егоїстичність (12,5 %), незадоволеність всім (12,5 %), надтоїдливність (12,5 %), холоднокривність (12,5 %), некритичність (12,5 %), несамостійність (12,5 %), впертість (12,5 %). Негативними рисами пацієнтів наркологічного профілю, на думку наркологів, є дисфоричність (60,0 %), ледачість (40,0 %), брехливість (40,0 %), брутальність (40,0 %), примхливість (20,0 %), нетерплячість (20,0 %), агресивність (20,0 %), неохайність (20,0 %), тривожність (20,0 %), депресивність (20,0 %), байдужість (20,0 %), безініціативність (20,0 %), невпевненість (20,0 %), примітивність (20,0 %), ригідність (20,0 %), впертість (20,0 %), хитрість (20,0 %), непосидючість (20,0 %), завищену самооцінку (20,0 %), мстивість (20,0 %).

Ідеального пацієнта всі лікарі оцінюють позитивно ($6,4 \pm 1,3$). Основними якостями такого хворого, на їх думку, є комплайєнтність (60,0 %), відповідальність (50,0 %), довірливість (45,0 %), оптимізм (45,0 %), уважність (40,0 %), працелюбність (30,0 %), ввічливість (30,0 %), чуйність (30,0 %), дисциплінованість (25,0 %), вдячність (25,0 %), неконфліктність (25,0 %), курабельність (25,0 %), врівноваженість (25,0 %), доброзичливість (25,0 %), розсудливість (20,0 %), самостійність (15,0 %), зацікавленість (15,0 %), комунікабельність (15,0 %), грамотність (15,0 %). Негативні та ситуативні характеристики ідеального пацієнта виділяють лише лікарі–наркологи.

Неврологи серед якостей ідеального пацієнта частіше за все відзначають відповідальність (85,7 %), комплайєнтність (85,7 %), довірливість (85,7 %), дисциплінованість (71,4 %), вдячність (71,4 %), працелюбність (71,4 %), неконфліктність (71,4 %), курабельність (71,4 %), оптимістичність (71,4 %), ввічливість (71,4 %), врівноваженість (71,4 %), доброзичливість (71,4 %). Психіатри – уважність (87,5 %), розсудливість (50 %), оптимістичність (50 %), чуйність (37,5 %), відповідальність (37,5 %), комплайєнтність (37,5 %), довірливість (37,5 %), емоційність (25,0 %), самостійність (25,0 %), турботливість (25,0 %). Наркологи – комплайєнтність (60,0 %), терплячість (20,0 %), своєчасне звернення за допомогою (20,0 %), віру (20,0 %), врівноваженість (20,0 %), ввічливість (20,0 %), адекватність (20,0 %), охайність (20,0 %), правдивість (20,0 %), повагу до лікаря (20,0 %), критичність до себе (20,0 %), відповідальність (20,0 %),

готовність до змін стилю життя (20,0 %), емпатійність (20,0 %), впевненість (20,0 %), наполегливість (20,0 %), уважність (20,0 %), розсудливість (20,0 %).

В ході дослідження було проаналізовано особливості оцінок комплайенсу хворих лікарями різних спеціальностей (неврологами, психіатрами та наркологами). Так, 75,0 % лікарів оцінюють рівень комплайенсу більшості своїх пацієнтів як середній рівень; 15,0 % – як низький, 10,0 % – як високий. 85,7 % неврологів вважають, що для хворих на неврологічні розлади (НР) характерний середній рівень комплайенсу, 14,3 % – зазначають, що пацієнти повною мірою дотримуються лікувально-реабілітаційних рекомендацій. Психіатри, здебільшого, оцінюють рівень комплайенсу хворих на психічні розлади (ПР) як середній (75,0 %). 12,5 % лікарів вважають, що у цих пацієнтів має місце низький комплайенс та 12,5 % – що високий. 60,0 % наркологів характеризують комплайенс своїх пацієнтів як середній. Також вони достовірно частіше, ніж психіатри, оцінюють комплайенс хворих як низький (40,0 % та 12,5 %, ($p < 0,05$)).

За оцінками лікарів, у хворих на НР та ПР домінують риси пасивного ((4,9±1,4) балів), формального ((4,5±1,3) балів), симбіотичного ((4,3±1,8) балів) та нестабільного ((4,3±1,2) балів) типів комплайенсу. Менше за все у них виражені риси конструктивного ((2,9±1,7) балів), дефіцитарного ((3,0±1,8) балів) та негативістичного ((3,2±1,7) балів) типів. Порівняльний аналіз даних показав, що неврологи, на відміну від психіатрів та наркологів, більше схильні оцінювати комплайенс своїх пацієнтів як симбіотичний ((5,5±1,7) балів та (4,0±1,6) балів, (3,2±1,6) балів відповідно, ($p < 0,05$)) та менше – як дефіцитарний ((3,1±1,7) балів та (4,0±1,8) балів, (4,6±1,4) балів відповідно, ($p < 0,05$)).

Для визначення зв'язку між оцінками лікарями комплайенсу хворих та особливостями їх репрезентації образу хворого було проведено кореляційний аналіз. За даними дослідження, відзначається позитивний зв'язок між оцінкою лікарями рівня комплайенсу хворих, їх позитивною оцінкою більшості своїх пацієнтів (($r_s = 0,47$), ($p < 0,05$)) та гіперпротекцією як провідною рольовою позицією при взаємодії з ними (($r_s = 0,45$), ($p < 0,05$)). Оцінка лікарями комплайенсу хворих як конструктивного позитивно корелює з їх партнерською позицією (($r_s = 0,47$), ($p < 0,05$)) та функціональним співробітництвом (($r_s = 0,46$), ($p < 0,05$)) і негативно – з їх авторитарною позицією (($r_s = -0,55$), ($p < 0,05$)) у взаєминах з пацієнтами. Пасивний (($r_s = 0,48$), ($p < 0,05$)) та симбіотичний (($r_s = 0,46$), ($p < 0,05$)) типи комплайенсу хворих пов'язані з гіперпротекцією медичних спеціалістів. Оцінка лікарями комплайенсу пацієнтів як дефіцитарного корелює з їх авторитарною позицією (($r_s = 0,48$), ($p < 0,05$)) та негативною репрезентацією образу більшості хворих (($r_s = 0,56$), ($p < 0,05$)).

Таким чином, визначено особливості рольових позицій лікарів (неврологів, психіатрів та наркологів), специфіку їх репрезентації образу пацієнта та оцінки рівня і типу комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади. В цілому у них домінують риси функціонального співробітництва та гіперпротекції при взаємодії з пацієнтами. У неврологів превалюють риси гіперпротекції та функціонального співробітництва, у психіатрів – авторитарності, у наркологів – функціонального співробітництва. 75,0 % медичних спеціалістів оцінюють рівень комплайенсу більшості своїх пацієнтів як середній; 15,0 % – як низький, 10,0 % – як високий. Домінуючими рисами комплайенсу у цих хворих,

на їх думку, є риси пасивного, формального, симбіотичного та нестабільного типів; найменш вираженими – ознаки конструктивного, дефіцитарного та негативістичного типів.

Виявлено зв'язок між оцінкою лікарями рівня та типу комплайенсу хворих, особливостями репрезентації образу пацієнта та їх рольовою позицією. Високі оцінки лікарів рівня комплайенсу хворих поєднуються з їх позитивною характеристикою більшості пацієнтів та гіперпротекцією при взаємодії з ними. Оцінка лікарями комплайенсу хворих як конструктивного пов'язана з їх партнерською позицією та функціональним співробітництвом і негативно – з авторитарністю у взаєминах з пацієнтами. Визначення комплайенсу хворих як пасивного та симбіотичного пов'язано з гіперпротекцією медичних спеціалістів. Характеристика лікарями комплайенсу пацієнтів як дефіцитарного корелює з їх негативною репрезентацією образу більшості хворих та авторитарною позицією у взаєминах з ними.

Отримані результати можуть бути використані для розробки системи психокорекційних та психопрофілактичних втручань, спрямованих на оптимізацію комплайенсу у різних груп хворих на неврологічні та психічні розлади.

Література

1. Абрамов, В. А. Медико–социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: [Руководство для врачей–психиатров и социальных работников] / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк : Каштан, 2006. – 268 с.
2. 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.
3. Лутова, Н. Б. Сознание болезни и комплаенс больных психозами / Н. Б. Лутова, И. Н. Петровская, В. Д. Вид // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 1. – С. 10–15.
4. Лутова, Н. Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика / Н. Б. Лутова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 59–64.
5. 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.
6. Шестопалова Л. Ф. Умови і закономірності формування комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади (психологічний аналіз) / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10, № 1 (37). – С. 3–7.
7. Шестопалова, Л. Ф. Проблема терапевтического альянса в психиатрии и неврологии / Л. Ф. Шестопалова // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход: Всероссийская науч.–практ. конф. с междунар. участием. – Курск : КГМУ, 2011. – С. 427–431.
8. Шестопалова Л.Ф. Роль терапевтического альянсу в процесі формування комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади / Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова, О.О. Бородавко // Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць

Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2013. – Т. 11, Вип. 8, Ч. 2. – С. 550 – 556.

9. Шестопалова, Л. Ф. Типологічні особливості рольових позицій лікарів в умовах сучасного лікувального процесу / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 2 (71). – С. 117–120.

10. Шестопалова Л.Ф. Доверие в системе отношений врача и пациента и психологические факторы его формирования / Л.Ф. Шестопалова, О.А. Бородавко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2014.– № 3. – С. 42–47.

11. Шестопалова Л.Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади / Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевнікова, О.О. Бородавко // Медицинская психология. – 2013. – Т. 8, № 4 (32). – С. 3 – 6.

12. Bordin, E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance / E. S. Bordin // *Psychotherapy: theory, research and practice*. – 1979. – Vol. 16 (3). – P. 252–260.

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

14. 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.

15. Colom, J. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients / Colom J. // *Clin. Psychiat.* – 2000. – Vol. 8. – P. 549 – 555.

16. Gabbard, G. O. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? / G. O. Gabbard, J. Kay // *American journal of psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – P. 56–63.

17. Nelson, E. A. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates / E. A. Nelson, M. E. Maruish & J. L. Axler // *Psychiatric Services*. – 2000. – Vol. 51. – P. 885–889.

References

1. Abramov, V. A. Mediko–social'naja rehabilitacija bol'nyh s psihicheskimi rasstrojstvami: [Rukovodstvo dlja vrachej–psihiatrov i social'nyh rabotnikov] / V. A. Abramov, I. V. Zhigulina, T. L. Rjapolova. – Doneck : Kashtan, 2006. – 268 s.

2. Danilov, D. S. Komplaens v medicine i metody ego optimizacii (klinicheskie, psihologicheskie i psihoterapevticheskie aspekty) / D. S. Danilov // *Psihiatrija i psihofarmakoterapija*. – 2008. – Т. 10, № 1. – S. 13–20.

3. Lutova, N. B. Soznanie bolezni i komplajens bol'nyh psihozami / N. B. Lutova, I. N. Petrovskaja, V. D. Vid // *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Behtereva*. – 2014. – № 1. – S. 10–15.

4. Lutova, N. B. Komplaens i psihopatologicheskaja simptomatika / N. B. Lutova // *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Behtereva*. – 2012. – № 3. – S. 59–64.

5. Shestopalova, L. F. Urovnevye i tipologicheskie osobennosti komplajensa bol'nyh s psihicheskimi i nevrogicheskimi rasstrojstvami // L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O.

Borodavko // Visnik Harkivs'kogo nacional'nogo universitetu im. V. N. Karazina, Ser. «Psihologija». – 2014. – Vipusk 55, № 1110. – S. 130–135.

6. Shestopalova L. F. Umovi i zakonornosti formuvannja komplajensu hvorih na nevrologichni ta psihichni rozladi (psihologichnij analiz) / L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O. Borodavko // Medicinskaja psihologija. – 2015. – T. 10, № 1 (37). – S. 3–7.

7. Shestopalova, L. F. Problema terapevticheskogo al'jansa v psihiatrii i nevrologii / L. F. Shestopalova // Psihologija zdorov'ja i bolezni: kliniko-psihologicheskij podhod: Vserossijskaja nauch.–prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem. – Kursk : KGMU, 2011. – S. 427–431.

8. Shestopalova L.F. Rol' terapevtichnogo al'jansu v procesi formuvannja komplajensu hvorih na nevrologichni ta psihichni rozladi / L.F. Shestopalova, V.A. Kozhevnikova, O.O. Borodavko // Aktual'ni problemi psihologii: zbirnik naukovih prac' Institutu psihologii imeni G.S. Kostjuka NAPN Ukraïni. – 2013. – T. 11, Vip. 8, Ch. 2. – S. 550 – 556.

9. Shestopalova, L. F. Tipologichni osoblivosti rol'ovih pozicij likariv v umovah suchasnogo likoval'nogo procesu / L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O. Borodavko // Ukraïns'kij visnik psihonevrologii. – 2012. – T. 20, vip. 2 (71). – S. 117–120.

10. Shestopalova L.F. Doverie v sisteme otnoshenij vracha i pacienta i psihologicheskie faktory ego formirovanija / L.F. Shestopalova, O.A. Borodavko // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V. M. Behtereva. – 2014.– № 3. – S. 42–47.

11. Shestopalova L.F. Dovira do likarja jak chinnik formuvannja komplajensu hvorih na nevrologichni ta psihichni rozladi / L.F. Shestopalova, V.A. Kozhevnikova, O.O. Borodavko // Medicinskaja psihologija. – 2013. – T. 8, № 4 (32). – S. 3 – 6.

12. Bordin, E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance / E. S. Bordin // Psychotherapy: theory, research and practice. – 1979. – Vol. 16 (3). – P. 252–260.

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

14. 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.

15. Colom, J. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients / Colom J. // Clin. Psychiat. – 2000. – Vol. 8. – P. 549 – 555.

16. Gabbard, G. O. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? / G. O. Gabbard, J. Kay // American journal of psychiatry. – 2001. – Vol. 158. – P. 56–63.

17. Nelson, E. A. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates / E. A. Nelson, M. E. Maruish & J. L. Axler // Psychiatric Services. – 2000. – Vol. 51. – P. 885–889.

Надійшла до редакції 24.04.2016

УДК 159.942.5:615.851

ЕМОЦІЙНІ ІНВАРІАНТИ ПРОФЕСІЙНОЇ НЕВРОТИЗАЦІЇ ЛІКАРІВ**Вірна Ж. П., Брагіна К. І.**

Стаття присвячена теоретичному обґрунтуванню невротизації особистості та дослідження особливостей емоційних інваріант невротизації лікарів відділення інтенсивної терапії. Презентовано спробу представлення адекватної та об'єктивної діагностики емоційних показників невротизації лікарів відділення інтенсивної терапії, а також розроблено анкету з вивчення задоволеності працею лікарів, яку можна успішно використовувати в практичній діяльності психологів, які працюють у медичних закладах.

Ключові слова: невроз, професійна невротизація, емоційні переживання, лікарі відділення інтенсивної терапії.

The article is devoted to theoretical substantiation and research neurotic personality features invariant emotional neuroticism medical intensive care unit. Presented attempt to represent an adequate and objective diagnostic indicators of emotional neuroticism medical intensive care unit, and developed a questionnaire to study the job satisfaction of physicians, which can be successfully used in the practice of psychologists working in hospitals.

Keywords: neurosis, professional neuroticism, emotional experiences, doctors of separation of intensive

Стаття посвящена теоретическому обоснованию невротизации личности и исследованию особенностей эмоциональных инвариант невротизации врачей отделения интенсивной терапии. Презентована попытка представлення адекватной и объективной диагностики эмоциональных показателей невротизации врачей отделения интенсивной терапии, а также разработана анкета по изучению удовлетворенности трудом врачей, которую можно успешно использовать в практической деятельности психологов, которые работают в медицинских заведениях.

Ключевые слова: невроз, профессиональная невротизация, эмоциональные переживания, врачи отделения интенсивной терапии

Постановка проблеми. Сучасне суспільство, яке актуалізує проблеми соціально-психологічної адаптації особистості, вимагає розробки нових психологічних проектів щодо подолання дії стресогенних факторів, які збільшують небезпеку невротизації особистості та виникнення патологічних станів. Цей контекст актуалізації проблеми однаковою мірою стосується й сфери професійного становлення та ефективної реалізації фахівців, і особливо фахівців, які працюють в емоційно-напружених умовах. До таких професій належить й професія лікаря відділення інтенсивної терапії та гемодіалізу.

Говорячи про вплив невротизації на професійну діяльність людини не можна не згадати такого явища як професійне вигорання, що з'являється в результаті психотравматичного впливу, котрим може бути монотонна робота, конфлікти з колегами, відсутність мотиваторів для праці тощо. Цей синдром зустрічається доволі часто, а в умовах

сучасного світу відсоток людей з професійним вигоранням зростає. Тому дуже важливо саме зараз почати звертати увагу на цю проблему, поки вона не зросла до неймовірних масштабів. Актуальність цієї проблеми зростає дуже швидко. Так за кордоном уже почалось ретельне діагностування працівників різних сфер діяльності задля вчасного виявлення синдрому професійного вигорання. Дуже важливо, щоб така практика стала популярною і в нас, адже дуже важливо вчасно допомогти людині з таким синдромом.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Провівши аналіз проблеми в психолого-медичній літературі (Ю. Александровський, Б. Карвасарський, В. Менделевич, В. Мясіщев, З. Фрейд, К. Хорні, К. Юнг та ін.) помічаємо певний дефіцит теоретико-емпіричного матеріалу. В той же час результати багаточисельних досліджень доводять, що професійну діяльність лікарів слід відносити до таких видів діяльності, яка ставить підвищені вимоги до фізичного і психічного здоров'я професіоналів, що зумовлює необхідність комплексної розробки програми психологічного забезпечення професійного здоров'я цих фахівців. А дослідження емоційного профілю невротизації лікарів становить безсумнівний інтерес, позаяк дає змогу по-новому подивитися на поведінку суб'єкта професійної діяльності. Також проблема вивчення невротизації особистості ставиться в плані не тільки експериментальних досліджень, але й плані теоретичного обговорення в силу дефіциту існуючих доробок.

Метою даного аналітичного огляду є теоретичне обґрунтування невротизації особистості та дослідження особливостей емоційних інваріант невротизації лікарів відділення інтенсивної терапії, які мають діагностичну значущість і можуть використовуватися у психопрофілактичній і психокорекційній роботі.

Виклад основного матеріалу дослідження. Порушення емоційної сфери є одним з визначальних моментів у виникненні і перебігу неврозів і неврозоподібних захворювань. Неврози частіше виникають у осіб зі слабким і нерівноваженим типом вищої нервової діяльності. Більшість авторів, які досліджували це питання, поділяють думку, що при невротичних захворюваннях переважно, в першу чергу, порушується емоційна сфера людини [3].

Так, П. Симонов відзначає, що невроз – це переважно порушення емоційної сфери, і що залучення у загальну картину неврозу думок, дій, вчинків носить вторинний характер, викликаний збудженням емоційних центрів [5]. А Ю. Александровський вважає, що неврози - це завжди реакція людини на несприятливу життєву ситуацію (конфліктні взаємовідносини на роботі, неприємності в сім'ї, обмеження інтересів і потреб, невлаштованість особистого життя, смерть близької людини), причому велика роль належить особливостям особистісного, і перш за все емоційного реагування на специфічну обстановку [2]. М. Айрапетянц, А. Вей визначають невроз як психогенне захворювання, що виникає на фоні властивостей особистості і психічного захисту з формуванням невротичного конфлікту, що функціональних порушеннях в емоційній, вегетативній і соматичній системах [1].

Порушення емоційної сфери займає, особливо у психоаналізі, центральне місце щодо пояснень невротичних захворювань. З. Фрейд вважав, що «неврози не мають якогось їм тільки властивого» [6], або, як висловився К. Юнг, «невротики страждають тими ж самими комплексами, із якими ведемо боротьбу і ми, здорові люди. Усе залежить від кількісних відношень, від співвідношення сил, що борються, до чого призведе боротьба до здоров'я, до неврозу, або до вищої творчості, що компенсує» [8]. За З. Фрейдом, неврози

«зобов'язані своїм походженням конфлікту між «Я» і сексуальністю, конфліктом між «Я» і «Воно» і утворюються в результаті боротьби між інтересами самозбереження і вимогами лібідо. Люди занедужують неврозом, якщо в них віднімається можливість задоволення лібідо, тобто в результаті «змушеної відмови», і симптоми неврозів є заступниками задоволення, що не відбулося» [7]. Це важлива й обов'язкова умова захворювання. Загалом, до числа умов неврозу відносяться: 1) «змушена відмова»; 2) фіксація лібідо; 3) схильність до конфліктів. Симптоми неврозу обумовлюються лібідо і його застосуванням. Захворювання неврозом, за З. Фройдом, відбувається тільки тоді, коли «Я» втрачає спроможність до розподілу лібідо. З. Фройд вважав, що «кожний невроз яким-небудь чином порушує відношення хворого до реальності, що невроз є для нього засобом відмови від реальності й у важких випадках досягає прямо таки втечі з реального життя» [7]. Стверджуючи, що неврози складають перевагу людини перед тваринами, він відносив їх до хвороб особистості, що мають соціальне забарвлення. Він думав, що при неврозі, як і при психозі, відбувається або заміщення реальності, або втрата її: «Наслідком кожного неврозу, а отже, і його тенденцій, є віддалення хворого від реального життя, відчуженість його від дійсності» [7]. Сучасні пошуки граничних моментів психопатології (в т.ч. невротичних проявів) зводяться до – клінічного чинника сучасної теоретичної психіатрії, як от інтеракційного підходу до психопатології, відповідно до якого адекватна кваліфікація психічного стану пацієнта можлива тільки в інтерсуб'єктивному полі (у полі взаємодії лікаря та хворого); - концептуалізації клініки пацієнта лікарем, при співставленні цього з «кліше» аналогів, що «зрозумілі» лікарю (теорія знань лікаря) і визначене протиставлення (в психопатології) *posos et pathos*, у зв'язку з чим можна говорити про непевність рамок тих або інших психопатологічних феноменів (в т.ч. і невротичних) у вигляді не так деякого «відходу» від синдромології, скільки як відображення глибинної тенденції – тенденції суперечливої, тому що спрямованої на велику формалізацію переживань, так як переживання пацієнта можливо оцінити тільки співпереживанням.

Тривожність як емоційний стан характеризує багато невротичних захворювань і, тому ця проблема вже достатньо досліджена в науковій літературі. Враховуючи положення про те, що при невротичних і деяких психосоматичних захворюваннях порушення емоційної сфери відіграють значну роль, логічним було б, для ефективних психотерапевтичних заходів, мета яких – відновити порушену систему відносин людини, передусім, спиратися на корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки, з одного боку, а з другого - використовувати сферу емоцій для надання допомоги.

Щодо змін в емоційній сфері під впливом професійної діяльності, то варто зазначити, що окрім позитивного, саме професійна діяльність має негативний вплив, який виснажує людину та призводить до професійного вигорання. Під цим поняття розуміється певний вид психологічного захисту, створений самою людиною під час психотравматичного впливу [4]. Це професійний стрес, котрий заважає людині керувати своїм життям та врешті респіт призводить до синдрому професійного вигорання, тобто процесу втрати енергії (фізичної, емоційної, психічної). Він відбувається поступово та характеризується фізичною втомою та емоційним виснаженням. Причини цього синдрому можуть бути різними: конфлікти з колегами, відсутність сприятливої психологічної атмосфери в колективі, постійне та тривале напруження на роботі, нездатність самовиразитися як професіонал, невміння

виконати завдання, одноманітність завдань на роботі, надмірні втрати енергії при виконанні роботи, робота без цілі або мети, нездатність взаємодіяти з колективом і особисті конфлікти з іншими людьми. Варто зазначити, що цей механізм захисту виробляється самою людиною заради того, щоб обмежити витрати сил та енергії під час виконання своєї роботи [4].

Виходячи з попереднього обґрунтування, невротизація може бути зумовлена різними факторами, в тому числі й синдромом професійного вигорання. Знаходження зв'язку між змістом невротизації та проблемами емоційної сфери, дає змогу розширити досвід вивчення цього питання. А саме, нами буде винайдено підґрунтя для розробки низки запобіжних методів, що краще забезпечать психологічне здоров'я лікарів.

Нами підібрано підібрано низку методик, котрі найбільше підходять для вивчення цього питання. Базовою методикою у вивченні проблеми емоційних інваріантів невротизації лікарів є методика «Діагностика рівня особистісної невротизації» В. Бойко. Для вивчення емоційної сфери лікарів нами застосовувалась методика Н. Холла «Діагностика рівня емоційного інтелекту» і методика «Орієнтаційна оцінка рівня емоційного благополуччя».

Вибірку дослідження склали лікарі відділення інтенсивної терапії та гемодіалізу (n=20). Дослідження здійснювалося у лютому 2015 року на базі Луцької міської клінічної лікарні №2.

За результатами аналізу отриманих даних за методикою «Діагностика рівня особистісної невротизації» В. Бойко зафіксовано, що 35% респондентів отримали низький рівень особистісної невротизації, інші ж 65% мають високий.

Такі результати було очікуванні, оскільки професія лікаря вимагає великих витрат фізичних, емоційних та вольових ресурсів, що, беззаперечно, негативно впливає на психічне здоров'я індивіда. Звісно, важливим моментом є відновлення сил за допомогою книжок, музики чи якогось хобі. Але іноді цього буває недостатньо для повного відновлення своїх сил, тому ми отримуємо високий рівень невротизації або низький з тенденцією до високого. Крім того варто згадати, що в наш час важко тримати себе в повній емоційній та вольовій гармонії, адже переважно більшість людей страждають від швидкого темпу життя.

З метою подальшої інтерпретації результатів дослідження усі досліджувані були розділені на дві групи: група 1 – лікарі із високим рівнем прояву особистісної невротизації; та група 2 – лікарі із низьким рівнем прояву невротизації. З метою визначення статистично значущих відмінностей у розподілі зафіксованих середніх показників результатів методики, нами був використаний t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок (табл. 1).

Якщо порівняти значення середньогрупових показників методики «Діагностика емоційного інтелекту» Н. Холла у досліджуваних групах, є помітним, що у представників обох груп майже однакові показники за шкалою «усвідомлення емоцій». Що ж стосується показників шкали «управління емоціями», то у досліджуваних з високим рівнем невротизації здатність контролювати власні емоції нижча, ніж у представників протилежної групи. Проте показники за шкалами «самотивація» та «емпатія» виявилися вищими у людей з високим рівнем невротизації. Остання ж шкала «управління чужими емоціями» продемонструвала майже однакові середньогрупові показники. Такі результати свідчать про те, що високий рівень невротизації забезпечує вищу чутливість до емоцій інших та надає людині кращу здатність мотивувати себе навіть в тій сфері, котра їй не цікава.

Таблиця 1.

**Статистично значущі відмінності діагностованих показників
в досліджуваних групах лікарів**

	Група 1	Група 2	t-value	df	p	Valid N	Valid N	Std.Dev .	Std.Dev.	F-ratio	p
рівень невротизації 1 vs. рівень невротизації 2	17,2307	6,14285	7,625	18	0,00	13	7	3,2443	2,79	1,34779	0,7466
усвідомлення емоцій 1 vs. усвідомлення емоцій 2	12,461	10,142	1,9475	18	0,06	13	7	2,10615	3,236694	2,36168	0,1934
управління емоціями 1 vs. управління емоціями 2	1,6153	4,2857	-1,128	18	0,27	13	7	4,89112	5,345225	1,19430	0,7444
самотивація 1 vs. самотивація 2	12,538	6,857	3,2382	18	0,00	13	7	2,90446	5,014265	2,98046	0,1015
емпатія 1 vs. емпатія 2	10,923	8,1428	1,3301	18	0,20	13	7	4,23205	4,879500	1,32937	0,6337
управління чужими емоціями 1 vs. управління чужими емоціями	9,6153	7,8571	1,0229	18	0,31	13	7	3,17643	4,488079	1,99637	0,2902
оцінка емоц благополуччя 1 vs. оцінка емоц благополуччя 2	14,846	14,571	0,2152	18	0,83	13	7	2,93956	2,225395	1,74482	0,5101

Також отримані результати є основою для ствердження що, рівень емоційного благополуччя людини не впливає на рівень прояву її невротизації.

Загалом підводячи підсумки проведеного діагностичного зрізу можемо висувати, що емоційною інваріантою прояву особистісної невротизації лікарів є їх особливості самотивації, а саме, високий рівень невротизації зумовлений високими показниками вміння людини змотивувати себе, налаштувати на роботу та навіть, самотужки заохотити себе до виконання діяльності, а це вимагає великих емоційних і часто фізичних зусиль і витрат енергії у лікарів, які працюють у відділенні інтенсивної терапії та гемодіалізу.

Також отримані результати виступили базою для створення авторської анкети щодо вивчення задоволеністю роботою лікарів.

Анкета складається з 14 питань, спрямованих на розширення знань про задоволеність роботою у лікарів та подальше використання цих знань для розробки рекомендацій щодо їх самомотиваційних тенденцій емоційної сфери.

Перше питання було *«Чи вдається вам відпочити та відновити тонус після вихідних?»*, на який 70% відповіли «так», а інші 30% «ні». Другим же питанням було *«Чи хотіли би ви щось змінити в своїй роботі?»* і всі досліджувані відповіли задовільно, що може свідчити про те, що вони не дуже задоволені своєю роботою та прагнуть позитивних змін. На користь цього також може свідчити той факт, що на питання *«Якими ви бачите перспективи власного розвитку в сфері своєї професії?»* абсолютно всі досліджувані відповіли «ніяких».

Окрім цього відсутність перспектив розвитку, як відомо, може бути основою для розвитку синдрому емоційного вигорання. Також один з досліджуваних уточнив, що для появи перспектив необхідна повна реформація системи медицини, що показує прагнення лікарів до змін, адже при сучасних умовах поява перспектив неможлива. Не менш насторожують відповіді до наступного питання *«Що є для вас основним мотиватором в роботі?»*, де усі лікарі відповіли, що лише фінансова винагорода може змотивувати їх. Це, звичайно, негативно відобразатиметься на продуктивності їх роботи, адже професіонал не повинен мотивуватися лише грошовою винагородою. Тим не менш в їх роботі присутній хоч якийсь мотиватор, що, звісно, є позитивним фактором, що знижує ризик розвинути синдром професійного вигорання у лікарів. Наступним питанням було *«Які клієнти вас злять?»*, і тут можна побачити різноманітні відповіді. Одні відповідали, що їх злять всі, інші ж розповідали лише про дурних клієнтів. Також не раз згадувалися тупі та п'яні люди, котрі вказують лікарям, як виконувати їх роботу. Окрім цього досліджувані дуже не люблять хамів та грубих людей, адже вони створюють їм дискомфорт в роботі. На питання *«Чи задоволені ви своїм керівником?»* 65% відповіло ствердно, 20% заперечно, а 15% не визначилися зі своєю відповіддю, тому відповіли «не знаю». На останнє ж питання *«За що ви вдячні колегам?»* багато хто відповів, що вдячний за підтримку. Деякі вказували, що вдячні за професіоналізм, моральні якості, допомогу, дружелюбність. Була також відповідь, що досліджуваний вдячний за можливість виглядати краще на їх фоні.

Якщо ж говорити про загальну картину за результатами цієї методики методики, то можна сказати, що вона є не дуже негативною, проте й позитивного тут мало. У багатьох досліджуваних присутня тенденція до розвитку синдрому професійного вигорання, хоча її можна прибрати, шляхом внесення змін в систему медичної сфери, котрі були б на користь лікарів. Радує наявність співпраці та солідарності у досліджуваних та мотивації, хоч і грошової.

Для точнішого аналізу ми провели спостереження за лікарями з найнижчим та найвищим показниками. Було проаналізовано їх взаємодію з клієнтами, колегами по роботі, керівництвом. За допомогою спілкування з рідними та близькими, ми змогли більше дізнатися про їх відпочинок на проведення вільного часу.

В результаті спостереження було відмічено, що досліджуваний з найнижчими показниками, (В.А.), більш схильний до імпульсивних та необдуманих дій. В цілому він нормально співпрацює з іншими лікарями та клієнтами, легко виходить на контакт та невимушено спілкується. Проте досить одного невдало сказаного слова в його адресу,

як він вибухає та стає дуже сердитим або навіть агресивним. Керування емоціями на дуже низькому рівні. І не лише негативними емоціями – позитивні емоції також не піддаються контролю і в моменти радості їх також важко тримати під контролем. При цьому цікаво, що він ще більш менш здатен себе мотивувати до будь-якої діяльності, навіть до нецікавої йому. Це, звичайно, є плюсом, проте також може спровокувати викид агресії або злості, адже у досліджуваного емоції важко піддаються контролю. Емпатія також на доволі низькому рівні, адже досліджуваний (В.А.) не часто готовий допомагати іншим та й на вигляд часто здається жорстким або навіть черствим. Також важко дається розпізнавання емоцій інших людей і досліджуваний, як правило, зосереджений лише на собі. Проте, якщо проаналізувати результати проведених методик, він задоволений своїм життям у всіх його сферах. Можна казати про високий рівень невротизації, тому що не рідко досліджуваний зривається на інших, не контролює свої емоції та піддається імпульсивним почуттям та афектам. Як сказали його рідні, як правило він відпочиває за комп'ютером або книжками, проводячи час на одинці, таким чином відпочиваючи. В цілому це заняття є спокійним, проте бажано було б зайнятися якимсь видом спорту, щоб виплескувати свої негативні емоції іншим чином та зменшити напругу після роботи. Як пізніше вказував в анкеті досліджуваний, його легко виводить з рівноваги хамство та тупість хворих. Це є провокатором його агресивної поведінки. Можливо також знижує його продуктивність відсутність перспектив розвитку на роботі або наявність лише одного фактору заохочення – грошового.

Інший досліджуваний з високими показниками, С.Г., показав більшу стійкість до контактів з хворими. Він здатен підтримувати ділові стосунки з колегами та керівництвом, зберігає спокій та майже не зривається. Іноді буває жорстким. На нашу думку, такий спокій проявляється через здатність розуміти свої емоції та почуття і, як результат, вміти керувати ними, контролювати їх, не дозволяючи проявлятися надмірно веселим чи надмірно сумним емоціям. Проте емпатія розвинута дуже добре, що можна помітити під час відпочинку дома, коли досліджуваний стає більш вразливим. Можливо, він пересилує себе, щоб здаватися спокійним на роботі. Маючи високий рівень емпатії він внутрішньо страждає та співпереживає іншим, що потім проявляється лише вдома. Якщо це так, то це підтверджує результати із самомотивації і свідчить про те, що досліджуваний вміє мотивувати себе до будь-якої діяльності, незалежно від зацікавленості нею чи складності. Керування своїми емоціями також розвинуте на доволі високому рівні, що можна побачити під час спілкування досліджуваного з його колегами по роботі. Без сумнівів, досліджуваний вміє швидко та правильно розпізнавати емоції інших людей, адже без цього його робота не була б такою якісною. Проте, якщо вірити його результатам за однією з методик, він не задоволений своїм життям, особливо в емоційній сфері. Ми не виключаємо можливості, що це пов'язано з його високим рівнем невротизації або навіть іпохондрією. Це пригнічує його стан, змушує хвилюватися за своє здоров'я, але, маючи високий рівень самоконтролю, він не показує своїх емоцій та почуттів, тому це збільшує внутрішнє напруження, котре він прагне подолати, дивлячись серіали чи граючи ігри на комп'ютері.

З огляду на отримані результати, нами був розроблений комплекс рекомендацій спрямованих на те, щоб запобігти професійному вигоранню у лікарів відділення інтенсивної терапії.

1. Знизьте монотехнічність та однаковість своєї роботи за допомогою створення невеликої цілі. Створіть список невеликих цілей, та поступово виконуйте кожну з них, обов'язково винагороджуючи себе після виконання.

2. Не вступаєте у конфлікти з колегами чи керівниками, адже це знижує тонус, погіршує настрій та негативно відображається на якості виконаної роботи. Старайтесь вирішувати конфлікти, якщо такі є, мирним шляхом, не бійтеся йти на компроміси.

3. Не беріться за роботу, яку не зможете виконати або не маєте потрібної компетенції для її виконання.

4. Старайтесь не брати на себе надто багато роботи, не витрачайте сил та життєвих ресурсів дарма.

5. Старайтесь конструктивно та адекватно оцінювати свою роботу, враховуючи як позитивні її сторони, так і негативні. Не зосереджуйтесь лише на недоліках виконаних завдань, враховуйте і сильні їх сторони.

6. Не забувайте про психотренінги та відвідини психолога. Професіонали-психологи володіють доволі великим об'ємом знань та досвіду, що допоможе легко та швидко вирішити вашу проблему, допомогти вам та підтримати.

7. Передивіться свої пріоритети – якщо ваша робота шкодить вашому психологічному та фізичному здоров'ю, то можливо потрібно взяти відпустку та відпочити від неї. Адже подальше перебування на ній може негативно відобразитися на вашому здоров'ї та настрої, що також буде змінювати результати вашої діяльності в гіршу сторону.

8. Не забувайте про підтримку друзів та рідних, розповідайте їм про те, що непокоїть вас та хвилює в даний момент.

9. Слідкуйте за раціоном харчування, не вживайте алкогольних напоїв, адже вони шкідливо діють на ваш організм. Фізичне здоров'я є також важливим фактором у появі професійного вигорання, тому потрібно піклуватися не лише про емоційний стан, а й про фізичний, про стан свого тіла.

10. Ніколи не впадайте у відчай та старайтесь уникати таких фраз як «не зможу», «я нездара».

11. Не забувайте приділяти увагу своєму тілу – ходіть на масажі, танці, займайтеся спортом та активним відпочинком.

12. Якщо ситуація дуже важка та ускладнена, то не бійтеся відвідати спеціаліста, котрий завжди допоможе доброю порадою.

13. Не проводьте багато вільного часу в Інтернеті та за комп'ютером. Замість цього ходіть на природу чи в парк.

14. Займіться хенд-мейдом або якимсь ручним хобі, котре вас приваблює. Саме такий вид діяльності допомагає відволіктися від буденних справ та проблем. Окрім цього ви проведете час з користю для себе.

15. Спробуйте зайнятися йогою. Вона знімає напругу та позитивно впливає не лише на наше фізичне тіло, але й на психологічний стан, підіймає емоції та настрої.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Проведена діагностика дає підстави стверджувати, що високий рівень невротизації зумовлений високими показниками вміння людини змотивувати себе, налаштувати на роботу та навіть самотужки заохотити себе до виконання діяльності, а це вимагає великих емоційних і часто фізичних зусиль

і витрат енергії у лікарів, які працюють у відділенні інтенсивної терапії та гемодіалізу. Розроблена система психологічних модулів, спрямована на запобігання професійному вигоранню у лікарів відділення інтенсивної терапії та гемодіалізу, де центральну позицію посідають саморегуляційні навички та самомотиваційні прийоми і техніки збереження особистісного здоров'я.

Для подальшого вивчення проблеми вважаємо перспективними дослідження невротизації лікарів у поглибленні існуючих уявлень про її зміст, форми та механізми прояву, які й будуть визначати динаміку створення продуктивних психологічних засобів з її подолання і профілактики.

Література

1. Айрапетянц М. Г. Неврозы и эксперименты в клинике / М.Г.Айрапетянц, А.М.Вейн. - М. : Наука, 1982. - 320с.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А.Александровский. – М. : Наука, 1976. – 272с.
3. Бондаренко А.Ф. Социальная терапия личности (психосемантический подход) / А.Ф.Бондаренко. - К. : КГПИИЯ, 1991. - 89с.
4. Бурлачук Л. Психотерапия: психологические модели / Л. Бурлачу, А. Кочарян, М. Жидко. – СПб : Питер, 2003. -472 с.
5. Симонов П. В. Потребностно-информационная теория эмоции / П.В.Симонов – Вопросы психологии, 1982. - № 6. - С. 44-56.
6. Фрейд З. Интерес к психоанализу: [сборник трудов] / З.Фрейд – Минск : Попурри, 2004. – 592 с.
7. Фрейд З. Психология бессознательного: [сборник произведений] / сост. М.Г Ярошевский. - М. : Просвещение, 1989. - 448с.
8. Юнг К. Архетип и символ / К.Юнг. - М.: Ренесанс, 1991. -298с.

References

1. Ayrapetyants M. G. Nevrozyi i eksperymenty v klinike / M.G.Ayrapetyants, A.M.Veyn. – М. : Nauka, 1982. – 320 s.
2. Aleksandrovskiy Yu.A. Sostoyaniya psicheskoy dezadapatatsii i ih kompensatsIya / Yu.A.Aleksandrovskiy. – М. : Nauka, 1976. – 272 s.
3. Bondarenko A.F. Sotsialnaya terapiya lichnosti (psihosemanticheskiy podhod) / A.F.Bondarenko. – К. : KGPIIYa, 1991. – 89 s.
4. Burlachuk L. Psihoterapiya: psihologicheskie modeli / L. Burlachu, A. Kocharyan, M. Zhidko. – SPb : Piter, 2003. – 472 s.
5. Simonov P. V. Potrebnostno-informatsionnaya teoriya emotsii / P.V.Simonov – Voprosyi psihologii, 1982. – # 6. – S. 44-56.
6. Freyd Z. Interes k psihoanalizu: [cbornik trudov] / Z.Freyd – Minsk : Popurri, 2004. – 592 s.
7. Freyd Z. Psihologiya bessoznatelnogo: [sbornik proizvedeniy] / sost. M.G. Yaroshevskiy. – М. : Prosveschenie, 1989. – 448 s.
8. Yung K. Arhetip i simvol / K.Yung. – М. : Renesans, 1991. – 298 s.

УДК 159.922.7:616.33-053.6

**ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ
ПІДЛІТКІВ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГІАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ
В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ**

Кукуруза Г. В., Кирилова О. О.

У статті визначено особливості уявлень щодо здоров'я підлітків із гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою. Проаналізовано структуру внутрішньої картини здоров'я цих підлітків та визначені гендерні особливості сприйняття власного захворювання. Наведено підходи до організації їх психологічного супроводу. Визначені завдання та напрямки роботи медичного психолога, що містять корекцію внутрішньої картини здоров'я хворих підлітків в умовах стаціонарного лікування. Підкреслюється важливість психоосвітнього компонента, як підґрунтя для подальшого моделювання поведінки хворого підлітка, спрямованої на лікування та підтримку власного здоров'я.

Ключові слова: підлітки, внутрішня картина здоров'я, гастроєзофагіальна рефлюксна хвороба, психологічний супровід.

The features of ideas on about health of adolescent with gastroezofagialnoyu reflux disease are presented. The structure of the internal picture of the health of adolescents is analyzed. Gender-specific perception of their own disease are highlighted. The approaches to the organization of their psychological support are described. Selection of the task and directions for the work of clinical psychologist for the correction of the internal picture of the health of adolescents are defined. The importance of psychoeducational component, as the basis for further modeling of patient behavior, directed to the treatment and support of their own health are stressed.

Key words: adolescents, internal picture of health, gastroezofagialna reflux disease, psychological support.

В статье определены особенности представлений о здоровье подростков с гастроэзофагиальной рефлюксной болезнью. Проанализирована структура внутренней картины здоровья этих подростков и выделены гендерные особенности восприятия собственного заболевания. Описаны подходы к организации их психологического сопровождения. Выделены задачи и направления работы медицинского психолога, содержащие коррекцию внутренней картины здоровья больных подростков в условиях стационарного лечения. Подчеркивается важность психообразовательного компонента, как основы для дальнейшего моделирования у больного подростка поведения, направленного на лечение и поддержку собственного здоровья.

Ключевые слова: подростки, внутренняя картина здоровья, гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь, психологическое сопровождение.

Збереження здоров'я підростаючого покоління нашої країни – проблема, яка займає центральне місце в дослідженнях фахівців різних галузей вітчизняної науки. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є однією з актуальних медико-соціальних

проблем сучасної гастроентерології, що пов'язано з ростом кількості хворих із цією патологією в усьому світі. Розвиток ГЕРХ у дітей і підлітків не тільки дисбалансиє вегетативну інервацію та призводить до важких ускладнень, але й значно погіршує якість життя хворого [1].

Клінічні прояви ГЕРХ вельми різноманітні та багато чисельні. На їх характер впливають зміни з боку інших органів травної системи, перш за все гастродуоденальна патологія, синдром подразненого кишечника та функціональна диспепсія. До симптомів належать: печія, регургітація, відрижка, дисфагія, одинофагія (біль при проходженні їжі по стравоходу) [2,3]. Наявність цих дискомфортних відчуттів може сприяти викривленню внутрішньої картини здоров'я підлітків.

Тому, одним з вагомих етапів у медико-психологічній підтримці хворих на ГЕРХ, є розробка ефективних психологічних заходів, спрямованих на формування у цих підлітків адекватних та повних уявлень щодо власного здоров'я та діяльності, спрямованої на його збереження та підтримку.

Аналіз існуючої інформації вказує на те, що на сучасному етапі відсутні програми психологічного супроводу, які б базувались на комплексній корекції внутрішньої картини здоров'я підлітків з ГЕРХ, тому метою даної роботи була розробка підходів до організації психологічного супроводу підлітків із ГЕРХ, на підставі визначення особливостей уявлень про власне здоров'я.

Було обстежено 41 підліток (з них 22 хлопці та 19 дівчаток) 14-18 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у педіатричному відділенні клініки ДУ «ІОЗДП НАМН». Особливості уявлень про власне здоров'я у підлітків визначалися на підставі інтерв'ювання та методики дослідження внутрішньої картини здоров'я (МД ВКЗ) підлітків [4]. Було проведено аналіз текстів міні-творів «Мое здоров'я».

Проведене інтерв'ю мало напівструктурований характер, містило відкриті запитання, які дозволяли виявити власні уявлення хворого підлітка щодо характеру скарг та больових відчуттів, уявлення про наявне захворювання, визначення мотивації щодо його лікування та обізнаність з питань здорового способу життя

Внутрішню картину здоров'я розкривали структурні та динамічні характеристики. Структурні компоненти ВКЗ відображали змістовність уявлень підлітка щодо власного здоров'я. В змістовній частині ВКЗ були виділені поведінковий, емоційний, потребовий, ціннісний, самооцінковий, тілесний, вольовий, компоненти контролю, віри та сподівань на одужання, середовищний, міжособистісний, сімейно-батьківський, компонент соціальних досягнень та когнітивно-декларативний компоненти.

Динамічні характеристики відображали особистісну специфіку ВКЗ, динаміку її функціонування в індивідуальній свідомості. Функціональні характеристики мали вигляд номінативних шкал і розкривали ступінь привласнення індивідом знань та уявлень про здоров'я, спрямованість щодо прагнення індивіда до здорового способу життя, наявність полюсів «здоров'я-нездоров'я», локус контролю в формуванні власного здоров'я.

Для оцінки достовірності різниці отриманих результатів застосовували ϕ - критерій кутового перетворення Фішера

Аналіз отриманих даних показав, що структурі ВКЗ підлітків із ГЕРХ перші рангові місця за частотою зустрічаємості посідали самооцінковий компонент (70,7 %), який вказує

на оцінювання хворим підлітком свого здоров'я, поведінковий (58,5 %), який вказує на конкретні дії та поведінку підлітка щодо власного здоров'я та способу життя, та тілесний компонент (46,3 %), що вказує на концентрацію уваги індивіда на своїх тілесних відчуттях та відчуттях дискомфорту та болі. Звертає на себе увагу те, що поведінковий компонент серед хлопців із ГЕРХ зустрічався на 20,8 % частіше, ніж у дівчат (68,2 % проти 47,4 %), а тілесний компонент достовірно частіше реєструвався навпаки у дівчаток, ніж у хлопців (63,2 % проти 31,8 % , $P_f < 0,02$)

У третини досліджуваних (27,3% хлопців та у 31,4 % дівчат) серед структурно-змістовних компонентів визначалися емоційний компонент (наявність емоційних реакцій щодо здоров'я або хвороби) та когнітивно-декларативний компонент (який вказує на наявність знань та власних уявлень щодо своєї хвороби).

Мотиваційно-потребовий компонент (який вказує на наявність у підлітка розуміння необхідності бути здоровим) у дівчат із ГЕРХ зустрічався в 3,5 разів частіше ніж у хлопців (15,8 % проти 4,5 %)

Компонент віри в одужання зустрічався у 17,1 % хворих підлітків, майже з однаковою частотою за гендерною ознакою. Він включав сподівання підлітка на одужання, зцілення, швидше подолання хвороби. Цей компонент характеризувався наявністю наступних висловів: «Я сподіваюсь, що мене вилікують від моєї хвороби», «Я бажав би швидше одужати», «Я сподіваюсь, що після стаціонару моє здоров'я стане краще».

Аналіз показників динамічних шкал внутрішньої картини здоров'я підлітків із ГЕРХ показав переважання ретрофлексивної позиції (100 %), яка відображає особистісний погляд на власне здоров'я. Це вказує на формування сприйняття цими підлітками поняття здоров'я з позиції особистості.

Під час аналізу показників шкали спрямованості індивіда на здоров'я та здоровий спосіб життя виявилось, що за градацією «Діяльність, спрямована на підтримку здоров'я» відсоток хворих хлопців значно вищий ніж у дівчат (54,5 % та 36,8 %). Але ж дівчата характеризувались більшою наявністю лише прагнення до збереження та підтримки здоров'я, декларуванням здорового способу життя без наявності елементів поведінки щодо збереження здоров'я (57,9 % проти 22,7 % , $P_f < 0,01$). Це відображалось наявністю в творах дівчат таких висловлювань: «Я хочу позбутися неприємних відчуттів після прийому їжі», «Я прагну поліпшити своє здоров'я», а у хлопців: «Щоб бути здоровим я дотримуюся дієти», «Я веду здоровий спосіб життя». В той же час, у хворих хлопців в 2 рази частіше зустрічалось заперечення наявного захворювання (22,7 % проти 10,5 % у дівчат) Для них були характерні такі висловлювання, як «Я не вважаю себе хворим», «В мене нічого не болить, я здоровий» й таке інше.

Хлопці із гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою частіше розкривали внутрішню картину здоров'я, торкаючись порушень здоров'я (40,9 %), тоді як дівчата частіше ВКЗ розкривали через полюс здоров'я (36,8%). Амбівалентну позицію займали майже третина обстежених підлітків.

Слід зауважити, що більшість хворих підлітків 78 % не визначали локус контролю (ЛК) власного здоров'я, а саме, у своїх творах вони не торкалися питання хто несе відповідальність за його збереження. У 7 % творів підлітків був відмічений екстернальний ЛК, та лише у 14 % був у наявності інтернальний ЛК.

Для визначення цілісної картини системи уявлень підлітків із ГЕРХ щодо здоров'я, хвороби та лікування дані, були проаналізовані дані інтерв'ю, які віддзеркалюють усвідомлюване ставлення до заданих феноменів.

При аналізі інтерв'ю, для проведення статистичного аналізу були обрані наступні питання:

- Які в тебе скарги, як ти себе почуваєш?
- Як ти сприймаєш своє захворювання, що це для тебе?
- Що ти робиш з того, що рекомендував тобі твій лікар?
- Що впливає на твоє здоров'я?
- Хто несе відповідальність за твоє здоров'я?

На питання, що відображають сприйняття хвороби та власні тілесні відчуття, наявність больового дискомфорту відмітили 50 % хворих підлітків, 33,3 % називали свою хворобу («В мене гастрит», або «Я хворію на гастродуоденіт») інші обмежувалися висловлюваннями типу «В мене щось із шлунком».

При опитуванні всі 100 % підлітків відмітили виконання лікарських призначень («Дотримуюся дієти», «Приймаю таблетки», «Ходжу на процедури»). 83,3 % підлітків налаштовані далі, після виписки із стаціонару, дотримуватися дієти.

Незалежно від статі половина хворих підлітків бере тільки на себе відповідальність за стан власного здоров'я, майже третина (33,3 %) покладають відповідальність на лікарів, а 16,7 % вважають, що за стан їх здоров'я несуть відповідальність батьки.

Значно більша кількість підлітків, що беруть на себе відповідальність за своє здоров'я при прямому опитуванні на відміну від проєктивного тестування (50 % проти 14 %, $R_f < 0,01$), може свідчити про бажання підлітків демонструвати посідання відповідальної позиції, що є показником дорослішання та бажанням отримати соціально-схвальну характеристику від дорослого.

Відносно впливу на здоров'я як фактори 50 % хворих підлітків відмітили лікування, 50 % - харчування та дієту, 33,3 % - здоровий спосіб життя, заняття спортом.

Таким чином, при аналізі ставлення підлітків із ГЕРХ до власного здоров'я встановлена наявність низької інформованості підлітків щодо власного захворювання. Лише половина підлітків відмічають наявність дискомфорту та неприємних відчуттів після прийому їжі, достовірно частіше це дівчата, ніж хлопці. У хворих хлопців в 2 рази частіше зустрічалося заперечення наявного захворювання. У дівчат розуміння необхідності бути здоровим зустрічалося в 3,5 рази частіше ніж у хлопців, але поведінковий компонент та діяльність спрямована на підтримку власного здоров'я притаманна частіше хлопцям. Дівчата характеризувались більшою наявністю лише прагнення до збереження та підтримки власного здоров'я, декларуванням здорового способу життя без поведінки, спрямованої на збереження здоров'я.

Хлопці із гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою частіше розкривали внутрішню картину здоров'я, торкаючись хвороби, тоді як дівчата частіше ВКЗ розкривали через полюс здоров'я.

Слід зауважити, що половина хворих підлітків із ГЕРХ відмітили лікування та правильне харчування, як головні фактори, що впливають на їх здоров'я, третина підлітків звернуло увагу на здоровий спосіб життя та спорт. Незалежно від статі половина хворих

підлітків бере тільки на себе відповідальність за стан власного здоров'я, третина покладають відповідальність на лікарів. Переважна більшість підлітків налаштована далі, після виписки із стаціонару, дотримуватися дієти та рекомендацій лікарів.

Отримана інформація дала підстави для розробки комплексної системи медико-психологічного супроводу підлітків з даною патологією.

Метою психологічного супроводу підлітків із ГЕРХ в умовах стаціонару було визначено оптимізацію ставлення до свого здоров'я шляхом корекції ВКЗ.

Організація психологічного супроводу підлітків із ГЕРХ в умовах стаціонару повинна складатися з чотирьох етапів: підготовчого, діагностичного, етапу формування та реалізації програм психологічного супроводу та етапу оцінки ефективності проведеної роботи (табл.1).

Таблиця 1

Етапи психологічного супроводу підлітків із ГЕРХ в умовах стаціонару

	Мета	Методи	Форма роботи
I етап	збирання психологічного анамнезу, встановлення контакту та формування мотивації на спільну роботу.	аналіз медичної документації, інформування, мотивування.	індивідуальні зустрічі.
II етап	визначення інформованості підлітка щодо хвороби, визначення особливостей ВКЗ підлітка та особливостей ставлення до його здоров'я.	психодіагностичний.	індивідуальні зустрічі.
III етап	створення та реалізація програм психологічного супроводу	психоосвітній, що містить сфокусовані бесіди та дискусії; консультування, прийоми арт-терапії, когнітивно-поведінкової та позитивної психотерапії.	індивідуальна психокорекція, групові заняття.
IV етап	оцінка ефективності проведеної роботи .	психодіагностичний.	індивідуальні зустрічі.

Враховуючи низьку інформованість щодо власної хвороби та її наслідків, особливого значення в системі психологічного супроводу набуває психоосвітній компонент, який створює підґрунтя для подальшого моделювання потрібної поведінки, спрямованої на лікування та підтримку власного здоров'я. Основними завданнями психоосвітньої роботи є: «освіта» шляхом доступного для підлітка та його батьків викладення інформації щодо захворювання (гастроезофагіальної рефлюксної хвороби) та його наслідків; донесення

важливості медикаментозного лікування та виконання призначень лікаря щодо організації прийому їжі; формування у пацієнтів адекватного ставлення до захворювання; формування у хворого підлітка інтернального локусу контролю власного здоров'я, а також усвідомлюваної поведінки щодо виконання та дотримання режиму лікування.

Таким чином, отримані результати свідчать про необхідність розробки програм психологічного супроводу підлітків із зазначеною патологією з урахуванням індивідуальних особливостей їх уявлень про власне здоров'я. Наступним етапом дослідження передбачається апробація програм супроводу та оцінка ефективності запропонованої системи.

Література

1. Боярська Л.М. Прогностичні фактори ризику розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей і підлітків із хронічною гастродуоденальною патологією [Текст] / Л.М. Боярська, К.О.Іванова // Запорожский медицинский журнал. – 2013. – № 6(81). – С. 13-17.
2. Боярська Л.М. До питання про частоту та особливості проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби [Текст] / Л.М. Боярська, К.О. Іванова // Современная педиатрия. – 2010. – № 2. – С. 162-163.
3. Зубаренко О.В. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей: сучасний погляд на патогенез і клініку [Текст] / О.В. Зубаренко, Т.Ю. Кравченко, К.О. Лосєва // Здоровье ребенка. – 2012. – № 1(36). – С. 15-18.
4. Кукуруза Г.В. Комплексна оцінка внутрішніх уявлень про здоров'я підлітків із затримкою статевого розвитку [Текст] : метод. рек. / ДУ «ІОЗДП АМНУ»; уклад. : Г.В. Кукуруза [та ін.]. – К., 2011. – 27 с.

References

1. Bojars'ka L.M. Prognostichni faktori riziku rozvitku gastroezofageal'noï refljuksnoï hvorobi u ditej i pidlitkiv iz hronichnoju gastroduodenal'noju patologijeju [Tekst] / L.M. Bojars'ka, K.O.Ivanova // Zaporozhskij medicinskij zhurnal. – 2013. – № 6(81). – S. 13-17.
2. Bojars'ka L.M. Do pitannja pro chastotu ta osoblivosti projaviv gastroezofageal'noï refljuksnoï hvorobi [Tekst] / L.M. Bojars'ka, K.O. Ivanova // Sovremennaja pediatrija. – 2010. – № 2. – S. 162-163.
3. Zubarenko O.V. Gastroezofageal'na refljuksna hvoroba u ditej: suchasnij pogljad na patogenez i kliniku [Tekst] / O.V. Zubarenko, T.Ju. Kravchenko, K.O. Loseva // Zdorov'e rebenka. – 2012. – № 1(36). – S. 15-18.
4. Kukuruza G. V. Kompleksna ocinka vnutrishnih ujavlen' pro zdorov'ja pidlitkiv iz zatrimkoju statevogo rozvitku [Tekst] : metod. rek. / DU «IOZDP AMNU»; uklad. : G.V. Kukuruza [ta in.]. – K., 2011. – 27 s..

Надійшла до редакції 21.03.2016

Відомості про авторів

Барінова Наталія Вікторівна, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри прикладної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

Бондаренко Олександр Федорович, член-кореспондент НАПН України, Віце президент ОППЛ, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології Київського національного лінгвістичного університету

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

Кирилова Олена Олександрівна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділення психології розвитку ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН», м.Харків

Кожевнікова Вікторія Анатоліївна, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник відділу медичної психології НДІ неврології, психіатрії та наркології АМН України

Кочарян Гарнік Суренович, доктор медичних наук, професор, Харківської медичної академії післядипломної освіти

Кочарян Олександр Суренович, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Кукуруза Ганна Володимирівна доктор психологічних наук, провідний науковий співробітник, завідувач відділенням психології розвитку ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН», м.Харків

Лушин Павло Володимирович, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри загальної та практичної психології ДВНЗ «Університет менеджменту освіти»

Максименко Сергій Дмитрович, доктор психологічних наук, професор, академік-секретар відділення психології, вікової психології і дефектології НАПН України Інститут психології НАНП України, директор; декан медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольца

Маркова Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України

Мисенг Дарья Вячеславна, магістр психології, практикуючий психолог

Терещенко Надія Миколаївна, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

Філоненко Любов Миколаївна, бакалавр психології, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Шаповалова Лілія Олександрівна, кандидат філософських наук, доцент КИСТ ЭИГМУ «КПУ» імені Р. Г. Хеноха, психотерапевт, ко-тренер УСП, (клиент-центрированная терапия)

Шестопалова Людмила Федорівна, доктор психологічних наук, професор, завідувач відділу медичної психології НДІ неврології, психіатрії та наркології АМН України

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

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) была создана в 2012 году. До этого времени функционировала с 2000 г. Мастер-школа клиент-центрированной психотерапии, созданная доктором психологических наук, профессором Кочаряном Александром Суреновичем, 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 Суренович - профессор, д. психол. н. (член единого профессионального реестра психотерапевтов Европы); 2) Кочарян Гарник Суренович - 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. К. т. +38(067)9004030

Институт заинтересован в сотрудничестве и организации проведения программ института. Контакт: +38(050)3001257, e-mail kochar50@yandex.ru (проф. Кочарян А.С.)

Наукове видання

Психологічне консультування і психотерапія

Випуск 5 Том 1

Українською, англійською та російською мовами

Підписано до друку 24.06.2016 р. Формат

Папір офсетний. Друк ризограф. Ум. друк. арк. 6,8 . Обл-вид. арк. 7,3.

Тираж 100 пр. Зам. № Ціна договірна.

61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна.

Видавництво.