

ISSN 2410-1249

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

Психологічне консультування і психотерапія
Випуск 7, Том 1

**Psychological
counseling
and psychotherapy**
Issue 7, Vol. 1

**Психологическое
консультирование
и психотерапия**
Выпуск 7, Том 1

Започаткований 2014 року

Харків 2017

У журналі представлено різноманіття психотерапевтичних підходів, 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, взаємодію психотерапії та культури тощо. Для психотерапевтів, консультантів, практичних психологів та всіх, хто цікавиться питаннями надання психотерапевтичної допомоги.

В журналі представлено різноманітні психотерапевтичні підходи, модальності та методики, пов'язані 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, взаємодії психотерапії та культури та тому подібне.

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

Затверджено до друку рішенням Вченої ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 9 від 19.06.2017).

Збірник наукових праць є фаховим виданням у галузі психології згідно наказу МОН України №695 від 10.05.2017.

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

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

Відповідальний редактор – Барінова Н. В. кандидат психологічних наук, доцент (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, доцент кафедри прикладної психології).

Технічний секретар – Гірич С. А. (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, старший науковий співробітник кафедри ядерної та медичної фізики фізико-технічного факультету).

Члени редколегії:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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: pctkarazin@gmail.com

Статті пройшли внутрішнє та зовнішнє рецензування.

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

З М І С Т

Психологічне консультування та психотерапія	6
Бондаренко А. Ф., Федько С. Л. Сучасний стан проблематики соціокультурної компетенції практикуючих психологів	6
Данута Гржесяк-Вітек, Марцеліна Пук Скільки батьків дітей дошкільного віку знають про запобігання розладів мовлення?	18
Кривоконь Н. І. Особливості наснаження як практики ресоціалізації комбатантів з обмеженими фізичними можливостями	28
Седих К.В., Зозуль Т.В. Індивідуальний еротичний код у роботі з подружньою парою	38
Кочарян А.С., Барінова Н.В. Трансформація структури сім'ї і системи цінностей: аналіз случая казуїстичної нав'язливості	46
Медична психологія та сексологія	53
Кочарян Г.С. Розлади оргазму: дефініції і епідеміологія	53
Гендерна психологія та психотерапія	67
Говорун Т., Кікінежді О., Шульга І. Гендерна терапія як інновація в консультації з молодими подружніми парами	67
Палій В. С., Гранкіна А. О. Психологічні особливості гендерної поведінки осіб раннього підліткового віку	76
Кочарян О.С. Гомосексуальність: аналіз випадка	84

C O N T E N T

Psychological counselling and psychotherapy	6
Bondarenko A.F., Fedko S.L. The current state of the problematics of socio-cultural competencies of a practicing psychologist	6
Danuta Grzesiak-Witek, Marcelina Puk M.A. How much parents of pre-school children know about speech disorder prevention, based on research	18
Krivokon N.I. Special aspects of inspiration as practice of resocialization of combatants with disabilities	28
Sedykh K.V., Zozul T.V. Individual erotic code in working with married couple	38
Kocharian O.S., Barinova N.V. Transformation of family structure and system of values: case analysis of casuistic compulsion	46
Medical psychology and sexology	53
Kocharian G.S. Disorders of orgasm: definitions and epidemiology	53
Gender psychology and psychothera	67
Tamara Hovorun, Oksana Kikinezhdi, Iryna Shulha Gender therapy as innovation in consulting of young married couple.....	67
Paliy V.S., Grankina A.O. Psychological peculiarities of gender behavior of persons of early adolescence	76
Kocharian O.S. Homosexuality: case analysis.....	84

СОДЕРЖАНИЕ

Психологическое консультирование и психотерапия	6
Бондаренко А. Ф., Федько С. Л. Современное состояние проблематики социокультурных компетенций практикующего психолога	6
Данута Гржесяк-Витек, Марцелина Пук Сколько родителей детей дошкольного возраста знают о предотвращении расстройств речи?	18
Кривоконь Н.И. Особенности наснажения как практики ресоциализации комбатантов с ограниченными физическими возможностями.....	28
Седых К.В., Зозуль Т.В. Индивидуальный эротический код в работе с супружеской парой ..	38
Кочарян А.С., Барина Н.В. Трансформация структуры семьи и системы ценностей : анализ случая казуистической навязчивости.....	46
Медицинская психология и сексология	53
Кочарян Г.С. Расстройства оргазма: дефиниции и эпидемиология.....	53
Гендерная психология и психотерапия	67
Говорун Т., Кикинежди О., Шульга И. Гендерная терапия как инновация в консультировании молодых супружеских пар	67
Палий В.С., Гранкина А.О. Психологические особенности гендерного поведения лиц раннего подросткового возраста.....	76
Кочарян А.С. Гомосексуальность: анализ случая.....	84

РОЗДІЛ: ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 159.9.07:[364-784:316.6](043.3)

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМАТИКИ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПРАКТИКУЮЩЕГО ПСИХОЛОГА**Бондаренко А. Ф., Федько С. Л.**

Текст статьи представляет собой попытку теоретического освещения специфики оказания психологической помощи на современном этапе. Особое значение уделяется ряду социокультурных явлений, которые, так или иначе, сказываются на особенностях функционирования и формирования ведущих тенденций обсуждаемой профессиональной области. Представлен анализ базисных аспектов, способствующих продвижению идеи культуросообразности психологической помощи путем развития социокультурной компетентности психологов-практиков.

Ключевые слова: психологическое консультирование, психотерапия, социокультурная компетентность, принцип культуросообразности, антипсихиатрия, панпсихологизация, универсализация, индигенизация.

Текст статті становить спробу теоретичного висвітлення специфіки надання психологічної допомоги на сучасному етапі. Особливе значення приділяється низці соціокультурних чинників, що, так чи інакше, позначаються на своєрідності функціонування і формування провідних тенденцій професійної сфери що аналізується. Подано розгорнутий аналіз базових аспектів, що сприяють просуванню ідеї культуродоцільності психологічної допомоги шляхом розвитку соціокультурної компетентності психологів-практиків.

Ключові слова: психологічне консультування, психотерапія, соціокультурна компетентність, принцип культуродоцільності, антипсихіатрія, панпсихологізація, універсалізація, індигенізація.

The article presents theoretical coverage of socio-cultural competence issues in psychological counseling at the present stage. Particular importance is given to a number of social phenomena, which affect the functioning and the leading trends of the professional field under discussion. The analysis of the basic factors promoting the idea of cultural appropriateness of psychological assistance through the development of socio-cultural competence of psychologists is presented.

Key words: counseling, psychotherapy, socio-cultural competence, the culture appropriateness principle, antipsychiatry, panpsychologization, universalization, indigenization.

Постановка проблемы

Современное состояние консультативной психологии показывает вполне определенную тенденциозность в предпочтениях мировоззренческих и методологических ориентиров отечественными психологами. В частности, это проявляется в стремлении к выбору теоретико-методологических ориентаций, исходя из критериев популярности,

общедоступности или инновационности без учета их мировоззренческих и идеологических оснований. Последнее особенно характерно для свежееиспеченных выпускников психологических специальностей, для лиц, получивших ускоренную подготовку по психологии как второму высшему образованию, а также для тех, кто, побывав в роли клиента, «почувствовали призвание» помогать людям.

Вследствие массовости подобных явлений, ориентиры для выбора консультативного подхода постепенно смещаются от реальных задач практической деятельности в сторону мнимых «всесильных» методов и техник, овладение которыми воспринимается как своеобразный «ярлык на княжение» в профессии. Внешне профессиональному взгляду открывается следующая, довольно убогая, картина. Одни из таких коллег склонны искать причины абсолютно всех психологических неблагополучий в детском возрасте или травмах предыдущих поколений семьи, даже если страдающий человек понятия об этом не имеет. Другие трактуют состояние обратившегося за консультацией человека как возможность личностного роста, налегая на различного рода интерпретации и пытаясь искать «позитив» в сложившихся обстоятельствах. Третьи эксплуатируют экзистенциалистскую или теологическую семантику.

Ситуация усугубляется и тенденцией последних лет к коммерциализации психологии [6, с. 7], где определяющим является известный в экономике закон спроса и предложения. За последние полвека количество терапевтических школ, подходов и методов в психологическом консультировании и психотерапии резко возросла. Так, в 1959 году Р. Харпером было выделено 36 отдельных систем в психотерапии [19]. В 1976 году М. Парлофф насчитал уже 130 их разновидностей [9, с. 15] но только 17 самостоятельных модальностей [17, с. 10]. В 1980 г. Р. Херинк описал более 250 подходов в консультировании и психотерапии [20]. В 1986 г. Б. Карозу отметил наличие более 400 консультативных и психотерапевтических подходов [17, с. 10]. Согласно последним данным, их численность к настоящему моменту значительно превысила 400 и продолжает увеличиваться [9, с. 15]. Если учесть, что на сегодняшний день не существует четких рамок и критериев того, что именно можно называть консультативным или психотерапевтическим подходом, становится ясно, отчего определение точного их количества не просто проблематично, а вряд ли возможно [17, с. 10]. Ситуация усугубляется и тем фактом, что в последние десятилетия список так или иначе обоснованных подходов стал активно пополняться псевдонаучными, околонуучными и попросту ненаучными способами работы так называемой поп-психологии, в которой выдумки и мифы, эксплуатирующие суггестивность, подаются в качестве научных фактов, в результате чего разнообразные тренинги, принимающие вид дрессуры любых направлений и свойств, как правило, идеологически ангажированных, стали таким же повседневным явлением как, к примеру, курсы иностранного языка. В качестве доказательства приведем мнение А. И. Юрьева относительно вторжения в психологию псевдопсихологов и отсутствие у постсоветских психологов ментальной рефлексии: «Отечественная психология, будто не замечает того, что происходит вокруг нее, и более того, свободная от любых норм и правил, сама стала втягивать в себя абсолютно чуждые ей по духу и по истории учения и верования» [15]. Более того, констатируется, что в последние годы классическая психология в значительной степени стала проигрывать эзотерическим и псевдопсихологическим сектам и течениям,

оказывающим воздействие не только на отдельного индивида, но и на семьи, производственные коллективы, социальные группы и слои. Если принять во внимание практически неограниченное воздействие компьютерных технологий на массовое сознание с их социальными сетями, «черным» интернетом и т.п., то лавинообразное распространение так называемой массовой психологической культуры, обозначенное А. Г. Асмоловым термином «тотальная психологизация», с ее вульгаризацией, упрощением и искажением действительности, вполне можно и даже необходимо считать массовой манипуляцией, если не употребить более резкого слова, к примеру, оболваниванием. Идеалом подобной манипулятивной, а, по существу, фантомной, деятельности являются универсальные ответы на вечные вопросы: что делать, как жить, кем стать. Независимые переменные: время жизни, эпоха, способности и возможности человека, жизненные обстоятельства и другие сопутствующие и ограничивающие факторы, конечно же, в расчет не принимаются. Яркой иллюстрацией этому могут служить банальные постулаты «позитивного мышления», многообещающие приемы визуализации желаемых образов путем составления карт желаний, универсальные советы, рецепты «успеха», под которыми подразумевается, в первую очередь, достижение материального благополучия и т.п.

Красноречивым проявлением идеологизаторско-манипулятивного воздействия на психологическую науку, ознаменовавшего собой целую эпоху, стала идеология панпсихологизации, влекущая за собой размывание границ нормы и патологии, неразличение проблематики психологической и клинической, непризнание понятия «диагноз». Панпсихологизация в консультативной практике, восходящая к теории и практике фрейдизма, получила мощный импульс в начале 60-х годов XX столетия после принятия Британским парламентом закона, известного как «Закон о деинституализации психиатрии (от 29.12.1959 г.)». Именно этому решению метрополии Британского содружества, (а это 52 страны, включая Канаду, Австралию, Новую Зеландию и др.), мир обязан зарождением антипсихиатрического движения, получившего могучую финансовую поддержку, т.е. гранты, финансирование кино- и литературной продукции, создание психологических центров наподобие Эсаленского института, развертывание специфических проектов с применением психотехнологий и наркотиков (разработки Тэвистокского института в Великобритании, проект МК-ультра в США), финансирование антипсихиатрических концепций (Р. Д. Лейнг, Д. Купер, Ф. Базалья, Т. С. Сасс и др.). Закономерным итогом развития этих процессов в наши дни стал феномен так называемой постпсихиатрии («психиатрия без психиатра») – концепция, которая, как известно, пытается возвыситься над искусственным конфликтом «психиатрия – антипсихиатрия», принимает в расчет социальные и культуральные аспекты жизни человека, рассматривает личностные ценности как проявление самости индивида, стремится минимизировать медицинский контроль, особенно связанный с принудительным лечением [7, с. 123]. Все эти проблемы безусловно заслуживают всестороннего и глубокого изучения, поскольку, на наш взгляд, они не являются ни сугубо умозрительными, как может показаться в первом приближении, ни простым следствием развития рефлексии в эпоху постмодерна. Все гораздо сложнее.

Дело, возможно, заключается в том, что все острее осознается невозможность тотальной стандартизации личностного сознания. Все явственнее заявляет о себе понимание того факта, что индивидуальное сознание – это конгломерат личностного, группового,

общинного, социального, этнического и других компонентов, каждый из которых в той или иной степени может быть отрефлексирован – с помощью другого или самостоятельно. И при этом распространение и навязывание как условно нормативных, так и условно или безусловно ненормативных стандартов мировосприятия и поведения отнюдь не несет в себе конструктивного посыла, а, наоборот, способно выполнять как раз деструктивные функции, в частности, размывать и проблематизировать не столько даже понятие нормы, сколько понятие истины. В этом смысле мы, профессионалы, работающие в области помогающих профессий, сталкиваемся с реальной проблемой эпохи постмодерна – проблемой понимания неоднозначности реальности и необходимости предельно точной, прецизионной, с учетом конкретных аспектов, уровней, детерминаций рефлексии происходящего с человеком. И любая примитивизация из вышеописанных тенденций искажает не только принципы, но и смыслы деятельности практикующего психолога.

Подходы к решению

Изложенное выше имело целью прояснить и очертить реальные условия, в которых формируется профессиональное сознание современных практикующих психологов. Легко видеть, что они далеки от традиций классической психологии и детерминированы, скорее, веяниями моды и идеологии, нежели собственно научными традициями. С учетом этого, сосредоточимся прежде всего на возможных подходах к преодолению подобного рода примитивизации профессиональной деятельности. Во главу угла мы выносим решение проблемы подготовки психолога-практика с учетом социокультурных детерминаций как его деятельности, так и личностного сознания – и его самого, и его клиентов. Такой подход восходит, в частности, к постулату Ж. Лакана о культурно-исторической обусловленности консультативного процесса. Как указывал не просто представитель структурного психоанализа, а и теоретик культуры, «... Но никто не может уйти от своего культурного наследия. Некоторые психологические теории имеют тенденцию к антиисторизму и недооценивают влияние культурной принадлежности клиента. Они фокусируются в основном на отношениях клиент – психолог, игнорируя более интересные факты их взаимодействия» [Цит. по 8, с. 154]. Подход этот также обязан многим и практической, эмпирической феноменологии К. Ясперса, который первым предложил учитывать не только клинические, но и социальные детерминанты при описании и анализе конкретного случая психопатологии. И, конечно, отдельную ценность представляют положения, развивающие идеи П. Жане в рамках культурно-исторической школы Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурии. В частности, в трактовке высшей психической деятельности как производной от социальной жизни и социального научения; в обосновании отношений в системе «субъект – среда» через категорию социально-культурного контекста, в понимании особенностей формирования психологических новообразований посредством усвоения культурно-исторического опыта.

Изучение репрезентации феномена культуросообразности в профессиональном сознании современных психологов-практиков реализуется путем исследования их социокультурной компетентности, которая, в свою очередь, базируется на должном уровне социокультурной рефлексии. К сожалению, приходится констатировать, что анализ этнокультурного и ценностно-смыслового компонента современных тенденций

психологической практики усложняется такой трудно искоренимой особенностью наших коллег как психотехническое эпигонство. В основе этой тенденции лежит описанный А. М. Эткингом при сравнении современной российской и американской культур феномен *люкримакса*, т.е. предпочтение субъектом чужого как настоящего и обесценивание им собственного как ненастоящего и малозначимого. Именно профессиональный *люкримакс*, своеобразный пережиток 80-х годов прошлого века, выступает отличительной чертой дилетантизма в современной отечественной консультативной психологии [14, с. 2]. Причем, что характерно, неверно было бы думать, что это явление носит сугубо стихийный характер. Как раз наоборот. Внедрение инокультурных ценностей в постсоветский социум осуществляется, и намеренно, путем применения так называемой «мягкой силы». Одним из стратегических ресурсов и средств воздействия здесь традиционно выступает культура страны, которая, несомненно, играет первостепенную роль в формировании ментальных структур ее представителей [21, с. 11]. А главными инструментами являются интеллектуальные паттерны, когнитивные установки, различного рода привлекательные идеи и образы, присущие конкретной профессиональной деятельности. В итоге, это «мягкое воздействие» субъективно воспринимается как внутренний свободный выбор и предполагает акт добровольного подчинения навязываемой тенденции [10], что, собственно, абсолютно соответствует идеям теории «культурно-идеологической гегемонии», разработанной Антонио Грамши [5].

Исходя из указанных позиций, есть все основания рассматривать систему оказания психологической помощи не как автономное образование, эдакий социальный эпифеномен, а во взаимосвязи с целокупностью социо-культурно-исторических подструктур существования общества. Несложно при этом проследить влияние и «духа времени», и воздействие конкретных идейных направлений на содержание и форму модных ныне школ психологического консультирования. Так, например, трудно отрицать определяющее влияние философской Франкфуртской школы из Института социальных исследований, идейного движения «New Age», как, собственно, и общий социокультурный бэкграунд жизни в штате Калифорния в 60-70-е годы прошлого века в сочетании с деятельностью уже упоминавшегося Эсаленского института (обращение к неоязычеству, легализация наркотических веществ т.д.) на становление и развитие постмодернистских психотехнических практик.

Вот это-то понимание предопределенности функционального поля профессиональной деятельности психолога самими условиями взаимодействия с носителями и выразителями определенного менталитета, психологические трудности которых обычно детерминированы рядом социокультурных факторов среды обитания, и диктует необходимость предъявления специфически гуманных и гуманитарных требований к компетентности специалистов помогающих профессий.

В частности, речь идет о наличии у психолога-практика такого профессионального качества как *культурная компетентность*, т.е. обретенная способность учета специфических историко-культурных особенностей клиента - этнической, религиозной или мировоззренческой принадлежности и понимание того, как вышеуказанные факторы способны влиять на формирование личности, ее взглядов, убеждений, потребностей и т.д. Это, в свою очередь, требует глубоких знаний не только в области психологической науки,

но и в области смежных дисциплин, таких как антропология, культурология, философия, религиоведение, история и т. д.

Обращаясь к зарубежному опыту, отметим, что, к примеру, этический стандарт Американской психологической ассоциации (APA Ethics Code), подчеркивая важность учета этнической и культурной принадлежности клиента в консультативном процессе, выделяет особое профессиональное качество психолога-консультанта – *культурную компетентность* (cultural competence), включающую в себя такие составляющие как: культурная сензитивность (cultural sensitivity), культурная осведомленность (cultural knowledge), культурная эмпатийность (cultural empathy), культурная поддержка (cultural guidance) [18]. Подчеркивается, что неперенными чертами культурно-компетентного психолога выступают: развитость критического научного мышления, препятствующая выдвиганию ложных предположений и гипотез относительно универсальности этнокультурных характеристик; знание и понимание специфики конкретного менталитета; адекватное соотношение проблематики и методов ее разрешения. При этом следует учесть, что универсальных механизмов, кроме эмоционального отреагирования, гипноза и (пере)обучения не существует, все остальные приемы воздействия суть лишь их трансформация. Здесь, кстати, уместно отметить, что те же американские психологи, в частности, Дж. Арнетт (J. Arnett), открыто констатируют: категория WEIRD (Western, Educated, Industrialized, Rich & Democratic) составляет лишь 5% населения мира. Следовательно, ориентируясь лишь на этот процент клиентов, психологи не принимают во внимание остальные 95%. [16]. Вот почему все больше северо-американских университетов включают в свои программы обязательные предметы, направленные на углубление осведомленности студентов о культурной обусловленности процесса оказания психологической помощи (Колумбийский университет, Университет Северной Аризоны, Аппалачский университет штата Северная Каролина, университет штата Северная Флорида, Вебстерский университет и др.)¹.

В пользу актуальности учета культурной составляющей в психологическом консультировании свидетельствуют данные уникального исследования проведенного Дж. Прохазкой и Дж. Норкроссом еще в далеком 2001 году, и названного Дельфийским экспериментом [9, с. 374-376]. Результатом эксперимента стал высокоточный прогноз о том, в какой степени различные психотехнические ориентации будут применяться в следующем десятилетии.

Обобщая результаты², отметим, что на лидерских позициях оказались когнитивно-поведенческий, культурно-сензитивный подходы, когнитивная терапия А. Бека, интерперсональная терапия и технический эклектизм (1-5 рейтинговые места). В то время как классический психоанализ, транзактный анализ, адлерианская терапия, юнгианская терапия, отошли на задний план (29-25 рейтинговые места).

Легко заметить, что доминирующими оказались теоретические ориентации, не

¹ Соответствующие программы дисциплин и обучающих программ представлены на официальных сайтах указанных университетов.

² Для более подробного ознакомления с целями, особенностями проведения и результатами дельфийского эксперимента см.: Прохазка Дж. О. Системы психотерапии / Джеймс Прохазка, Джон Норкросс. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – с.374-376.

имеющие выраженного социокультурного бэкграунда, либо эксплицитно предъявляющие его, что позволяет применять их в консультативной и терапевтической работе с представителями различных этнических групп с большой долей вероятности успешного исхода. И наоборот, концептуальные подходы, социокультурная обусловленность которых привязана к определенной идеологической традиции, и имплицитно обремененные последней, уже теряют свою актуальность ввиду ограниченных возможностей для применения, поскольку целесообразность их использования ограничена определенной социокультурной группой.

Если рассматривать указанные группы методов с точки зрения дихотомии научность / заидеологизированность, то очевидна ориентация на научный метод, о чем свидетельствуют направления, занявшие ведущие места в рейтинге. Анализ результатов исследования с позиций долгосрочности / краткосрочности терапии показывает, что главные места принадлежат консультативным подходам, предполагающим краткосрочный характер (до 20 встреч). Долгосрочные методы были сгруппированы в конце рейтинга.

Итак, можно констатировать факт, что оптимизация консультативной практики требует, прежде всего, тончайшего учета ментальных особенностей обращающихся за психологической помощью. Главным опосредующим фактором в выборе психотехнического инструментария должно быть не что иное, как культурная и ментальная принадлежность клиента, а не сам по себе метод.

С целью противопоставить культуросообразный подход в психологическом консультировании традиционному аномическому, а также определить их главные методологические основания, в таблице приводится сравнительная характеристика их основополагающих аспектов. Исходя из обобщения имеющихся научных материалов, были выделены сущностные характеристики вышеуказанных тенденций, которые положены в основу критериев для их сопоставления.

Таблица 1.

Сравнительные характеристики традиционного и культуросообразного подходов в психологическом консультировании

Критерии для сравнения	Культурно-имплицитный подход (традиционный)	Культурно-эксплицитный подход (культуросообразный)
Общие мировоззренческие и идеологические основания	универсализм, абсолютизм, глобализация, вестернизация, культурная ассимиляция прозелитизм.	релятивизм, индигенизация, тенденции к культурному обособлению, тенденция девестернизации.
Научные школы и течения	концепция универсальности структуры мышления К. Леви-Стросса; теоретические наработки	культурно-историческая школа Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурии; социокультурный подход Дж. Верча;

Критерии для сравнения	Культурно-имплицитный подход (традиционный)	Культурно-эксплицитный подход (культуросообразный)
	П. Сорокина, А. Кребера, Т. Парсонса и др.	концепция этоса культуры Р. Бенедикт; теория лингвистической относительности Сепира-Уорфа; культурная психология Дж. Брунера, М. Коула, Р. Шведера, С. Скрибнера и др.
Особенности организации консультативной беседы	низкоконтекстная, прямая.	обусловлены конкретной культурой (может быть как высококонтекстной, так и низкоконтекстной, метафорической; прямой или косвенной, с разной долей невербальных знаков).
Действующие лица консультативного процесса	клиницист, психотерапевт, эксперт, пациент.	клиницист, психотерапевт, тренер, учитель и др. (роли обусловлены конкретным культурным контекстом).
	клиент, заказчик.	пациент, страждущий и др. (роли обусловлены конкретным культурным контекстом)
Приверженность к традициям антипсихиатрии / панпсихологизации	поддерживается и культивируется в рамках консультативных подходов и школ.	приверженность к традициям клинической психологии, психиатрии, с учетом культуросообразных методов.
Роль культурного фактора	монокультурный, этноцентрический.	плюралистический, контекстуальный по содержанию и форме.

Указанные критерии, конечно же, не являются исчерпывающими, однако, по нашему мнению, они составляют достаточное основание для анализа общих признаков и понимания сущностных характеристик обсуждаемых тенденций. Более детальное сопоставление представляется нецелесообразным по той причине, что необходимым условием культуросообразного подхода выступает его соотнесенность с определенной историко-культурной базой. Таким образом, было бы уместно характеризовать каждый из них по отдельности в соответствии со свойственным ему уникальным набором атрибутов в виде ценностей, убеждений и верований, а также философско-религиозного наследия.

Культурно-ориентированный подход в психологическом консультировании уходит своими корнями в *концепцию индигенизации*, которая, с одной стороны, выступает результатом роста культурного самосознания, а с другой – предусматривает отстаивание этнокультурными группами собственной идентичности. С самого начала индигенизации подразумевала стремление стран Востока к укреплению цивилизационной независимости от протестантско-католического Запада. В психологической науке и непосредственно психологическом консультировании индигенизация явилась результатом методологической рефлексии практикующих психологов, направленной на анализ эффективности применяемых подходов путем раскрытия их социокультурной обусловленности и ориентации. Результатом такой рефлексии было создание качественно нового подхода в консультировании – индигенного. Таким образом, процессы индигенизации, знаменующие собой попытку перехода от «глобального» (вестернизированного) подхода к культуросообразному, выступают в рамках более общей тенденции, предусматривающей стремление к укреплению собственной культурной независимости.

Вопрос учета культурного бэкграунда клиента в процессе консультативной работы неоднократно поднимался исследователями во многих странах, и на сегодня, достиг статуса аксиоматичности. Учитывая это, правомерно сформулировать насущную задачу ближайшего будущего в виде конкретного вопроса: каким образом следует учитывать культурные особенности клиента в консультативном процессе, чтобы не умаляя значимости последних и отдавая должное психотехникам, не впасть в соблазн формализации тех или иных?

Практическое решение этой задачи лежит в русле поиска ответов на следующий вопрос: как психологу использовать свой профессиональный инструментарий таким образом, чтобы это не диссонировало с мировоззренческой картиной клиента? К примеру, в случае, когда китайцу конфуцианского вероисповедания навязывают ценность личностной автономии или православному русскому – гештальтистское «Я живу в этом мире не для того, чтобы соответствовать твоим ожиданиям»), – это явно диссонировает с культуросообразными определяющими личностного «я».

Анализ проблемы построения культуросообразных моделей консультативной работы предполагает, прежде всего, обращение к центральным основаниям такого построения, в качестве главных среди которых мы выделяем:

- *религиозно-философские*, опирающиеся на такие научные положения, смысл которых состоит в следующем: во-первых, ценностно-смысловая система индивида в значительной мере обусловлена философско-религиозной традицией социокультурной общности, к которой он принадлежит; во-вторых, каждый из существующих подходов к оказанию психологической помощи является имплицитным транслятором определенного вероучения; в третьих, каждая религиозная система диктует свою проблематику обращений к психологу, вытекающую из моральных норм и ценностей, принятых в рамках определенного социокультурного пространства, а, следовательно, со значительной долей вероятности содержащую в себе специфический ресурс для исцеления;

- *клинические*, в которых целесообразность культурно-ориентированного подхода может быть рассмотрена с позиции культурного релятивизма в оценке нормы и патологии; с точки зрения особенностей протекания известных психических расстройств в условиях различного культурного контекста; исходя из факта существования культурно-

обусловленных психических расстройств; отношения к определенному типу девиантного поведения в рамках той или иной культурной общности;

- *психосемантические и психолингвистические*, опирающиеся на факт существования так называемых культурно-специфических концептов, метафоры как ментального феномена, семантики различного типа языков и т.п.

Ранее нами была предпринята попытка изучения профессионального сознания практикующих психологов [4]. Не принимая в расчет культурную компетентность как таковую, мы поставили задачу отследить специфику репрезентации идей культуросообразности в профессиональном сознании практикующих психологов. Задача отбора исследовательского инструментария решалась путем разработки опросника социокультурной рефлексии для практикующих психологов. Выборку испытуемых составили психологи Украины, Российской Федерации, Белоруссии, ФРГ и Финляндии. Общая численность выборки составила 253 респондента в возрасте от 22 до 68 лет, с опытом работы в сфере оказания психологической помощи от 1 до 38 лет.

Не вдаваясь в частности, отметим: результаты эмпирического исследования показали, что в современной психологической практике проблема отрефлексированности собственной социокультурной позиции практикующими психологами остается открытой. Задумываясь над социокультурными факторами, практикующие психологи все же тяготеют к обычной псевдоуниверсалистской тенденции, предопределенной неотрефлексированностью ее системообразующего элемента – идеологемы панпсихологизации.

Иными словами, с одной стороны, полученные эмпирические данные свидетельствуют, что для ряда специалистов-психологов осознание важности культуросообразности собственных способов профессиональных действий на самом деле является итогом выстраданного опыта. А с другой – что данный показатель занимает далеко не первоочередное место в профессиональном сознании психологов-практиков в целом, оставляя на месте социокультурной компетенции зияющую лауну кондового сциентизма.

Выводы

1. Анализ современного состояния, проблем и векторов развития системы оказания психологической помощи показал, что данная область психосоциальной деятельности находится под интенсивным воздействием ряда обстоятельств, обусловленных культурными, политическими, демографическими, идеологическими и др. факторами.
2. Современный «продвинутый» психолог склонен позиционировать себя как «культурно независимый», т.е. не заостряющий внимание на культурных, религиозных и т.п. особенностях клиента, которые, тем не менее, выступают ключевым фактором в формировании ментальных особенностей последнего. Фактически же, он ведет себя как бестактный и высокомерный дилетант, бесцеремонное поведение которого, замаскированное под «культурный нейтралитет», по сути, оказывается способом неуважения к конкретному социуму и конкретной личности вследствие недооценки многообразности психосоциальных детерминаций, воздействующих на личностное «я». Ситуация осложняется и тем, что в эпоху всепроникающей толерантности акцент на расовой / этнической / конфессиональной принадлежности не может не требовать такта, деликатности и бережного отношения к

індивідуальним, груповим і личностним цінностям клієнта.

3. Развитие социокультурной компетентности практикующих психологов предполагает проработку, как минимум, двух направляющих, первая из которых – создание и валидизация исследовательского инструментария, позволяющего диагностировать актуальное состояние этого профессионального качества личности, вторая – осуществление обучающей и просветительской работы как среди студентов-психологов, так и среди сформировавшихся в профессиональном плане специалистов, направленной на развитие: культурной сензитивности, ментальной рефлексии, критического научного мышления, понимания конкретных детерминант личностного «я» клиента, т.е. всего науко- и культуроемкого арсенала средств психологического воздействия, содействовавших бы освобождению от заидеологизированных паттернов прошлого и направленных на обеспечение реальной культуросообразности консультативной работы. Именно в этом видится нам подлинный смысл и значимость гуманных целей и гуманитарной миссии психологической помощи.

Список литературы

1. Асмолов А. Г. По ту сторону сознания. Методологические проблемы неклассической психологии / А. Г. Асмолов. – М. : «Смысл», 2002. – 480 с.
2. Бондаренко А. Ф. Этическое основание психотерапевтических практик, восходящих к антропологии восточного христианства / А. Ф. Бондаренко // Психологическое консультирование и психотерапия. Вып 6, Том 2. Харьковський національний університет ім. В.Н. Каразіна, 2016, С. 6–17.
3. Бондаренко А. Ф. Этический персонализм: духовные детерминанты русской традиции психологического консультирования и психотерапии / А. Ф. Бондаренко // Психотерапия. – 2016. – № 5 (161). – С. 40–52
4. Bondarenko A. F., Fedko S. L. Socio-Cultural Competence of a Present-Day Counselor: Current Prospects and Future Challenges / A. F. Bondarenko, S. L. Fedko // Психолінгвістика. Психолінгвістика. Psycholinguistics : [зб. наук. праць ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – Переяслав-Хмельницький: ФОП Домбровська Я. М., 2017. – Вип. 21(1). – 214 с.
5. Грамши А. Тюремные тетради / Антонио Грамши ; [пер. с итал.; вступ. ст. М. Н. Грецкого]. – М. : Политиздат, 1991. – Ч. 1. – 559 с.
6. Зуев Д. А. Инновационная деятельность в социально-психологической теории и практике. Возможности коммерциализации / Д. А. Зуев // Вестник ВолГУ. – 2011. – №5(10). – С. 5-8.
7. Николаев Е. Л. Новые задачи, стоящие перед сообществом психиатров (по материалам работы 14 съезда психиатров России) : [текст] / Е. Л. Николаев // Здравоохранение Чувашии: Ежеквартальный научно-практический журнал. – 2005. – №4. – С. 122–125.
8. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: руководство / В. Д. Менделевич. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 576 с.
9. Прохазка Дж. О. Системы психотерапии / Джеймс Прохазка, Джон Норкросс. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 383 с.

-
10. Русакова О. Ф. Концепт «мягкой» силы (soft power) в современной политической философии / О. Ф. Русакова // Научный ежегодник Института философии и права Уральского отделения Российской академии наук. – 2010. – Вып. 10. – С. 173–192.
 11. Фанталова Е.Б. Русский катарсис в психотерапии и творчестве : сборник статей / Е. Б. Фанталова. – М. ; Берлин : Директ-Медиа, 2017. – 60 с.
 12. Федько С. Л. Современные тренды в мировой практике оказания психологической помощи: индигенизация и универсализация / С. Л. Федько // Науковий вісник кафедри ЮНЕСКО Київського національного лінгвістичного університету: Філологія. Педагогіка. Психологія. – Київ : Видавничий центр КНЛУ, 2014. – Вип. 8. – С. 206–213
 13. Хантингтон С. Столкновение цивилизаций / С. Хантингтон ; [пер. с англ. Т. Велимеева, Ю. Новикова]. – М.: ООО «Издательство АСТ», 2003. – 603с.
 14. Эткинд А. М. Толкование путешествий. Россия и Америка в травелогах и интертекстах / А. М. Эткинд. – М.: «Новое литературное обозрение», 2001. – 496 с.
 15. Юрьев А. И. Влияние политических изменений России на этику работы психологов. [Электронный ресурс] / А. И. Юрьев // Сайт профессора Юрьева. Политическая психология, стратегическая психология, психология человеческого капитала. – URL: <http://www.yuriev.spb.ru/science/etika-raboty-psyhologa>
 16. Arnett J. J. The neglected 95%: Why American Psychology Needs to Become Less American / J. J. Arnett // American Psychologist. – 2008. – №63(7). – P. 602–614.
 17. Downing J. N. Between Conviction and Uncertainty: Philosophical Guidelines for the Practicing Psychotherapist / N. J. Downing. – Albany: State University of New York Press, 2000. – 333 p.
 18. Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists [Электронный ресурс] // American Psychological Association. – URL: [http://www.apa.org/pi/oema/resources/policy/multicultural-guidelines.aspx?](http://www.apa.org/pi/oema/resources/policy/multicultural-guidelines.aspx)
 19. Harper R. A. Psychoanalysis and psychotherapy: 36 systems / R. A. Harper. – Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1959. – 182 p.
 20. Herink R. The Psychotherapy Handbook. The A-Z Handbook to More Than 250 Psychotherapies as Used Today / R. Herink. – Plume, 1980. – 640 p.
 21. Nye J. S. Soft Power: The Means to Success in World Politics / J. S. Nye. – 1st. edition. – New York: Public Affairs, 2004. – 175 p.

Надійшла до редакції 27.07.2017

УДК 316.6:316.362.1-055.52-055.62

HOW MUCH PARENTS OF PRE-SCHOOL CHILDREN KNOW ABOUT SPEECH DISORDER PREVENTION, BASED ON RESEARCH

Danuta Grzesiak-Witek, Marcelina Puk M.A.

Theoretical part of the article deals with secondary prophylaxis of speech disorders, which includes early children identification of the high-risk group. Tertiary level is oriented on supportive and developing actions for children with diagnosed speech problems. Parents as being the first caregivers, are particularly responsible for any disorders prophylaxis including speech dysfunction. As our study reveals in general parents knowledge level of the child's speech development are mostly satisfactory. However, there are also a group of patents who could not define properly child normal or pathological speech development in preschool period. We confirm the idea of involving mass media and all child specialists (teachers, therapists in kindergartens, nursery staff, any preschool institutions and hospital) to joint measures in providing educational competence in speech development by radio and TV programs, brochures, magazines, posters, seminars and workshops for better health care.

Key words: Speech disorder prevention, prophylaxis, adult knowledge, speech dysfunction in preschool age

Теоретична частина статті присвячена вторинній профілактиці мовних розладів, яка включає в себе визначення дітей групи високого ризику в ранньому віці. Третинний рівень орієнтований на підтримуючі та розвиваючі дії для дітей з діагностикою мовних проблем. Батьки як перші особи, які доглядають за дітьми, несуть особливу відповідальність за будь-які порушення, їх профілактику, включаючи порушення дисфункції мови. Як показало наше дослідження, рівень знань батьків у розвитку мовлення дитини в основному є задовільним. Однак існує також група батьків, які не могли правильно визначити дитячий нормальний або патологічний розвиток мови в дошкільному періоді. Ми підтверджуємо ідею залучення засобів масової інформації та всіх дитячих фахівців (вчителів, терапевтів дошкільних закладів, вихователів дитячих садків, працівників будь-яких дошкільних закладів та лікарень) до спільних заходів щодо забезпечення освітньої компетенції у розвитку мовлення за допомогою радіо- та телевізійних програм, брошур, журналів, плакатів, семінарів та практикумів для кращого забезпечення здорового розвитку.

Ключові слова: запобігання розладів мовлення, профілактика, знання дорослих, порушення мовлення в дошкільному віці

Introduction

Speech is the most perfect form of human communication. It enables people to meet their basic needs, show emotions, facilitate emotional and verbal contact. The ability to use the language is a unique gift attributed exclusively to human beings, the gift which has to be cared for since the first moments of life. Caring for the appropriate development of linguistic competences, proper formation of speech and preventing any speech disorders is the main task of speech disorder prevention. Countering any speech impediments enables us to avoid many negative effects of these

disorders, the extent of which can be really broad. Communication difficulties have a negative impact on child's general development, particularly on emotional, cognitive and social spheres.

One of the important tasks of speech therapy is the speech prophylaxis, i.e., caring for appropriate formation of speech already since the moment of child conception (Michalak-Widera 2008: 349). One must state that it is easier and more sensible to prevent disorders in language communication than to treat them.

It is the parents who are the first and the most important child caregivers and who bear the responsibility for its optimal and harmonious development, including the speech development. Speaking is a skill which must be learned and later developed. Only normal models and the support of the closest environment will let a child master this skill. It is important that parents have the right level of knowledge about speech development and factors that influence it. This awareness will let them take action since the moment of birth of the child to prevent future speech disorders.

Speech disorder prevention and its main assumptions

The best gift we can offer our child is to provide the conditions which make comprehensive and harmonious speech development possible. It is important that, besides the actions promoting and stimulating speech acquisition, there are some preventive actions taken which could prevent the appearance of child's psychomotor development disorders, including the speech development (Węsierska 2013: 88).

In general, prophylaxis includes "any actions and means used to prevent diseases, accidents and injuries" (Sobol 2003: 753). Whereas speech prophylaxis is defined by Elżbieta Maria Minczakiewicz as forming proper speech since the earliest period of child's life and caring for proper stimulation at the beginning of speech development so as to avoid any speech disorders. (Minczakiewicz 1997: 8). A similar position was presented by Krystyna Błachnio, who described speech prophylaxis as a broad system of actions preventing speech abnormalities during the language communication (Błachnio 2003: 183). Like in medicine, speech prophylaxis is pursued at three levels. We can distinguish primary, secondary and tertiary prophylaxis.

The assumption of primary prophylaxis is to prevent future speech disorders already at the stage of fetal development. Primary prophylaxis includes early pre-natal diagnostics, health promotion among pregnant women, avoiding stress, psychical overburdens, hygienic lifestyle and controlling the conditions of delivery, as well as proper childcare (Węsierska 2013:89). Primary prophylaxis also includes actions promoting the issues of speech development, its disturbances, and developing understanding in the upbringing and educational environment (parents, teachers) (Węsierska 2009: 103). What is also essential is cooperation, information flow and experience exchange between the so-called specialist teams and between speech therapists, teachers and physicians. These actions are the key to the success of primary prophylaxis (Węsierska 2012: 37). Secondary prophylaxis is the next level of speech prophylaxis. It includes early identification – screening, which makes it possible to identify children from the high-risk group and conduct early speech therapy (Węsierska 2013: 89-90). Speech therapy practice indicates that the sooner the speech disorder is diagnosed the faster an effective therapy can be used. Thanks to that, it is often possible to reduce the negative impact of a disorder on the further development and functioning of a person (Węsierska 2012: 38).

Tertiary prophylaxis is the last level of speech prophylaxis. It includes supportive and

preventive actions for people in whom a disorder has already appeared. It means offering support to people with already diagnosed speech disorders and to their families, as well as to counter any further adverse effects of the already existing dysfunction (Michalak-Widera, K. Węsierska <http://www.logopeda.info/artykuly/spo%C5%82eczne-i-ekonomiczne-konsekwencje-stosowania-procedur-skutecznej-profilaktyki-logopedycz>: retrieved on 23.04.2017).

Fully implemented speech prophylaxis is necessary not only for individuals affected by speech disorders but also for the whole society. It is important that it is understood in a holistic way, i.e., it is related to the whole psychophysical human structure and his natural relations with the natural, social and cultural environment (Błachnio 2003: 186). The information on speech prophylaxis can be provided by means of brochures, magazines, posters, radio and TV programs, as well as talks, seminars and workshops in health care, educational and cultural institutions. They should be addressed to children, teenagers, young couples, nursery staff, pre-school, primary school and secondary school teachers, and even to academic teachers (Błachnio 2003: 185).

Speech prophylaxis can be effective only if it is provided by both parents and therapists and teachers. Their actions should build on and complement one another, creating a “preventive therapy” (Lechta 2011: 28). Parents, being the first child caregivers, are particularly responsible for its proper speech development. Therefore, they must take any steps possible so that this process runs without any disturbances.

Research assumptions and basis

This research was conducted in Stalowa Wola – a town in Podkarpackie Voivodship, with the population of about 63 thousand people, situated in the Sandomierska Valley. In order to examine the level of knowledge of parents of speech prophylaxis, the study was carried out on a group of randomly selected parents whose children attend various kindergartens situated in the area of the town. The study was conducted in April and May 2017 and about 50 respondents took part in it. In the study group women prevailed, they accounted for $\frac{3}{4}$ of all the respondents, which equaled 76%. Whereas, there were much fewer men – 12 people, which constituted 24% of the respondents. Among the studied group, the majority, i.e., 36%, were at the age of 31 to 35. Next were parents at the age of 26-30 and they were 24% of the whole group. Not much fewer of the studied people – 22% , declared the age of 36-40, whereas the lowest percentage were people below 25 and above 40, 10% and 8% respectively, of all the studied people.

The cognitive aim of the research was to define the level of knowledge of parents about speech prophylaxis. Whereas, its practical aim was to form guidelines and educational recommendations addressed to parents who want to take care of proper speech development of their children. Its theoretical aim was to improve the theoretical knowledge, including the scientific view on the importance of speech prophylaxis..

In the study, a questionnaire was used, which consisted of 21 questions. All the constructed questions were closed, however, if the respondent did not find an appropriate answer among the answers suggested, they could give their own answer.

General level of knowledge of the studied parents about child's speech development

Knowing the stages of speech development makes parents capable of assessing whether this process runs normally in case of their children. Thus, in order to control the child's speech

development, parents need to have some basic information about the speech development process.. This knowledge will let them react early in the event any abnormalities appear.

Table 1.

The age of baby babbling In the opinion of studied parents

Babies babble	N	%
around the 2 nd week of life	0	0,0
around the 2 nd month of life	23	46,0
between the 5 th and 6 th month f life	25	50,0
between the 9 th and 10 th month of life	2	4,0
Total	50	100,0

Source: Author's own research

Exactly half of the respondents, i.e., 25 people, stated that a baby starts to babble between the 5th and 6th month of life. Not much fewer respondents – 23 people, i.e. 46%, stated that a child babbles at around the 2nd month of life. Whereas only 2 respondents indicated that babbling is characteristic for the 9th-10th month of life. According to the periodisation of speech development, babbling appears around the 5th-6th month of life and is a real breakthrough in the speech development process. Therefore, it can be stated that half of the respondents appropriately described the age of baby babbling.

According to the majority of parents studied, 32 people which amounts to 64% of the responses collected, a child starts to utter its first words around the 1st year of life. Whereas 17 respondents indicated that the first words appear at around the 6th month of life. Only one person stated that a child utters its first words in the 2nd year of life. According to the speech development classification, the stage of a word is between the 1st and 2nd year of life. Therefore, we can see that quite a large group of respondents properly described the time of significant milestone in speech acquisition, i.e., first words.

Table 2.

Age at which the first words were uttered by their child in the opinion of respondents

First words of a child	N	%
around the 6 th month of life	17	34,0
around the 1 st year of life	32	64,0
around the 2 nd year of life	1	2,0
Total	50	100,0

Source: Author's own research

Table 3.

Age of uttering first sentences by their child according to the respondents

First sentences of a child	N	%
around the 1 st year of life	5	10,0
between the 2 nd and 3 rd year of life	38	76,0
between the 3 rd and 4 th year of life	7	14,0
Total	50	100,0

Source: Author's own research

The results above indicate that over $\frac{3}{4}$ of the respondents think that the child starts building first sentences between the 2nd and 3rd year of life. Far fewer respondents, only 7 people, declared that first sentences appear between the 3rd and 4th year of life. Whereas every tenth respondent claimed that first sentences are formed by a child around the 1st year of life. According to the literature, the period of a sentence is the stage of speech development that a child reaches between the 2nd and 3rd year of life. Thus, we can state that 76% of the respondents defined the age of first sentences correctly.

According to the majority of respondents, i.e., 70% of parents, speech correction should begin as early as possible after a speech disorder appears. Whereas, 26% of the respondents stated that actions to improve speech should begin after the 3rd year of life, when a child goes to kindergarten. Only 2 people, which is 4%, claimed that speech correction should begin before a child goes to school. Therefore, it can be stated that the majority of studied parents are aware that the sooner speech improvement actions are taken, the easier it is to correct the abnormalities.

Table 4.

Time of correcting child's speech according to the respondents

Speech correction	N	%
after the 3 rd year of life, when a child goes to kindergarten	13	26,0
around the 6 th year of life before a child goes to school	2	4,0
as early as possible after a speech disorder appears	35	70,0
Total	50	100,0

Source: Author's own research

The responses given by the respondents show that the general level of knowledge of parents about child's speech development is satisfactory. However, it must also be indicated that there are also parents who could not define properly when a child should acquire appropriate language

competences.

Knowledge of factors influencing a child's speech development

Normal speech development of a child depends on various factors. They include many factors the influence of which should be watched by parents. Therefore, it is important that a mother and a father know what may be the reason for speech abnormality and which actions should be taken to avoid negative consequences such as speech impedimenta of a child.

Table 5.

Proper way of feeding a child in the opinion of the respondents

Type of feeding	N	%
natural – breast feeding	37	74,0
artificial – bottle feeding	3	6,0
can see no difference	10	20,0
Total	50	100,0

Source: Author's own research

Nearly 3/4 of the parents studied, i.e., 74%, claimed that natural feeding is the best for a child. Whereas every fifth respondent stated that they cannot see any difference between breast feeding and bottle feeding, while only 3 people decided that artificial feeding is more beneficial for a child.

Parents' responses relating to the proper position of a child while breastfeeding were very diversified. The majority of respondents, i.e., 22 people, which is 44%, decided that while breastfeeding, a child should be in a vertical position as much as possible. Not much fewer respondents – 18 people, which is 36%, declared that it is the best when a child is lying flat on a stiff mattress. Moreover, there were as many as 10 additional statements in which parents described a feeding position which is best in their opinion. The respondents' proposals were as follows: “a child should be nested on the mother's shoulder at the level of her breast”; “a child should be in a reclining position facing the mother”; “the position must be comfortable both for a child and a mother”; “a child's head should be a little higher”; “a child chooses the position comfortable for it”. The answers given show that parents have various opinions on the position of a child while breastfeeding.

Table 6.

Proper position of a child while feeding in the opinion of the respondents

Position of a child while feeding	N	%
a child should lie flat on a stiff mattress	18	36,0
a child should be as vertical position as possible	22	44,0

other	10	20,0
Total	50	100,0

Source: Author's own research

Table 7.

Normal process of chewing in the opinion of respondents

Chewing process of a child	N	%
a child moves its mandible vertically with its lips closed	24	48,0
a child moves its mandible vertically with its lips opened	0	0,0
a child makes circular movements horizontally with its lips closed	26	52,0
a child makes circular movements horizontally with its lips opened	0	0,0
other	0	0,0
Total	50	100,0

Source: Author's own research

The description of the child's normal process of chewing was quite difficult for parents. All the respondents stated that during the chewing a child should have the lips closed, whereas the discrepancies appeared while indicating which movements should the mandible make. The proper way of chewing is when the mandible makes circular movements horizontally. This response was given by 52% of respondents. Others – 48% of the respondents, stated that the movements of the mandible should be vertical.

Table 8.

Normal breathing while resting according to the respondents

Child's breathing	N	%
through the nose	38	76,0
through the lips	3	6,0
can see no difference	9	18,0
Total	50	100,0

Source: Author's own research

Over $\frac{3}{4}$ parents – 76%, claimed that during the sleep or when the child says nothing, it

should breathe through the nose. Whereas 9 respondents, i.e. 18%, claimed that the way of breathing does not matter much. 3 people – 6% of the respondents, stated that it is better when during the slumber a child breathes through the lips. It is worth emphasising that breathing through the nose is normal and proper because while breathing through the nose the air is moistened, filtered and warmed, which is the first barrier to infection (Lipiec 2008: 213).

According to 30 responding parents, which amounts to 60% of all the answers, sucking a pacifier, a finger, or biting nails may have an impact on the child's speech development. Whereas 14 respondents, i.e., 28%, could not clearly state whether the actions mentioned may cause speech impairments and chose the answer "difficult to say". While 6 people, which is 12%, declared that sucking a pacifier, a finger, or biting nails do not have a negative impact on speech development. Hence, it appears that not all the parents know that during those actions, the mouth is half-closed, the orbicularis oris muscle (often called the circular muscle) becomes weakened, which may lead to habitual breathing through the lips and to persisting infantile swallowing pattern and, which follows, speech impairments (Lipiec 2008: 214).

Table 9.

The environment having a significant impact of the child's speech development in the opinion of the respondents

The impact of the environment on speech development	N	%
family	34	68,0
teachers	3	6,0
peers	13	26,0
Total	50	100,0

Source: Author's own research

Nearly 2/3 of the respondents, i.e., 68%, stated that the family environment has the greatest impact on child's speech development. The second position was held by peers who were indicated by 13 respondents, which is 26% of the answers. Only 3 people, i.e., 6%, stated that teachers have a considerable impact on child's speech development.

The responses provided show that parents are largely aware which factors influence the child's speech development. However, it is worth emphasizing that the most difficult for the respondents was to define the appropriate position while breastfeeding, to describe the chewing process or indicate whether the shortened frenulum of the tongue might cause speech disorders of a child.

Guidelines for parents about how to stimulate language development of a child

Stimulating speech development should take place since the first days of life and should include articulation activities, the ability to imitate and understand and social behaviour as the factors which influence the appearance of the language. It is important to look at a child taking a holistic view and focus not only on its speech development but also on the general, overall

improvement. One should remember about skillful entwining of the elements of movement of the whole body and improvement of fine motor skills (Wrońska, <http://www.logopedabwronska.cba.pl/stymulacja.html>, (28.05.2017).

The results collected and the rich literature make it possible to form the most important guidelines for parents about how to stimulate the language development of a child. The guidelines are as follows:

1. speak to your child as much as possible, using simple sentences, concise language and words the child is familiar with;

2. try to listen to what the child wants to say because the more eagerly it is listened to, the more eagerly it speaks;

3. encourage the child to speak even if its speech is impaired;

4. since birth talk to the child using the adult language, and use baby talk (hypocorisms) only while playing;

5. do not change the left-handed child into the right-handed one without consulting a psychologist or a speech therapist (Kozłowska 1996: 80);

6. watch whether the child responds to sounds as good hearing is important in speech development;

7. read a lot to the child, tell fairy tales, sing lullabies;

8. ensure that the child spends time in the open air and limit television time and the use of computer.

There are many actions that parents can take to encourage the child's speech development and, simultaneously, to prevent speech disorders. The majority of parents studied seem to have basic knowledge of speech prophylaxis. The results collected show that the respondents rightly defined many elements of speech development and factors influencing it. However, there are still some problems which are not fully clear and understood by parents. They would be worth explaining in the future, e.g., during a talk given by a speech therapist in birth schools, in hospital infant wards and in crèches or kindergartens, as it is generally known that prevention is better than cure.

References

1. Błachnio K., *Vademecum logopedyczne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2003.
 2. Błachnio K., *Wprowadzenie do zagadnień logopedii wieku rozwojowego*, Wydawnictwo „KMB-DRUK”, Gniezno 2011.
 3. Cieszyńska J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2007.
 4. Dysarz S., *Mowa dziecka, a więzi uczuciowe w rodzinie*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2003.
 5. Gebreselassie J., *Profilaktyka zaburzeń głosu u dzieci w wieku rozwojowym*, [in:] L. Kataryńczuk-Mania, I. Kowalkowska, *Profilaktyka i rehabilitacja głosu, mowy*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2006.
 6. Grabias S., Kurkowski M. (eds.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2014.
 7. Hamerlińska-Latecka A., *Logopedia, a metodologia badań nauk społecznych*, [in:] I. Jaros, R. Gliwa (eds.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Wydawnictwo
-

Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016.

8. Jastrzębowska G., Przedmiot, zakres zainteresowań i miejsce logopedii wśród innych nauk, [in:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (eds.), Logopedia – pytania i odpowiedzi, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2001.

9. Kozłowska K., Pomagajmy dzieciom z zaburzeniami mowy, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 1996.

10. Lechta V., Podstawy teoretyczne logopedii, [in:] G. Gunia, V. Lechta, Wprowadzenie do logopedii, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2011.

11. Lipiec D., Profilaktyka logopedyczna w świadomości rodziców dzieci w wieku przedszkolnym, [in:] J. Porayski-Pomsta (ed.), Diagnoza i terapia w logopedii, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2008.

12. Michalak-Widera I., Stymulacja językowa najmłodszych, [in:] J. Porayski-Pomsta (ed.), Diagnoza i terapia w logopedii, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2008.

13. Minczakiewicz E. M., Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 1997.

14. Pluta-Wojciechowska D., Wczesna interwencja logopedyczna – moda, postulat czy konieczność?, [in:] J. J. Błeszyński, D. Baczała (eds.), Wczesna interwencja w logopedii, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2015.

15. Sobol E. (red.), Słownik języka polskiego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.

16. Stecko E., Zaburzenia mowy dzieci. Wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2002.

17. Węsierska K., Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka, diagnoza, terapia, Wydawnictwo edukacyjne „Akapit”, Toruń 2013.

18. Węsierska K., Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym, [in:] K. Węsierska (ed.), Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej, vol. 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2012.

19. Węsierska K., Zaburzenia płynności mówienia u dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja logopedyczna, [in:] J. Gruby, K. Szamburski (eds.), Czasopismo internetowe „Logopeda”, Warszawa 2009, no. 7.

20. Wołosiuk B., Rola rodziców w profilaktyce logopedycznej, „Rozprawy Społeczne” 2015, Vol. IX, no. 1.

21. Łojewska K., Wady zgryzu, a wady wymowy, <http://www.pppkolo.pl/index.php/porady/logopeda-wyjasnia/39-wady-zgryzu-a-wady-wymowy>, (28.05.2017).

22. Michalak-Widera I., Węsierska K., Społeczne i ekonomiczne konsekwencje stosowania skutecznej profilaktyki logopedycznej, <http://www.logopeda.info/artykuly-/spo%C5%82eczne-i-ekonomiczne-konsekwencjestosowania-procedur-skutecznej-profilaktyki-logopedycz>, (23.04.2017).

23. Wrońska B., Porady logopedyczne, <http://www.logopedabwronska.cba.pl/-stymulacja.html>, (28.05.2017).

УДК 316.614

**ОСОБЛИВОСТІ НАСНАЖЕННЯ ЯК ПРАКТИКИ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ
КОМБАТАНТІВ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ****Кривоконь Н. І.**

У публікації висвітлено особливості наснаження як психосоціальної практики для ресоціалізації учасників бойових дій з обмеженими фізичними можливостями. На основі аналізу й систематизації отриманого автором досвіду психологічного супроводу комбатантів представлено основні концептуальні положення, що характеризують емоційну, когнітивну та поведінкову складові процесу наснаження. Зокрема, описується зміст переживань як чинника розвитку нерівноважних емоційних станів людей з фізичними обмеженнями, визначається роль цінностей та підкреслюється складність їх вибору при осмисленні життєвої ситуації після інвалідизації, наголошується на важливості активності для успішної ресоціалізації комбатантів з фізичними обмеженнями.

Ключові слова: наснаження, психосоціальні практики, ресоціалізація комбатантів, люди з обмеженими фізичними можливостями.

The publication highlights the empowerment features as psychosocial practice for re-socialization of combatants with disabilities. Basic conceptual positions that characterize the emotional, cognitive and behavioral components of empowerment are presented based on the analysis and systematization of the authors' experience in psychological support of combatants. In particular, the article describes the contents of experiences as a factor of equilibrium of emotional states of people with disabilities, defines the role of values and emphasizes the complexity of their choice for understanding the situation in life after disability, stresses the importance of the activity for the successful re-socialization of combatants with disabilities.

Keywords: empowerment, psychosocial practice for resocialization of combatants, people with disabilities.

В публикации освещены особенности эмпауэрмента как психосоциальной практики для ресоциализации участников боевых действий с ограниченными физическими возможностями. На основе анализа и систематизации полученного автором опыта психологического сопровождения комбатантов представлены основные концептуальные положения, характеризующие эмоциональную, когнитивную и поведенческую составляющие процесса эмпауэрмента. В частности, описывается содержание переживаний как фактора развития неравновесных эмоциональных состояний людей с физическими ограничениями; определяется роль ценностей и подчеркивается сложность их выбора при осмыслении жизненной ситуации после инвалидизации, отмечается важность активности для успешной ресоциализации комбатантов с физическими ограничениями.

Ключевые слова: эмпауэрмент, психосоциальные практики, ресоциализация комбатантов, люди с ограниченными физическими возможностями.

Постановка проблеми. Актуальність проблематики, пов'язаної з практиками психосоціальної підтримки комбатантів в Україні, зумовлюється передусім наявністю у нашому суспільстві значної частки осіб, що брали участь у бойових діях (як за радянських часів, так і в сучасних умовах проведення антитерористичної операції). Більшість із тих, хто повернувся, отримали певний військовий, бойовий, часто пов'язаний зі втратами, сильним емоційним та фізичним напруженням, стресогенний досвід, що тією чи іншою мірою залишає свій відбиток на особистості в цілому та може проявлятися в нерівноважних емоційних станах, розвиткові посттравматичних стресових розладів, а також певних особливостях поведінки людини в соціумі.

Якщо ж комбатант отримав тяжкі поранення, його проблематика значно посилюється через нашарування та накопичення специфічних завдань, що постають перед ним внаслідок порушення фізичного здоров'я, обмеження рухової активності, можливої втрати працездатності, зниження рівня прибутків, ускладнення підтримки попередніх соціальних зв'язків тощо.

Забезпечення належних умов функціонування, відновлення спроможності налагодження повноцінного життя та подальшого особистісного розвитку комбатантів з обмеженими фізичними можливостями наразі є важливим завданням та певним громадянським викликом і зобов'язанням як для представників різних видів допомагаючих професій – медиків, реабілітологів, соціальних працівників, психологів, педагогів та ін., так і для всього нашого суспільства в цілому. З іншого боку, унікальний досвід психосоціальної й медико-психологічної підтримки та реабілітації, який напрацьовують сьогодні вищезначені фахівці при роботі з людьми, що повернулися з АТО (включаючи тих, хто мають функціональні обмеження), обов'язково має фіксуватися, узагальнюватися та транслюватися для розвитку теоретико-праксеологічних основ відповідних галузей суспільних наук.

Відтак, особливого практичного та наукового значення набувають доробки, спрямовані на пошук прийнятних способів інтеграції та вирішення психосоціальної проблематики учасників бойових дій, які мають фізичні обмеження.

Наразі увагу вітчизняних та зарубіжних дослідників усе частіше привертають питання впливу участі у бойових діях на особистість комбатантів, формування в них певних рис, установок, поведінкових проявів [наприклад, 6, 8, 11]. Особливе місце посідають роботи, присвячені психології посттравматичного стресу та посттравматичних стресових розладів [11, 14], воєнних травматичних неврозів [6], копінг-стратегій, долаючої поведінки, життєстійкості тощо в контексті реабілітації, відновлення та інтеграції в суспільство людей, що повернулися з війни [8], зокрема і в сучасній Україні [приміром, 13].

Однак, аналіз останніх досліджень та публікацій свідчить про недостатню розробленість тематики, що пов'язана з обґрунтуванням та розробкою прикладних засад психосоціальної допомоги комбатантам, що живуть з інвалідністю.

В даній публікації маємо на меті висловити певні думки стосовно концептуальних положень та особливостей насаження як практики ресоціалізації учасників бойових дій, що мають функціональні обмеження. Зауважимо, що дані міркування базуються на узагальненні отриманого нами упродовж серпня 2015 – травня 2017 рр. досвіду психологічного супроводу близько ста комбатантів, котрі відновлювалися після складних операцій і поранень (переважно внаслідок ампутації кінцівок) у Центрі психосоматичної реабілітації ветеранів

АТО у складі ТОВ «Інститут прикладної кріології» (м. Харків).

Виклад основного матеріалу дослідження. У соціально-психологічній науці для позначення комплексу заходів, що сприятимуть успішному поверненню до мирного життя учасників бойових дій, прийнято використовувати термін «реабілітація». Згідно Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (ст.1) [1] під даним терміном розуміють «систему медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення».

На наш погляд, даний правовий термін не досить точно відтворює зміст того всеохоплюючого соціально-психологічного та індивідуального процесу, що відбувається в житті. Адже людина з обмеженнями не просто відновлює чи компенсує ті чи інші свої функції, вона свідомо навчається жити по-новому, сприймати себе інакшого, намагається змінювати власні звички, поведінку, потрапляючи в раніше непритаманні для себе ситуації розвитку, переосмислюючи усталені установки, цінності, зв'язки, визначаючи нові цілі, опановуючи нові види діяльності, тобто формує абсолютно новий соціальний досвід. Подібний процес радше може бути позначений терміном «вторинна соціалізація», «ресоціалізація».

Досить різносторонньо ресоціалізація охарактеризована в роботі Т. І. Сили [10], де авторка, підкреслюючи міждисциплінарний контекст поняття, серед психологічних його змістовних характеристик наводить наступні: процес вторинного входження індивіда в соціальне середовище; набуття нової соціальної ідентичності чи закріплення досягнутої раніше в нових соціальних умовах реконструкції реальності; відновлення раніше порушених якостей особистості, необхідних їй для повноцінної життєдіяльності в суспільстві; ціннісна переорієнтація, формування механізму соціально-позитивного цілеутворення, відпрацювання в особистості міцних стереотипів соціально-позитивної поведінки; один із аспектів реабілітації, що характеризується поверненням чи зміцненням соціальних зв'язків, усуненням проявів суспільної дезадаптації [10, с. 385].

Розділяючи описану вище позицію, зазначимо, що для нас ресоціалізація передусім означає соціальне «оновлення» особистості, котра «вибудовує» нові відносини з соціумом. І успішність цих взаємовідносин залежить не лише від досягнення змін на рівні самої особистості, її ціннісно-сислової сфери, можливостей та бажання відновлення й інтеграції, але й від прагнення найближчого оточення та самого суспільства в цілому прийняти дану особистість як повноцінного свого члена та забезпечити умови для її подальшого розвитку й функціонування.

Відтак, якщо розглядати процеси реабілітації в такому «розширеному», соціально-психологічному тлумаченні, то особливого значення набувають так звані «інститути соціалізації», де і відбувається повторна соціалізація, формування нового соціального досвіду людини з функціональними обмеженнями, отриманими внаслідок участі у воєнних діях: лікарні, шпиталі, психологічні, реабілітаційні центри, осередки протезування, відповідні громадські організації, спілки, трудові колективи тощо, і, звичайно ж, сім'ї та

родини, коло друзів, побратимів й однодумців. Взаємодія з кожним із цих «інститутів» має свою специфіку, емоційне забарвлення, насичена різними видами діяльності, спілкування, в них відбувається як цілеспрямований, так і стихійний вплив на особистість пораненого комбатанта, що, в сумі, і сприяє формуванню в нього нових навичок, умінь, знань, ставлень, установок, цінностей, оцінок, очікувань, домагань, досвіду в цілому.

Ресоціалізація може охоплювати чимало видів діяльності і відбуватися у різноманітних сферах існування. Своєрідним підґрунтям і середовищем для ресоціалізації комбатанта виступає і психологічна допомога, позаяк завдяки їй люди з фізичними обмеженнями намагаються зрозуміти, що відбулося та відбувається з ними, розібратися з власними проблемами та завданнями, віднайти відповіді на багато екзистенційних та буденних запитань, отримати поради для вибудовування нових стосунків, зміни/коригування поведінки тощо.

Ми вважаємо, що процес створення нової соціально-психологічної реальності внаслідок подібної взаємодії комбатанта з психологами може бути позначений терміном «соціально-психологічні практики». В свою чергу, означені практики зумовлюють розвиток специфічного соціально-психологічного простору особистості, її самосвідомості, що і уможливорює успішну ресоціалізацію.

Варто відмітити, що поняття психологічних практик нині досить активно дискутується в науковій літературі. Воно розглядається як «синтетичний продукт злиття зовнішніх обставин, ситуаційних змінних, соціальних шансів та особистісних очікувань, диспозицій, схильностей, навичок» [12, с. 31], «дієвий інструмент діалогу з оточенням, побудови оновленої ідентичності, структурації життєвих подій» [12, с. 45]; як «різноманітні впорядковані сукупності навичок доцільної діяльності (практичної майстерності), котрі в той же час розкривають людині можливості відбутися в тій чи іншій соціальній якості» [4, с. 22] та ін..

Не можна не погодитися з образним висловлюванням Т. М. Титаренко, що «практики безупинно тчуть тканину нашого життя» [12, с. 11]. В контексті ж нашої публікації важливим є те, що в практиках акумулюються знання, вміння, правила поведінки, колективні норми, які засвоюються особистістю щоденно і непомітно. А особистісний простір комбатанта з обмеженнями є такою системою, яка інтегрує означені психологічні та комунікативні практики, певні зовнішні впливи у свідому цілеспрямовану життєдіяльність конкретної особистості за нових для неї умов існування.

В якості основної ідеї для запровадженої нами соціально-психологічної практики в ході роботи з комбатантами, які мають фізичні обмеження, була використана стратегія наснаження.

Наснаження (дослівний переклад від англ. терміну «empowerment»: утворений від «empower» – уповноважувати, давати можливість та «ment» – суфікс для утворення іменника зі значенням «процес, поняття, дія») розглядається нами як термін, який позначає багатовимірний соціально-психологічний процес, що допомагає людині набути здатності контролювати власне життя, актуалізувавши певні ресурси, «силу», «енергію». У своїх попередніх роботах ми неодноразово вказували, що, як життєва стратегія, наснаження уможливорює досягнення особистістю та групою позитивних змін в життєвих ситуаціях різної складності [7, с. 73].

Оскільки наснаження спрямоване на активізацію внутрішніх ресурсів людини, на побудову реалістичного бажання змін, а також акцентує увагу не на обмеженнях, а на сприятливих можливостях і налагодженні взаємодії із соціально значущими іншими (хто виступає елементами конкретного соціально-психологічного простору особистості в ході реалізації тієї чи іншої практики), то очевидним є його значення і для ресоціалізації особистості, адже в контексті наснаження розвиток базується на самостійних рішеннях та діях відповідно до усвідомлених бажань і потреб, з одного боку, а з іншого, – відповідно до соціальних норм і запитів соціуму.

Практика наснаження передбачає певний не директивний вплив на особистість, що має на меті досягнення бажаних змін на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях. Зокрема, на рівні емоцій повинні з'явитися відчуття впевненості у своїх силах, насиченість енергією, певне піднесення, натхнення. На когнітивному рівні, має відбутися переоцінка можливостей, сформувався позитивне, конвергентне мислення, розкритися мисленнєвий потенціал, проявитись аналітичні здібності тощо. Поведінкова сфера наснаженої особистості має характеризуватися активністю, прагненням реалізації цілей та планів і конкретними діями, налагодженням взаємодії з іншими, побудовою нових стосунків, пошуком однодумців та ін. Усі окреслені зміни тією чи іншою мірою розвиваються у переважної більшості клієнтів в процесі практики наснаження. Однак, зміст проблематики, що опрацьовується в кожному з конкретних випадків (на індивідуальному чи груповому рівнях), суттєво відрізняється.

Зважаючи на регламентований обсяг статті, спробуємо дуже стисло зосередити увагу на тих важливих положеннях, котрі вирізняють досвід наснаження комбатантів з фізичними обмеженнями як специфічної групи клієнтів психосоціального супроводу.

Доведено, що людина, яка має досвід участі у бойових діях, повертаючись у мирне життя, певний час відчуває труднощі адаптації внаслідок так званої «кризи ідентичності» як втрати цілісності сприйняття себе та своєї соціальної ролі. Це пояснюється тим, що так звані «закони війни» докорінно відрізняються від мирних принципів існування. Як зазначають автори [9, 13] (і це знаходить підтвердження в нашому досвіді), колишнім комбатантам часто бувають притаманні так звані «нерівноважні» стани, котрі актуалізуються в особливих умовах життєдіяльності та, за певних обставин, зумовлюють виникнення прикордонних і патологічних розладів. Хочемо наголосити, що ці стани можуть передувати розвиткові більш глибоких психічних порушень, таких як, наприклад, посттравматичні стресові розлади.

За Прохоровим О. О., в основі нерівноважного стану знаходиться порушення рівноваги з умовами зовнішнього, предметного та соціального середовища, послаблення адаптаційних механізмів суб'єкта і, відповідно, зниження адекватності поведінки аж до повної дезорганізації [9, с.15]. Тобто відбувається «прорив» адаптаційного бар'єру, злам динамічних стереотипів, може виникнути психологічна дезадаптація, душевна криза. З іншого боку, саме нерівноважні стани, на думку цього автора є тією ланкою, що передує новоутворенням в структурі особистості, зумовлюючи виникнення останніх.

У буденному житті нерівноважні стани можуть виникати внаслідок розриву звичної системи відносин, втрати значимих цінностей, неможливістю досягнення поставлених цілей, втратами тощо. Усе це супроводжується негативними емоційними переживаннями, з якими самостійно людині дуже складно справлятися. Саме складність емоційних переживань

комбатантів з фізичними обмеженнями і зумовлює специфіку застосування практики наснаження.

За Л.С. Виготським, поняття переживання передбачає наявність предмета (часто пов'язаного з певними подіями) та відношення до нього [5, с. 256]. Переживання як одиниця психічної реальності виникає у відповідь на подію, що його викликала. Стосовно комбатантів з обмеженими можливостями основу формування комплексу емоцій, що призводять до переважання нерівноважних станів, передусім складає переживання травмуючого досвіду (участі у бойових діях, поранення, операції, ампутації тощо), з одного боку, а з іншого, – проблеми самосприймання внаслідок зміни тілесного стану, необхідності формування нової ідентичності, а також переживання болю (зокрема й фантомного). На перших етапах важливо спонукати людину до вираження переживання у формі слів, образів, малюнків, специфічних рухів, звуків тощо. У подальшому для відновлення цілісності психічної реальності комбатанта можуть використовуватися специфічні засоби інтелектуальної діяльності з пошуку та/або відновлення смислу життя.

Варто відмітити, що травмуючі переживання змінюють логіку індивідуального життя людини з обмеженнями, відтворюючи самі себе, зберігаючи свій предмет тривалий час, вони часто непадконтрольні вольовим зусиллям, та оцінюються як такі, що забирають силу, енергію, виснажують. Проте, не дивлячись на те, який аспект переживання є домінуючим (часовий, просторовий, енергетичний, інформаційно-когнітивний), даний стан завжди передбачає необхідність «вирішення завдання на видобуток смислу, ...особливу роботу з перебудови психологічного світу, спрямовану на встановлення смислової відповідності між свідомістю та буттям» [3, с. 125]. Тому така складова переживання як ставлення до травмуючих подій великою мірою зумовлена системою цінностей, котра у людей, що повернулися з війни, ревізується та оновлюється.

Особливе місце при роботі з комбатантами, що мають фізичні обмеження, посідає визначення місця тілесного та душевного болю в системі переживань. Науковцями встановлено, що больова поведінка пацієнтів залежить не лише від характеру інтенсивності болю, але й, значною мірою, визначається особливостями особистості, її установками, різноманітними психологічними та соціокультурними чинниками, приміром, ставленням оточуючих. За Г.С. Абрамовою основними функціями болю є: виявлення меж власного фізичного та психічного світу (найчастіше у формі терпіння); усвідомлення необхідності переструктурування свого внутрішнього простору чи динамізації психічного життя; повідомлення людині про існування інших реальностей, не тотожних її фізичному і психічному світу [2, с. 84]. Відтак, важливим завданням психолога виступає допомога у формуванні прийнятних моделей переживання болю. Практика наснаження передбачає розвиток у комбатантів так званого «ресурсного» стану шляхом самовідновлення й опанування різноманітними тілесно орієнтованими техніками, дихальними вправами, роботу з соціальними установками, що включає формування реалістичних уявлень про наслідки обмеження, а також про особливості налагодження взаємодії з соціумом. Причому, йдеться не лише про адаптацію самої людини з обмеженнями до життя в конкретних суспільних умовах, але й про моделі зміни суспільної свідомості по відношенню до цих людей і створення належних умов для їх повноцінного функціонування.

Як вже зазначалося, не менш важливим напрямом наснажуючої практики для

комбатантів з фізичними обмеженнями виступає робота з їх мотиваційно-ціннісною системою, позаяк саме через цінності відбувається формування ставлення до власних проблем в межах переживань, здійснюється «видобуток смислу» травмуючих подій, чиниться вплив на самооцінку, розвивається суб'єктність особистості, що виступає запорукою подальшого прояву її активності.

Варто відмітити, що цінності самі по собі наснажують. Йдеться про такі їх важливі функції як регуляція поведінки, цілепокладання та оцінювання. Цінності виступають основою для вибору суб'єктом цілей, засобів, результатів та умов діяльності та інших видів соціальної активності. Також цінності представляють собою структурні елементи суб'єктивного сенсу соціальної дії. Завдяки цінностям фіксується перспектива життєдіяльності, що уможлиблює орієнтацію на досягнення визначених особистістю змін і рішень. Крім того, ціннісні орієнтації виступають критеріями вибору та оцінки особистістю своїх дій, оцінки інших людей та життєвих подій.

У контексті практики наснаження комбатантів з фізичними обмеженнями реалізація даних функцій цінностей дозволяє вирішувати наступні завдання: пошук смислу травмуючих подій на власному життєвому шляху; визначення пріоритетних цілей життєконструювання; усвідомлення потенційних особистісних ресурсів та їх мобілізація, мотивація змін; переживання невідповідності цінностей «війни» і «миру»; підвищення самооцінки; активізація життєвої позиції тощо. Такими, що найбільше опрацьовувалися нами під час роботи, були цінності, пов'язані із світоглядними уявленнями (про життя, смерть, Бога, справедливість, силу й слабкість, біль, сенс існування та ін.), громадянським суспільством (законність, правочинність, місце людини з обмеженнями в громаді, українському суспільстві та у світі в цілому), характером людських взаємин (любов, дружба, сім'я, діти, побратими), а також деякі індивідуальні цінності (активність, відповідальність, кар'єра, заняття спортом, життєстійкість тощо).

Ще одна важлива складова процесу наснаження – активізація життєвої позиції, дієвість, безпосередні дії з реалізації планів і цілей, спроможність через досягнення результату. Для людей з проблемами фізичного здоров'я у вітчизняних реаліях поведінковий рівень наснаження завжди викликає утруднення вже зважаючи хоча б на непристосованість соціального середовища до особливих потреб цих людей. Тим не менше, практика наснаження комбатантів з фізичними обмеженнями передбачає розвиток у них відповідних умінь і навичок розгалуженої комунікації, орієнтації та пересування у громадських місцях, транспорті, пошуку та адекватного сприйняття підтримки, прагнення об'єднання людей у певні спільноти, організації, опанування способами активізації соціального капіталу місцевої громади, цінування кожного з маленьких кроків чи здобутків, фіксування нехай незначних зрушень і змін. Власне кажучи, наш досвід психологічного супроводу засвідчив успіх подібної активізації поведінки в тих випадках, коли комбатант був достатньо вмотивованим та отримував належну підтримку з боку сім'ї, фахівців, однодумців. Виявом поведінкової успішності стали створення та/або укріплення сімей, народження в них дітей, участь у «Іграх патріотів» чи інших спортивних змаганнях, працевлаштування, відкриття власного бізнесу тощо.

Ми вважаємо, що найкращим результатом роботи психолога, що використовує практику наснаження є опанування особистістю навиками самонаснаження, яке «запускає»

або відновлює розвиток, вдосконалення, актуалізує прагнення людини до позитивних змін.

Висновки. Основною метою запровадженої нами практики наснаження було сприяння ресоціалізації комбатантам (зокрема тим, що живуть з інвалідністю). В ході цієї роботи були вирішені завдання: ослаблення травмуючого досвіду, робота з переживаннями, формування знань про нерівноважні стани, їх прояви та наслідки; розвиток навичок самопізнання та самодіагностики; усвідомлення, озвучення та самоаналіз існуючої проблематики; концептуалізація й аналіз життєвих цінностей, виділення важливих цілей і завдань життєконструювання; усвідомлення причин труднощів чи проблем; прийняття себе нового (зміненого); пошук, позначення і мобілізація ресурсів (внутрішніх і зовнішніх) для вирішення завдань; формування навичок ефективного спілкування та взаємодії з оточенням; допомога у формуванні нових життєвих цілей та стратегій, активізація життєвої позиції та ін..

В ході нашої практичної роботи як раніше з учасниками бойових дій в Афганістані, так і тепер з учасниками АТО, було встановлено, що наснаження та самонаснаження, як стан і процес, базова ідея, що визначає зміст відповідної соціально-психологічної практики, дозволяє формувати позитивний досвід особистості в ході вирішення нею різного роду життєвих завдань, подолання скрутних ситуацій, пов'язаних з інвалідизацією, а, відтак, може розглядатися як життєва поведінкова стратегія для успішної ресоціалізації комбатантів, що живуть з фізичними обмеженнями.

Список літератури

1. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (зі змінами та доповненнями) // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2006, № 2-3, ст.36. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>
2. Абрамова Г. С. Психологическое консультирование: Теория и опыт: Учебн. пособие для студ. в. пед. уч. заведений. – М.: Изд.центр «Академия», 2000. – 240 с.
3. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 204 с.
4. Волков В. В., Хархордин О. В. Теория практик / Вадим Волков, Олег Хархордин. – СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге. – 298 с.
5. Выготский Л. С. Собрание сочинений : В 6 т. Т.2. Проблемы общей психологии / Под ред. В. В. Давыдова. – М.: Педагогика, 1982. – 504 с.
6. Д-р Джудіт Герман Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знуцань у сім'ї до політичного терору. Переклад з англ. О. Лизак, О.Наконечна, О. Шлапак. – Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. – 416 с.
7. Кривоконь Н. І. Категорія наснаження: визначення змісту на основі різномірного аналізу / Н. І. Кривоконь // Соціальна психологія: Український науковий журнал. – №1-2 (51-52) – К., 2012. - С. 63 – 73.
8. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).
9. Прохоров А. О. Психология неравновесных состояний. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 1998. – 152 с.
10. Сила Т. І. Міждисциплінарний зміст поняття «ресоціалізація» // Збірник наукових

праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за ред. С.Д. Максименка. Т. XIII, част. 1. – К., 2011. – с.382-389.

11. Тарабарина Н. В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. – М. : Изд.-во «Когито-центр», 2007. – 208 с.

12. Титаренко Т. М. Психологічні практики конструювання життя в умовах постмодерної соціальності: монографія / Т. М. Титаренко, О. М. Кочубейник, К. О. Черемних; НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. – К.: Міленіум, 2014. – 206 с.

13. Тополь О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників АТО // Вісник ЧНПУ імені Т. Г. Шевченка. – № 124. – с. 230 – 233.

14. Hayes Steven & Spencer Smith. Get out of mind and into your life. – New Harbinger Publication, Inc., 2014. – 320 p.

References

1. Zakon Ukrayini «Pro rehabilitatsiyu Invalidiv v Ukrayini» (zi zminami ta dopovnenniyami) // Vidomosti Verhovnoyi Radi Ukrayini (VVR), 2006, N 2-3, st.36. – Rezhim dostupu: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>

2. Abramova G. S. Psihologicheskoe konsultirovanie: Teoriya i opyt: Uchebn. posobie dlya stud. vyssh. ped. uchebn. zavedeniy. – М. : Izd.tsentr «Akademiya», 2000. – 240 s.

3. Vasilyuk F. E. Psihologiya perezhivaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsiy). – М.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1984. – 204 s.

4. Volkov V. V., Harhordin O. V. Teoriya praktik / Vadim Volkov, Oleg Harhordin. – SPb.: Izdatelstvo Evropeyskogo universiteta v Sankt-Peterburge. – 298 s.

5. Vyigotskiy L. S. Sobranie pochineniy : V 6 t. T.2. Problemyi obschey psihologii / Pod red. V. V. Davyidova. – М. : Pedagogika, 1982. – 504 s.

6. D-r DzhudIt German Psihologichna travma ta shlyah do viduzhannya: naslidki nasilstva – vid znuschan u sim'yi do politichnogo terroru. Pereklad z angl. O. Lizak, O. Nakonechna, O. Shlapak. – Lviv : Vidavnistvo Starogo Leva, 2015. – 416 s.

7. Krivokon N. I. Kategoriya nasnazhennya: viznachennya zmistu na osnovi riznorivnovego anaiizu / N. I. Krivokon // Sotsialna psihologiya: Ukrayinskiy naukoviy zhurnal. – #1-2 (51-52) – К., 2012. - S. 63 – 73.

8. Malkina-Pyih I. G. Ekstremalnyie situatsii. – М.: Izd-vo Eksmo, 2005. – 960 s. – (Spravochnik prakticheskogo psihologa).

9. Prohorov A. O. Psihologiya neravnovesnyih sostoyaniy. – М. : Izd-vo «Institut psihologi RAN», 1998. – 152 s.

10. Sila T. I. Mizhdistsiplinarniy zmist ponyattya «resotsializatsiya» // Zbirnik naukovih prats Institutu psihologiyi Imeni G. S. Kostyuka NAPN Ukrayini / za red. S. D. Maksimenka. Т. XIII, chast. 1. – К., 2011. – с.382-389.

11. Tarabarina N. V. i dr. Prakticheskoe rukovodstvo po psihologii posttравmaticheskogo stressa. Ch. 1. Teoriya i metodyi. – М. : Izd.-vo «Kogito-tsentr», 2007. – 208 s.

12. Titarenko T. M. Psihologichni praktiki konstruyuvannya zhittya v umovah postmodernoyi sotsialnosti: monografiya / T. M. Titarenko, O. M. Kochubeynik, K. O. Cheremnih;

NAPN Ukraini, Institut sotsialnoyi ta politichnoyi psihologiyi. – K.: Milenium, 2014. – 206 s.

13. Topol O. V. Sotsialno-psihologichna rehabilitatsiya uchastnikiv antiteroristichnoyi operatsiyi // Visnik ChNPU imeni T. G. Shevchenka. – # 124. – s. 230 – 233.

Надійшла до редакції 27.07.2017

УДК 316.6:316.367-058.833

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ЕРОТИЧНИЙ КОД У РОБОТІ З ПОДРУЖНЬОЮ ПАРОЮ**Седих К.В., Зозуль Т.В.**

У статті детально проаналізовано поняття «індивідуальний еротичний код» особистості, як однієї з головних детермінант психології сексуальності. Виявлено мотиви, мету та регулятори формування означеної структури. Розглянуто особливості, які впливають на зміну індивідуального еротичного коду протягом життєдіяльності індивіда. Розмежовано поняття «сексуальний архетип», «сексуальний сценарій» та «індивідуальний еротичний код». Схарактеризовано план сеансу психотерапевтичного процесу з подружньою парою при зміні індивідуально-еротичного коду подружньої пари/ чи одного з подружжя.

Ключові слова: індивідуальний еротичний код, сексуальний сценарій, сексуальний архетип, комунікація, когнітивна схема.

The concept of the individual erotic code of personality as one of the main determinants of the psychology of sexuality is analyzed in the article. The motives, aim and regulator of the given structure forming are found out. The peculiarities that influence on the changing of individual erotic code during the life are described. Such terms as «sexual archetype», «sexual scenario» and «individual erotic code» are differentiated. The plan of the psychotherapeutically session with the marriage couple while changing the individual erotic code of the couple or one of the spouse is characterized.

Keywords: the individual erotic code, sexual archetype, sexual scenario, communication, the cognitive scheme.

Постановка проблеми. Сім'ї у сучасному суспільстві властиві ускладнення міжособистісних відносин, зниження якості інтимної взаємодії, зростання кількості подружніх конфліктів, тому інтерес до інтимно-особистісної сфери невпинно зростає.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Подружні стосунки традиційно опрацьовуються у широкому колі напрямів, теоретико-методологічну основу нашого дослідження склали концептуальний підхід до розгляду сім'ї як системи (М. Боуен, С. Мінухін, П. Вацлавік, К. Седих та ін.); тривіумальний концепт сексуальності (С. Агарков, Е. Кашенко); положення про рольовий характер міжособистісної взаємодії у сім'ї (В.В. Абраменкова, Ю. Е. Альошина, М. І. Бобнєва, Ш. Берн, А. М. Волкова, О. С. Кочарян, А. Г. Лідерс, В.В. Москаленко, К.В. Седих); положення про визначальну роль гендерно-рольових експектацій у взаємодії членів подружжя (Е. В. Антонюк, Л. Я. Гозман, Т. П. Ємельянова, О. Я. Кляпець, В. П. Левкович), положення про стратегії сексуальної поведінки (С. І. Голод, М. А. Коніна, А. Б. Холмогорова), положення про динаміку поведінки пар (Е. Ейдемільер, В. Юстіцкіс), положення про послідовність організації сексуальних досвідів (А. Тьомкіна).

Мета статті полягає у визначенні специфічних властивостей індивідуального еротичного коду особистості та оцінці його впливу на перебіг стосунків у парі. Її реалізація обумовлює необхідність вирішення наступних завдань: 1) Визначити співвідношення понять

«сексуальний архетип», «сексуальний сценарій» та «індивідуальний еротичний код»; 2) охарактеризувати особливості індивідуального еротичного коду особистості.

Виклад основного матеріалу. Мотиви утворення пари (сім'ї) пояснюються по-різному у різних психологічних школах і охоплюють широкий спектр детермінант: прагнення відтворити особливості взаємодії батьківської сім'ї (А. Адлер) чи власних стосунків із братами і сестрами (В. Томан), проєкція незадоволених у дитинстві бажань (Г. Дикс, Дж. Віллі), міжособистісна атракція (Л. Я. Гозман), реалізація принципу «притягнення протилежностей» (Р. Уінч), задоволення потреб (Б. Мурстейн), тощо. Сімейне життя реалізується, перш за все, у подружніх відносинах (В. М. Дружинін, Т. І. Димнова, С. В. Ковальов, О. С. Кочарян, О. В. Яворська), що у найоптимальнішому своєму варіанті характеризуються високим ступенем взаєморозуміння і взаємодопомоги.

Благополуччя сімейного життя значною мірою залежить від характеру співвідношення рольових позицій подружжя, які формуються у людини задовго до початку сімейного життя (Т. І. Димнова, В. Е. Каган, К. О. Дорошенко, О. С. Кочарян, М. Є. Жидко). Сім'я розглядається як відкрита система, що знаходиться у постійному взаємообміні з навколишнім світом (М. Боуен, А. Я. Варга, Е. Г. Ейдемільер, С. Мінухін, Ч. Фішман, К. В. Седих, А. фон Шліппе, Т. М. Яблонська). Сімейна система самоорганізується, тобто її поведінка відповідає меті самозбереження, а джерело перебудови системи знаходиться в ній самій. Сім'я як система виконує свої функції за допомогою певних механізмів: структури сімейних ролей; структури сімейних підсистем; зовнішніх і внутрішніх кордонів між ними.

Комунікація між членами подружжя значною мірою залежить від уявлень особистості про те, яким чином можливо та необхідно чинити, займаючи певну соціальну позицію. У випадку, коли такі погляди розходяться, виникає «конфлікт уявлень», що знаходить своє вираження через сімейні суперечки. Вони виникають через те, що члени сім'ї усвідомлюють свої ролі по-різному, діють відповідно до своїх уявлень, очікують поведінки іншої людини, відповідної цим уявленням, і дратуються, коли інша сторона не виправдовує очікування. До найтипівіших сімейних ролей відносять: 1) відповідальний за матеріальне забезпечення сім'ї; 2) хазяїн-господарка; 3) відповідальний за підтримку родинних зв'язків; 4) організатор сімейної субкультури; 5) організатор розваг; 6) сексуальний партнер; 7) відповідальний по догляду за дитиною; 8) вихователь; 9) сімейний «психотерапевт».

Також, стосунки у парах відображають культурний вплив суспільства на сімейне життя та специфічні несвідомі прояви ідентифікації з партнером жінок та чоловіків у стосунках [4].

Тож, задля більш глибокого розуміння уявлень, що впливають на вибір шлюбного партнера ми пропонуємо розширити категоріально-понятійний апарат та звернути увагу на такий особливий феномен, як **індивідуальний еротичний код особистості**.

Індивідуальний еротичний код особистості визначається нами, як специфічний тип поведінки індивіда для реалізації сексуального завдання, тобто, своєрідний меседж іншим особам протилежної статі.

Наприклад, у соціальному середовищі чоловік із високим енергетичним потенціалом конкурує з іншими чоловіками за владу і застосування влади, запускаючи самотутній «сигнал» до багатьох жінок одночасно: «Я – найкращий!». Жінка, яка відчула до нього симпатію, реагує на його сигнал фліртом: «Ти мене зацікавив, загравай до мене!».

Можливим варіантом розвитку стосунку є припинення будь-яких сигналів із боку чоловіка, оскільки він може: а) не помітити меседж жінки, або б) інтерпретувати її сигнал, як не сексуальний, оскільки в інтрапсихічному просторі чоловіка реакція жінки може не співпадати з його внутрішнім *Образом* жінки або *Образом* сигналу, який вона обрала для відреагування. За подібних умов обмін еротичними сигналами затихає, жінка ображена, відступає, створення пари не відбувається.

У випадку, коли сигнал та образ жінки співпадають із внутрішнім *Образом* чоловіка, він реагує зацікавленістю та очікує подальших сигналів від неї. Жінка дає відповідь: «Я готова!» і, якщо їх «мови кохання» (висока якість спілкування, спільна діяльність, отримання подарунків, підтримка і т.д.) співпадають або частково співпадають – продовжується обмін сигналами. Чоловік очікує ще одного підтвердження від жінки, жінка – від чоловіка.

Тобто, індивідуальний еротичний код особистості, і як його частина – ритуал залицяння, характеризують уявлення про міжстатеву поведінку, які засвоєні жінками та чоловіками у процесі їх життя, отримання власного досвіду, соціально-культурних наративів та саморозвитку. Такі уявлення визначають співвіднесеність поведінки партнера чи претендента на партнерство з ідеальними уявленнями про майбутнього чоловіка (жінку).

При формуванні еротичного коду особистості ключову роль відіграють внутрішні та зовнішні регулятори, адже, на нашу думку, саме вони породжують індивідуально-типовий еротичний код. У якості внутрішнього регулятора виступає сценарій еротичної поведінки; у якості зовнішнього – мета і завдання поведінки (поєднання біологічних та культуральних завдань: приваблення партнера, одруження, народження дітей тощо).

Доцільно, розмежувати поняття «індивідуальний еротичний код», «сексуальний архетип» та «сексуальний сценарій», оскільки ці поняття є взаємопов'язаними, проте мають певні відмінності.

Архетипи є культурнимизакодованими, формалізованими зразками і програмами поведінки кожної людини. Психіка містить у собі як загальні інстинкти, властиві всьому живому, так і специфічні людські несвідомі реакції на постійно відновлювані протягом життя роду феномени зовнішнього та внутрішнього світів. У роботі «Про архетипи колективного несвідомого» К.Г. Юнг відзначив, що провідними чинниками розвитку культури і поведінки індивіда є символічні форми, які повільно еволюціонують [5]. Саме символи продукують психічні засади життя й формують універсальні прообрази, які визначають детермінанти поведінки та мислення кожної людини. Тож, сексуальний архетип, ми характеризуємо, як систему символічних установок та типових реакцій, що визначають інтимне життя індивіда «тим більш ефективно, що непомітно» [5].

Статева конституція, статура, темперамент та інші параметри визначають психосексуальні установки і поведінку індивіда не безпосередньо, а через його *сексуальний сценарій* (термін використовується американськими соціологами Джоном Ганьоном і Вільямом Саймоном), який формується під впливом навчання у процесі індивідуального розвитку особистості.

Досить детально теорія сексуального сценарію розглядається також і в працях І. С. Кона. Він визначає сексуальний сценарій як когнітивну структуру, що поєднує в собі багатоманітні символічні і невербальні елементи в організований та хронологічно

послідовний поведінковий ряд, на основі якого люди можуть одночасно передбачати свою поведінку й оцінювати її в конкретний період часу [2].

Сексуальний сценарій як різновид поведінкової програми, без якої не обходиться жодна соціальна поведінка, зумовлює можливий і бажаний тип сексуального партнера, еротичні стимули, вимоги до місця, часу і ситуації статевого зближення та способи його обґрунтування і виправдання. Однак, біологія сексуальності не обмежується ендогенними процесами. Спонтанні сексуальні реакції і, тим більше, цілеспрямовані дії зазвичай припускають взаємодію двох або декількох індивідів, причому на кожній стадії копулятивного циклу поведінка одного партнера служить стимулом для іншого. Біч називає це принципом взаємодоповнюваності стимулу і реакції і простежує його дію на 4 стадіях копулятивного циклу [7]. Таким чином, сексуальний сценарій, можна визначити, як сюжет, який відтворює індивід при реалізації сексуальної поведінки.

Історично створення культурно-еротичного коду відбувалося через символізацію реальних об'єктів, таких як вагіна, фалос, запліднення, вагітність, материнство. З часом здійснилося перетворення символу на основі реального об'єкта в чуттєвий образ, що знаходив своє відображення у вигляді різноманітних предметів (зображень, малюнків, звуків тощо). Так, наприклад, чаша, троянда, підкова – символізують жіночність та плодовитість; скіпетр, гриб, пасхальні яйця є уособленням чоловічої сексуальної енергії. І, лише згодом, у семантичному полі символи формували внутрішню модель еротичного коду кожного індивіда.

Тож, ми можемо говорити про те, що визначальною відмінністю індивідуального еротичного коду особистості від сексуального архетипу та сексуального сценарію виступає те, що індивідуальний еротичний код має трирівневу площину формування – символічну, поведінкову та семантичне поле.

Жак Лакан, встановив, що зображення і мова спричиняють те, що людина із первинно безпосередньої природи вступає в опосередкований стан як щодо себе самої, так і по відношенню до світу. Завдяки «медіуму уявного» та «медіуму символічного» суб'єкт і його оточуючий світ стають подвійно репрезентованими [9].

На відміну від людини, як соціо-культурної істоти, у тварин ми можемо спостерігати тільки видовий код поведінки, специфічний для кожного окремого виду. При цьому, стадії привабливості та алгоритмізація видового статевого коду *характеризуються*:

1. *Появою сексуального інтересу* як у самця, так і у самки. У тварин цей процес регулюється гормонами, а відповідний контакт встановлюється завдяки феромонам.

2. *Статевим збудженням*, яке викликає сексуальна привабливість партнера.

3. *Проявом відповідних фізіологічних реакцій*.

4. *Задіянням специфічних для даного біологічного виду комунікативних форм поведінки* («залицяння» самця, «дражлива» поведінка або «підставляння» самки і т.д.);

При цьому *з'являється певна індивідуальна вибірковість* і іноді з'ясовується несумісність спланованої пари. Доведено, що самці неоднаково реагують на різних самок (це вивчалось на щурах, собаках і шимпанзе). Однак, у більшості ссавців самці в цьому відношенні менш розбірливі, ніж самки.

5. *Демонстрацією поведінки*, яка свідчить про статеве збудження, що в свою чергу, збільшує привабливість даної особини для партнера.

6. Пробудженням у партнера зустрічної сексуальної реакції, що спонукає обох партнерів переходити до наступної, консуматорної, стадії.

7. Спаровуванням.

У людини фактори сексуальної привабливості партнера значно більш різноманітні. Найчастіше це образи або «когнітивні схеми», вироблені у процесі індивідуального розвитку.

Так, наприклад, Келлі та ін. (Kelley et al., 1983) проводять відмінність між любов'ю (love) і почуттям обов'язку/зобов'язання (commitment) [8], подібно до того як Хетфілд і Репсон (Hatfield & Rapson, 1992) роблять відмінність між любов'ю-пристрастю (passionate love) і любов'ю-дружбою (companionate love) [10], в той час як Теннов (Tennov, 1981) від «любові» відділяє «закоханість» (limerance) як сильну, але можливу тільки на короткий час прихильність [11]. Емпіричні дослідження дали на основі факторного аналізу п'ять чітко помітних аспектів інтимної прихильності: пристрасне бажання, фізичний потяг, турбота, довіра і толерантність. Три типи любові, що розрізняються Келлі (Kelley, 1983), а саме пристрасна, прагматична й альтруїстична любов, узгоджуються з цими п'ятьма аспектами [8].

Як порівняння дескриптивних аспектів любовних відносин часто називають пристрасць (passion), почуття обов'язку/зобов'язання (commitment) і близькість (intimacy). Для першого компоненту – пристрасці, – відповідно до теорії двох процесів (Zwei-Prozess-Theorie) Соломона передбачається, що за гедонічною фазою слідує ангедонічна фаза. У той час як гедонічна фаза при утворенні звички стає менш вираженою, ангедонічна фаза зберігає свою амплітуду і продовжується в часі [11].

У зв'язку з цим, особливо щодо близькості, цікава ще теорія емоцій. Відповідно до неї, почуття виникають через порушення ходу завчених дій, і партнери можуть ефективно переривати хід звичних дій одне одного як в позитивному, так і в негативному сенсі.

Теорія прив'язаності Боулбі (Bowlby, 1975) описує розвиток і диференціацію емоцій в їх соціальної функції; з іншого боку, вона пояснює, як потрібно розглядати афективну прихильність між дорослими, виходячи з розвиненого в дитинстві емоційного репертуару [6].

Цей розвиток зазвичай поділяють на три наступні одну за одною фази, під час яких відбувається навчання прихильності, пошукової поведінки та репродуктивної поведінки. Для останнього вирішальними є такі емоції, як потяг, пристрасць, а також турбота і толерантність.

Основна теза цієї концепції полягає в тому, що близькі стосунки в цій третій дорослій фазі виникають НЕПОРУШЕНИМИ і здатні розвиватися тільки в тому випадку, якщо в першій фазі була встановлена довірча прихильність, а в другій фазі було розвинене пошукову поведінку. Якщо ж цього не сталося, то індивід не впевнений в своїй поведінці прихильності, причому Боулбі розрізняє залежно від виду порушення розвитку тривожну прихильність, нав'язливе прагнення до незалежності, надмірну дбайливість і емоційну ізольованість

Такі патерни поведінки формуються і доповнюють одне одного у партнерів. Згідно Віллі, це призводить до концепції негласної угоди (коллюзії) [12]. Вона стверджує, що партнери вибирають один одного на основі відповідних один одному емоційних профілів, які

позитивно впливають насамперед на взаємообмін) – кожен з партнерів щось дає іншому і щось від нього бере, але які, однак, можуть в перспективі зробити відносини конфліктними. У сприятливому випадку виникає деякий вид додатковості потреб, а в разі конфлікту очікування одного або обох партнерів можуть бути надмірними.

Наш час характеризується дуже широким діапазоном і різноманітними варіантами еротичної поведінки, на формування і реалізацію якої впливають не тільки біологічні детермінанти та ранній досвід особи, але і зміни соціально-культурної «моди» та контекст її дорослого життя. Що, в свою чергу, дає змогу припустити, що індивідуально-еротичний код особистості змінюється протягом її життя.

Культурно-еротичний код в різноманітних суспільствах і культурах – різний, оскільки, в кожній культурі є свої інтимні особливості. Проте, слід зауважити, що адаптуючись в рамках визначеної культури, люди засвоюють саме ті патерни сексуальної поведінки, які відповідають їх власним дорослим потребам.

Індивідуально-еротичний код особистості постає як стійке формоутворення вже в підлітковому віці. Та в інтрапсихічному просторі визначається як модель поведінки, де передбачені і власні реакції і реакції партнера.

Так, на основі класифікації типів любові Лі нами створена класифікація типів індивідуально-еротичного коду. В нашій класифікації фігурує як тип любові, так і провідний мотив, і провідний страх, які і детермінують у особистості несвідомий вибір того чи іншого типу еротичного коду (*таблиця 1*).

Отже, на нашу думку, в індивіда існує потреба створити пару, ця потреба запускає індивідуальний еротичний код особистості для реалізації цієї мети – створення пари (сім'ї). Коли мета реалізована і створена подружня пара (сім'я), на перший план виходять інші життєві завдання як для кожного з індивідів, так і спільно для пари. А саме, виховання дітей, спільне господарство, добробут, соціальна успішність, екзистенційні потреби, тощо. Реалізація домінуючих завдань призводить до зміни поведінки, як в соціумі так і в сім'ї, що впливає на еротичну поведінку подружжя (або одного з них). Особливо вірогідною є зміна індивідуального еротичного коду при змінах соціальної ролі в соціумі одного з подружньої пари. Наприклад, жінка після народження дитини, продовжує працювати, а чоловік бере декретну відпустку по догляду за дитиною тощо.

Таблиця 1

Класифікація типів індивідуального еротичного коду
(*К.В. Седих, Т.В. Зозуль*)

Мотив	Страх	Тип любовного стосунку
Безпека	Страх ризику	Прагма
Задоволення і легкість	Страх залежності	Людус
Романтичність	Страх нарцистичної образи	Ерос
Контроль	Страх втрати	Манія
Дружба	Страх вразливості	Сторге
Відданість	Уникання розчарування	Агапе

Протягом тривалого часу ми постійно працюємо як із індивідуальними клієнтами, так і з сім'ями, серед яких є подружні пари що характеризуються великою віковою різницею.

Для цих пар характерні певні специфічні особливості, так, на початку стосунків, у дошлюбний період, образ чоловіка значно старшого за віком ідеалізується жінкою, партнер розцінюється як надійний, соціально успішний, впевнений, такий, що опікає, що наближається до ідеального образу батька. Жінка при цьому почуває себе дочкою цього ідеального батька, що досягається за допомогою механізму трансферу своїх нереалізованих у дитинстві прагнень на стосунки із партнером. Стосунки в парі вибудовуються за моделлю «батько» – «дочка».

На другому етапі, з появою дитини, стосунки у парі ускладнюються у зв'язку з триангуляцією, виникають проблеми пов'язані зі зміною сімейних ролей. Між партнерами знижується якість емоційної близькості, зростає напруга у взаємовідносинах та значно погіршуються інтимні стосунки пари. Цей феномен ми називаємо зміною індивідуального еротичного коду.

Приклад із психотерапевтичної практики. Олена, 25 років, Євген, 42 роки. Одружилися після 1,5 років знайомства. Стосунки на початку створення сім'ї характеризують, як сповнені любові, пристрасті, поваги, взаєморозуміння та затишку. Євген проявляв до дружини опіку, надавав підтримку, вирішував матеріально-побутові проблеми. Олена закінчувала навчання, більше займалася особистими справами, та, з її слів, відчувала себе центром життя Євгена. Подружжя мріяло про розширення сім'ї, народилася бажана дитина. Після народження доньки, у парі зростає психологічна напруга, з'явилося емоційне відчуження, ускладнилися міжособистісні взаємостосунки, з ініціативи чоловіка «зникло» інтимне життя. Зі слів жінки, вона відчуває себе непотрібною чоловіку, оскільки всю ласку, тепло та увагу він спрямовує виключно на доньку.

Психотерапевтичний процес при зміні індивідуального еротичного коду подружньої пари має обов'язково включати в себе як індивідуальні, так і парні сесії, з використанням домашніх завдань для того, щоб спонукати клієнта до більш глибокого самопізнання та найбільш ефективного визначення життєвої стратегії в новому стані.

При компонентному аналізі структури стосунку подружжя психотерапевт з особливою пильністю має ідентифікувати також імпліцитні емоційні стани та імпліцитні переживання членів подружньої пари, оскільки це дасть змогу діагностувати неусвідомлювані ставлення та розширити розуміння змісту й структури потреб, мотивів поведінки людини.

Доцільним є також визначення очікувань партнерів стосовно «ідеального сексуального сценарію» (для себе). Наприклад, у домашньому завданні клієнти мають написати есе за темою «Від любові ми очікуємо...», в якому акцент зміщується з почуттів на дії. Ділитися есе одне з одним заборонено, написане віддають психотерапевту.

Наступним етапом терапії є створення особистого ритуалу по закінченню «старого життя» і «старого еротичного коду». Наприклад, клієнтка спалює деталь свого одягу на березі річки, переживаючи відмирання старого, горе втрати і страх.

Заключною стадією психотерапевтичного процесу є створення особистого ритуалу «Нового еротичного коду» і «Нового життя». А також, розвиток здатності любити – через застосування методів психотерапії та психокорекції, які спрямовані на підвищення якості стосунків у парі: розвинення прихильності, романтичності, пристрасті, толерантності.

Висновок. Встановлено, що поняття «архетип», «сексуальний сценарій» та «індивідуальний еротичний код» є взаємопов'язаними, проте не тотожними. Індивідуальний еротичний код має трирівневу площину формування – символічну, поведінкову та семантичну. Індивідуально-еротичний код особистості визначається як специфічна модель еротичної поведінки, запрограмована на реалізацію певного завдання, в якій «записані» і власні реакції, і реакції ідеального партнера.

Перспективи подальших розвідок полягають у розробці психодіагностичного інструментарію для визначення індивідуального еротичного коду особистості.

Список літератури

1. Зозуль Т. В. Психологічні особливості рольових очікувань і домагань у сімейній взаємодії в парах із суттєвою різницею у віці / Т.В. Зозуль // Теоретичні та прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць №2 (37) 2015. – Сєвєродонецьк, 2015. – С. 188-195.
2. Кон И. С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 319 с.
3. Кочарян А. С., Фролова Е. В., Бару И. А. Феноменология нарушенных межличностных отношений // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. - 2012. - № 985. - С.73-78.
4. Седих К. В. Феномен сімейної матриці та ідеологія психотерапевтичної роботи з ним / К.В. Седих // Психологія і особистість. – 2014. – № 2. – С. 109–121.
5. Юнг К. Г. Архетипы и символы. / К.Г. Юнг. – М.: Ренессанс, 1991. – 292 с.
6. Bowlby, J. (1975). Attachment theory, separation anxiety and mourning. In David A. Hamburg and Keith H. Brodie (eds.), American Handbook of Psychiatry (2nd), vol. 6, New Psychiatric Frontiers, Ch. 14, pp. 292-309.
7. Ford C. S., Beach F. A. Patterns of sexual behavior.—New York, 1951. — 318 p.
8. Kelley H. H. Love and commitment // Kelley H. H., Bersheid E., Christensen A. et al. (Eds.). Close relationships. San Francisco, 1983.
9. Lacan J. The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis. Book XI. - N.-Y, London, 1998. - P. 88.
10. Primitive emotional contagion. Hatfield, Elaine; Cacioppo, John T.; Rapson, Richard L. Clark, Margaret S. (Ed). (1992). Emotion and social behavior, (pp. 151-177). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc., xi, 311 pp.
11. Urs Baumann, Meinrad Perrez "Lehrbuch Klinische Psychologie — Psychotherapie", 1998
12. Willi, J. (1975). Die Zweierbeziehung [Couples in collusion]. Hamburg. Germany: Rowolt.

Надійшла до редакції 27.07.2017

УДК 159.922

**ТРАНСФОРМАЦИЯ СТРУКТУРЫ СЕМЬИ И СИСТЕМЫ ЦЕННОСТЕЙ: АНАЛИЗ
СЛУЧАЯ КАЗУИСТИЧЕСКОЙ НАВЯЗЧИВОСТИ****Кочарян А.С., Барінова Н.В.**

В статье представлен редкий случай навязчивого поведения клиента, состоящий в ежедневном мануальном очищении прямой кишки перед выходом на работу. Рассматриваются патогенез данного расстройства, психосемантическая структура отношений в семье клиента, коннотативная структура основных его ценностей и психосемантическая структура Я-экзистенции клиента. Выявлен ряд психосемантических искажений: 1) деструкция денотативной и коннотативной структур образов «супруга» и «ребенка»; 2) деструкция ценностно-мотивационной сферы, которая манифестируется феноменами «ценностной пустоты», «ангедонизма» и «ценностной инконгруэнтности»; 3) его-дистонность важных сфер личностного функционирования.

Ключевые слова: структура семьи, ценностно-смысловая сфера личности, образ партнера, сферы экзистенции его, навязчивость.

У статті представлений рідкісний випадок нав'язливої поведінки клієнта, що проявляється в щоденному мануальному очищенні прямої кишки перед виходом на роботу. Розглядаються патогенез даного розладу, психосемантична структура відносин у родині клієнта, конотативна структура основних його цінностей і психосемантична структура Я-екзистенції клієнта. Виявлено ряд психосемантичних спотворень: 1) деструкція денотативної і конотативної структур образів «чоловіка» й «дитини»; 2) деструкція ціннісно-мотиваційної сфери, яка маніфестується феноменами «ціннісної порожнечі», «ангедонізму» і «ціннісної інконгруентності»; 3) его-дистонія важливих сфер особистісного функціонування.

Ключові слова: структура сім'ї, ціннісно-смістова сфера особистості, образ партнера, сфери екзистенції его, нав'язливість.

The article presents a rare case of obsessive behavior of the client, consisting in a daily manual cleaning of the rectum before going to work. The pathogenesis of this disorder, the psychosemantic structure of relationships in the client's family, the connotative structure of its core values and the psychosemantic structure of the client's I-existence are considered. A number of psychosemantic distortions are revealed: 1) destruction of denotative and connotative structures of images of "spouse" and "child"; 2) the destruction of the value-motivational sphere, which is manifested by the phenomena of "value emptiness", "anhedonism" and "value incongruence"; 3) ego-dystonia of important spheres of personal functioning.

Key words: family structure, value-semantic sphere of personality, image of partner, sphere of ego existence, obsession.

Опишем редкий случай навязчивости из контекста психотерапевтической практики.

Клиентка Л., 32 г., жалобы на навязчивое желание очищать кишечник. Перед выходом из дому каждое утро в течение 50 минут она занималась очищением кишечника

пальцами, чтобы не опозориться в присутственных местах (в транспорте, на работе и т.п.). Ранее она страдала от навязчивого желания освободить мочевой пузырь, боялась оказаться в местах, удаленных от туалета или где доступность пользования им ограничена. Проведенное ранее психотерапевтическое и фармакологическое лечение результатов не дало, напротив, проблематика обострилась и захватила анальные жалобы. Л. во втором браке, имеет дочку 5-ти лет. Отношение к мужу очень прохладные, сексуальная близость практически отсутствует, оргастическая функция у клиентки снижена – находится в пределах 10%-15%. Муж не ценный для клиентки - часто в фантазиях она уходит от него, меняет его на другого более достойного мужчину. Дочка словно вторит матери: когда отец на дежурстве, дочка говорит ей: «А это хорошо, что папы нет – мы найдем другого папу». Муж – военный (майор), правильный, размеренный человек.

Одно из ее ключевых сновидений таково: «Я нахожусь в доме с родителями. Врывается молодой грабитель. На его глазах мама меня ведет в подвал, прячет меня. Мы с ней в подвале. Мне очень неуютно. Пытаюсь найти выход. Одна выхожу из подвала на улицу, бегу, прячась, вдоль частных домов, боюсь встретиться с молодым грабителем. Вдруг встречаю мужа. Мне становится легко, безопасно. Неожиданно к нам выбегает этот грабитель и протягивает мне фужер... Вот такой... (она показывает руками форму гитары - авторы) на длинной ножке, и спрашивает: «Это твое?». На что клиентка отвечает с ужасом: «Нет, не мое». Интерпретация сновидения сводится к тому, что клиентка отказалась от сексуальности – выбрала мужчину, который вполне соответствует ее асексуальному сценарию и, при этом, обвиняет мужа в том, что ему ничего не нужно, что она страдает от его сексуального нежелания (алибидемии).

Первый муж клиентки (еще в студенчестве) был чрезвычайно активный человек, у него было много друзей, проводил время с женой в клубах, активных поездках и т.п. В сексуальном отношении он тоже был активным. Клиентка не справилась с такой социальной и сексуальной активностью. Второй муж был явной противоположностью – не активный, только работа и дом, а сексуально довольствовался малым.

Клиентка – единственный ребенок в семье. Отец – властный человек, часто наказывал, ругал. Она помнит ситуацию, когда папа ее ругает, а она боится, и, при этом, мочится, переживая смешанные чувства страха и удовольствия.

На вопрос: «Что в жизни вызывает у Вас удовольствие?» она фактически отвечает – «ничего», даже общение с ребенком воспринимается ею как обуза, как необходимость. У нее спросили: «А что Вы переживаете при очищении кишечника?». В конце концов ответ ее означал, что ее это мучает, но вместе и доставляет удовольствие. Ни еда, ни секс, ни ребенок, ни работа, ни друзья и т.п., а только это навязчивое действие. Фактически мы сталкиваемся в данном случае с анальной мастурбацией. В отличие от истинной навязчивости от данного действия она получает удовольствие, а не облегчение от того, что, выполнив это действие, избавляется от напряжения. Кроме того, у нее до сегодняшнего дня наблюдается уретральная мастурбация. Следовательно, клиентка «застряла» на инфантильных формах сексуальности. Такая инфантильная фиксация обусловлена запретами сексуальных манифестаций в детстве, *инцестуозной* либидозностью, невероятно сильной и дистанцированной фигурой отца, фигурой матери, которой следовало гордиться и восхищаться.

В 1963 году Анна Фрейд выдвинула концепцию различных линий развития -

сексуальной и эмоциональной [1]. Это означает, что человек может иметь сексуальные проблемы и, при этом, быть психологически зрелым. Наша клиентка чувствовала себя то маленькой, беспомощной, желающей поддержки и защиты, то уже пожившей, возрастной, не имеющей жизненной перспективы («жизнь закончилась, так и не начавшись»). Тело клиентки не соответствует возрасту, как будто застряло в детстве.

Истоки такой сексуальности определяются и неясными конституциональными особенностями, о которых писал З. Фрейд, и совокупностью факторов семейной социализации.

А.В. Мазуркевич [2] в относительно недавней работе показал, что «ведущие смыслы брака определяют специфику коммуникативного, аффективного, поведенческого компонентов моделей супружеских отношений». Автор выделил 6 типов моделей супружеских отношений: 1) модель «семья - система» отражает направленность на близкие отношения с партнером, что позволяет осуществить терапевтическую функцию партнерства, создать нарцисстически оправданную личностную потребность в близких отношениях с Другим; 2) «модель «семья - эмоция» отражает принципиальную значимость глубоких, насыщенных, ярких переживаний; 3) модель «семья - способ самоактуализации» отражает высокую интенсивность «выраженности ведущих смысловых инвариантов, стержневым компонентом которого является «самоактуализация»»; 4) модель «семья - социальный ритуал» отражает готовность партнеров осуществлять социально-предписанные роли и формы супружеского поведения; 5) модель «семья - инструмент удовлетворения дефицитарных потребностей» отражает направленность супругов на удовлетворение «простых» бытовых потребностей друг друга; 6) модель «семья - продолжение рода» отражает направленность супругов на осуществление репродукции.

Автор показал, что выявленные модели супружеских отношений фактически определяются преимущественной фиксацией на: 1) «ценностном отношении к личности партнера» («семья – система», «семья – эмоция», «семья - способ самоактуализации») и 2) «инструментально-потребительском отношении к партнеру» («семья - инструмент удовлетворения дефицитарных потребностей», «семья -социальный ритуал», «семья - продолжение рода»).

Нами было проведено психосемантическое исследование отношения к супругу у клиентки Л. Использован универсальный семантический дифференциал (УСД). В качестве конструкторов (объектов оценивания) выступили: «любовь», «дружба», «близость», «страсть», «секс», «деньги», «поддержка», «досуг», «радость», «гнев», «страх», «Я», «партнер», «ребенок». В работе Т.П. Старовойт [3] использована предложенная нами методика анализа мотивационно-ценностной сферы. Суть методики состоит в том, чтобы выявить коннотативные составляющие ценности. Ценности «взвешиваются» на универсальных первичных характеристиках эмоциональности [4] – «радость», «страх», «гнев».

В таблице 1 приведена соответствующая корреляционная матрица.

Как видно из таблицы 1, психосемантически партнер коннотирован конструктами «деньги», «поддержка», «страх» и «гнев». Образ мужа является поддерживающим, дающим деньги, ассоциативно связанным с гневом и страхом. «Опций» страсти, любви, близости, секса и досуга образ мужа лишен, этот образ не связан и с радостью.

Таблиця 1

Психосемантична структура відношень в родині клієнтки Л.

	Л	Б	Ст	С	Дн	П	До	Р	Стр	Г
Я	0,57**	0,44*	0,45*	0,51*	0,32	0,45*	0,39	0,26	0,53*	0,34
Парт.	0,41	0,32	0,33	0,37	0,47*	0,45*	0,41	0,32	0,45*	0,47*
Реб.	0,46*	0,45*	0,32	0,29	0,24	0,46*	0,46*	0,41	0,45*	0,44*

Примечание: Парт. – партнер, Реб. – ребенок, Л. – любовь, Б.- близость, Ст. – страсть, С. – секс. Дн. – деньги, П. – поддержка, До.- досуг, Р. – радость, Стр. – страх, Г. – гнев, * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ (r – Пирсона).

Образ ребенка также коннотативно усечен – связан с переживаниями страха и гнева, и совсем не наполнен радостью.

В таблице 2 представлены коннотативные значения основных ценностей.

Таблиця 2

Коннотативна структура основних цінностей клієнтки Л.

	Л	Б	Ст	С	Дн	П	До
Радость	0,36	0,41	0,40	0,42	0,56**	0,38	0,40
Страх	0,49*	0,35	0,57**	0,47*	0,42	0,42	0,25
Гнев	0,44*	0,37	0,46*	0,46*	0,41	0,35	0,34

Примечание: Л. – любовь, Б.- близость, Ст. – страсть, С. – секс. Дн. – деньги, П. – поддержка, До.- досуг, * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ (r – Пирсона).

Как видно из таблицы 2, в ценностях «любовь», «страсть» и «секс» редуцирована радость, фактически по коннотативной структуре они являются псевдоценностями – они реально не мотивируют «к», а, напротив, ведут «от». Поэтому вербальные ярлыки «любви», «страсти» и «секса» реально не наполнены и лишены позитивного смыслообразования. Единственной мотивирующей категорией являются «деньги». Категории «близость», «поддержка» и «досуг» являются пустыми в смысловом отношении – эмоционально ненаполненными. Таким образом, у клиентки Л. наблюдается смысловая деструкция ценностно-мотивационной сферы, которая манифестируется феноменами «ценностной пустоты», «ангедонизма» (утрача радости) и «ценностной инконгруэнтности» (несоответствия вербальной «хорошести» ценности и ее реального функциональности).

Следующая задача состояла в том, чтобы поймать пространство, в котором существует «Я» клиентки. С этой целью был также использован УСД. В качестве оцениваемых конструктов выступили: «Я», «радость», «страх», «гнев», «работа», «семья», «родители», «ребенок», «досуг», «болезнь». В таблице 3 приведены соответствующие данные.

Как видно из таблицы 3, конструкт «Я» психосемантически находится в пространствах «родительская семья», «работа» и «болезнь». Пространства «болезнь» и «родительская семья» являются наиболее внутренне наполненными переживаниями. Следовательно, клиентки нет в своей семье, в ребенке, в в досуге. Выявленная структура является незрелой, инфантильной. Она по профессии переводчик и много времени уделяет

работе, страдая от невозможности полностью отдаться делу – много времени уделяет туалетной тематике. Контроль мочи и кала и возможность вовремя попасть в туалет (чтобы он был рядом, чтобы был свободен и т.п.) доставляют серьезные страдания клиентке.

Таблица 3

Психосемантическая структура Я-экзистенции клиентки Л.

	Работа	Родители	Ребенок	Досуг	Семья	Болезнь
Я	0,53*	0,59**	0,41	0,37	0,38	0,59**
Радость	0,46*	0,45*	0,41	0,36	0,41	0,45*
Страх	0,44*	0,49*	0,45*	0,34	0,44*	0,55**
Гнев	0,37	0,44*	0,44*	0,40	0,46*	0,46*

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ (r – Пирсона).

Таким образом, самореализация, тема «я и профессия», «я в профессии» является чрезвычайно важной для клиентки. Более того, это выглядит как «самоактуализация», которой мешает болезнь. А ведь на самом деле она не готова (не способна) давать тепло и внимание в семью, ее «печка» не работает. «Печка» для женщины – ее живот; только мягкий и теплый живот готов к теплу и близости. Она же сидит на материнской «печке».

Сказкотерапия в данном случае представляется чрезвычайно полезной: сначала составляется сказка «принцесса и печка», которая отражает реальное состояние «печки».

Приведем пример сказки. «В некотором царстве, в некотором государстве, жила-была принцесса. Жила она, росла, училась, но вот все в ее жизни как то не так было, как будто чуждо все. Вроде и семья большая, но тепла да взаимопонимания не было... и знакомых много, но друзьями их назвать нельзя... и увлечения она себе искала, но удовольствия они не приносили. В общем росла принцесса и все мечтала повзрослеть и как в мечтах жизнь свою устроить. Принца найти, королевство с ним построить и деток завести.

И как только принцессе 17 лет исполнилось, стала она принца себе выбирать. Много молодых ухажеров к девушке приезжало, с разных королевств, но не милы были. Да и король-отец не в восторге от них был, и тот не такой, и этот. Принцесса боялась гнева отца. Но все же стала тайком от него с молодцами встречаться, но никто из них так и не смог ее убедить в любви и искренности, чтобы уж раз и навсегда его королю представить. Один молодец любил принцессу, но короля побаивался, 10-й дорогой замок обходил или в сумерках приходил. Другой вроде бы и рыцарь был, да не смог принцессу от ненастья укрыть, предал и обидел очень. Расстроилась принцесса, разочаровалась. Долго плакала да рыдала, и думала, что не будет счастья ей больше и не полюбит уже никто. Но однажды, по дороге в замок повстречался ей молодец один, он был красив и умен. И не возможно было не влюбиться, уж больно хорош был. Но несмотря на свою боль, решила принцесса попробовать вновь счастья испытать да сердце принца завоевать. И стала она трудиться и свой маленький замок облагораживать, хоромы обустроила и покои украсила, хотела показать принцу, «Гляди, какая я хозяйка, все могу, да все умею», но не торопился принц в ее замок переезжать. А она все трудилась и трудилась, и готовила, и убирала, и стирала, и на пир принца приглашала, но ничего не могло его приблизить.

И однажды встретилась принцессе одна женщина, поделилась принцесса с ней

печалью своей, что много времени прошло, а не может она принца своего заинтересовать. А женщина ей и говорит: «И не сможешь, покои у тебя красивые, да холодные уж очень». Задумалась принцесса, о словах ее. И стала она окна, да двери запирать, но теплее не становилось. Заказала принцесса шубы песцовые, да перины пуховые, но не нагревались покои.

И в один день, услышала девушка, что неподалеку мастер живет, который печи мастерит. Обратилась принцесса к мастеру. Да стал он узнавать, из чего дом построен, да как быт обустроен.... Подумал-подумал и решил помочь ей. И начали они печь мастерить, место в замке подходящее выбрали, расчистили его от мусора всякого, материалы подходящие подобрали, да так чтобы не только красиво было, но и прочная чтобы печь была, основу укрепили, дымоход смастерили. А когда мастерили, мастер учил: «Ты когда кирпичики укладываешь, о добром думай и слова хорошие приговаривай. Что вложишь – тем и греть будет, душу да сердце согревать!» Трудились они днями и ночами, быстро за делом время прошло... И наконец печка была готова! Можно и дрова вкладывать.

Паленья взяли фруктовые, чтоб не только тепло, а и аромат был, и уют в доме. Стали поленце один за другим гореть и по не многу теплее и теплее в покоях становилось, стены прогреваться начали, много на них льда намерзшего было. Прошло еще немного времени... и наконец...отогрелись палаты и сердце принцессы и душа согреваться начала. Тело нагрелось и радость стала появляться на лице. Не надо на себя больше шубы надевать и в перины закутываться. Тепло в покоях, уютно и спокойно. Радостно стало, вдохновение пришло. Теперь в замок можно и гостей позвать и кушаньями угощать. Каждый день в жизни принцессы все радостней да солнечней становились.

В один из дней тот самый принц мимо замка проезжал, да решил навестить принцессу. Зашел в замок. Да и удивился: «Куда мерзлота делась и лед колючий?» - подумал он. А еще почувствовал он аромат пирогов пряных, да не смог не угоститься. Долго они за чаем беседовали и все не мог принц от принцессы глаз отвести. И так уж ему от нее уезжать не хотелось, но в этот раз пришлось уж ему сердце девичьего добиваться. Заботу проявлять и защищать, чтоб не обидел никто. И стал руку и сердце принцессы просить. Замок свой строить начал, чтоб любимую невесту к себе забрать. Увидела принцесса искренность да любовь принца. И согласилась стать его женой. Забрал принц принцессу в замок и стали они в любви да в заботе жить поживать, вскоре детки появились. Дом их был полной чашей. И жили они долго и счастливо».

Сказка строится несколько раз, до тех пор пока в метафорическом плане будет решена проблема «холодной печки» - холодного живота.

У нашей клиентки наблюдается незрелый феномен «нарушения порядка любви» [5], в результате которого она не дает тепло и любовь ни мужу, ни ребенку. Но считает, что именно муж холодный, не дает тепла, невнимательный, несексуальный. А она труженица, тянет на себе дочь и мужа, переживает свою несчастливость.

Анализ ценностей показал, что ее триада преобладающих ценностей такова (по материалам клинической беседы): «здоровье», «самореализация», «семья». Но как раз дело заключается в том, что ее ценность абстрактной (желаемой) семьи сталкивается с недооценкой (обесцениванием) реальной семьи и реального партнера. В ее перцептуальном поле звучит один мотив – «во всем виноват муж – он плохой». Поэтому воздействие,

поддерживающее ее систему ценностей является деструктивным, хотя сама по себе она адекватна». В ее случае систему ценностей следует трансформировать в ценностную триаду: «партнер», «служение», «женственность». В противном случае она будет ходить по «порочному» кругу, сменять «плохого» партнера еще «худшим».

Как видно из таблицы 3, некоторые сферы существования личности клиентки Л. являются *его-дистонными* – сферы «ребенок», «дружба» и «семья». *Его-дистонность* некоторых сфер личностной экзистенции означает, что личность не вовлечена в них, ее в них просто не существует, она дистанцирована от этих сфер.

Таким образом, у клиентки Л. наблюдалось ряд искажений:

- 1) психосемантическая деструкция образов «супруга» и «ребенка» - трансформация их денотативной и коннотативной структур;
- 2) деструкция ценностно-мотивационной сферы, которая манифестируется феноменами «ценностной пустоты», «ангедонизма» и «ценностной инконгруэнтности»;
- 3) *его-дистонностью* важных сфер личностного функционирования.

Список литературы

1. Раутон Р. Современный психоанализ и гомосексуальность [Электронный ресурс] / Р. Раутон - Режим доступа до ресурсу: <http://www.spp.org.ru/page.php?id=149>.
2. Мазуркевич А.В. Смысловые инварианты как системообразующие факторы моделей супружеских отношений : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : спец. 19.00.01 "Общая психология, психология личности, история психологии" / Мазуркевич А. В. – Петропавловск-Камчатский, 2009. – 26 с.
3. Старовойт Т.П. Гендерні особливості мотивації навчально-професійної діяльності у студентів технічних спеціальностей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : спец. 19.00.07 "педагогічна та вікова психологія" / Старовойт Т. П. – Харків, 2015. – 19 с.
4. Ольшанникова А.Е. Опыт исследования некоторых индивидуальных характеристик эмоциональности / А. Е. Ольшанникова, Л. А. Рабинович. // Вопросы психологии. – 1974. – №3. – С. 65–74.
5. Хеллингер Б. Порядки любви: Разрешение семейно-системных конфликтов и противоречий / Б. Хеллингер. – Москва: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 400 с.

Надійшла до редакції 27.07.2017

РОЗДІЛ: МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА СЕКСОЛОГІЯ

УДК: 612.6.064:616-008-045.52

РАССТРОЙСТВА ОРГАЗМА: ДЕФИНИЦИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**Г. С. Кочарян**

Приведены различные определения расстройств оргазма у женщин и мужчин, терминология, используемая для обозначения их разных форм, динамика представлений об этих расстройствах, а также частота расстройств оргазма, выявленная при различных исследованиях.

Ключевые слова: оргазм, расстройства, определения, частота.

Various definitions of orgasmic disorders in women and men, the terminology used to indicate their different forms, dynamics of ideas on these disorders and the frequency of anorgasmia revealed in various studies are submitted.

Key words: orgasm, disorders, definitions, frequency.

Наведено різні визначення розладів оргазму у жінок і чоловіків, термінологія, яка використовується для позначення їх різних форм, динаміка уявлень про ці розлади, а також частота аноргазмії, що виявлена при різних дослідженнях.

Ключові слова: оргазм, розлади, визначення, частота.

Значимость проблемы расстройств оргазма трудно переоценить. В данной статье мы сосредоточились на представлении и обсуждении их понятийного аппарата и распространенности.

Дефиниции

У. Мастерс и соавт. [9, с. 528] сообщают, что до опубликования написанной ими книги «Human Sexual Inadequacy» (Сексуальная неадекватность человека) [38] широко использовался термин «фригидность», которой называли ряд различных сексуальных расстройств у женщин (от неспособности испытывать оргазм и отсутствия интереса к сексу до отсутствия половой возбудимости). «Но так как точного определения этого термина не существовало, он все больше приобретал пренебрежительный негативный оттенок, характеризуя женщин как «холодных» или ущербных; в результате многие сексологи перестали им пользоваться». В связи с этим W. Masters, V. Johnson [38] и H. S. Kaplan [34] предложили использовать термин оргазмическая дисфункция. Они понимали под этим состояние, при котором женщина не может достигнуть оргазма (синоним – «аноргазмия»).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) дается следующее определение расстройств оргазма, которое обозначено как «Оргастическая дисфункция» (F52.3) [10, с. 189–190]: «Оргазм не возникает или заметно задерживается. Это может иметь ситуационный характер (т. е. возникает лишь в определенных ситуациях), и в таком случае этиология, скорее всего, является психогенной. В других случаях

оргазмическая дисфункция инвариабельна, и физические и конституциональные факторы могут быть исключены только на основании положительной реакции на психологическую терапию. Оргазмическая дисфункция чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин».

В последней американской классификации сексуальных дисфункций 2013 г., представленной в DSM-5 (Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам), приводятся следующие диагностические критерии оргастического расстройства у женщин (female orgasmic disorder, 302.73) [24, p. 429–430]:

«**A.** Наличие одного из следующих симптомов, которые имеют место во всех или почти во всех (приблизительно в 75% – 100%) случаях сексуальной активности (в определенных ситуационных контекстах или, если генерализованная, во всех контекстах):

1. Заметная задержка, заметная нерегулярность или отсутствие оргазма.
2. Заметно снижается интенсивность оргастических ощущений.

B. Данные симптомы критерия А сохранялись в течение приблизительно не менее 6 месяцев.

C. Симптомы критерия А вызывают клинически существенный дистресс у индивидуума.

D. Эта сексуальная дисфункция не лучше объясняется несексуальным психическим расстройством или как следствие тяжелого дистресса из-за взаимоотношений (например, насилием со стороны партнера) или другими существенными факторами стресса и не может быть отнесена к воздействию веществ / лекарств или других медицинских состояний (заболеваний)».

Также в данной классификации рекомендуют указывать, существует ли данное расстройство *с момента начала сексуальной активности* или оно является *приобретенным*, т. е. возникло после периода относительно нормального сексуального функционирования, а также является ли оно *генерализованным* (не ограничено определенными типами стимуляции, определенными ситуациями или партнерами) или *ситуационным* (имеет место при определенных типах стимуляции, в определенных ситуациях или с определенными партнерами).

Кроме того, рекомендуют указывать, ели женщина никогда при любой ситуации не испытывала оргазм, что по сути является признаком аноргазмии, существующей с начала половой жизни. Также следует отмечать тяжесть расстройства, которая определяется степенью дистресса, связанного с переживанием симптомов критерия А (легкую, умеренную и тяжелую, при которой существуют доказательства тяжелого или экстремального дистресса).

Следует отметить, что в DSM-5, в отличие от DSM-4, отсутствует рубрика, касающаяся расстройств оргазма у мужчин. В DSM-4 это расстройство представлено под шифром 302.74 (Male Orgasmic Disorder [formerly Inhibited Male Orgasm] (Мужское оргастическое расстройство [ранее заторможенный мужской оргазм]):

«**A.** Стойкая или рецидивирующая задержка или отсутствие оргазма после нормальной фазы сексуального возбуждения во время сексуальной активности, которую клиницист, принимая во внимание возраст человека, оценивает как адекватную по интенсивности и продолжительности.

B. Это нарушение вызывает выраженный дистресс или сложности в межличностных отношениях.

C. Оргастическая дисфункция не лучше объясняется другим расстройством оси I (за

исключением другой сексуальной дисфункции) и не является следствием исключительно прямых физиологических эффектов вещества (например, злоупотребление наркотиком, медикаментозное лечение) или общего состояния здоровья» [25, р. 236].

Следует отметить, что в DSM-4 для того, чтобы поставить диагноз оргастического расстройства у женщин (302.73), также необходимо, чтобы проблемы с оргазмом имели место после нормальной фазы сексуального возбуждения [25].

В бета-проекте Международной классификации болезней 11-го пересмотра [МКБ-11] (ICD-11 Beta Draft) приводится следующее определение аноргазмии: «Аноргазмия характеризуется отсутствием или заметной нерегулярностью оргазма или заметно уменьшенной интенсивностью оргастических ощущений, несмотря на адекватную сексуальную стимуляцию, включая стремление к сексуальной активности и оргазму. Этот паттерн существует постоянно или периодически в течение по меньшей мере нескольких месяцев и имеет место часто, хотя он может отсутствовать в некоторых случаях и связан с клинически выраженным дистрессом» [17].

У. Мастерс и соавт. [9] сообщают о существовании несколько различных типов аноргазмии. О *первичной аноргазмии* речь идет тогда, когда женщина никогда не испытывала оргазм, а о *вторичной* – когда женщина, в свое время регулярно достигавшая оргазма, перестала его испытывать. Под *ситуационной аноргазмией* понимают отклонение, при котором женщина достигает оргазма при каких-то определенных условиях, но неспособна к этому в отсутствие таких условий. Одна из разновидностей ситуационной аноргазмии – **коитальная аноргазмия** – состоит в том, что женщина может достигать оргазма разными способами, но только не в результате полового акта. Наконец, при **спорадической аноргазмии** женщина способна испытывать оргазм при различных формах половой активности, но далеко не всегда.

Р. Крукс, К Баур [8] отмечают, что *аноргазмия* у женщин может быть *хронической* или *временной*, а также *общей* или *ситуативной*. В случае хронической аноргазмии женщина никогда не испытывала оргазма при любых методах самостимуляции и стимуляции со стороны партнера, а при «ситуативной аноргазмии» в одних ситуациях женщина может испытывать оргазм, а в других – нет (например, во время мастурбации, но не с партнером). Расстройство оргазма у мужчин, отмечают авторы, заключается в неспособности эякулировать (обычно во время коитуса) и может быть также названо мужской коитальной аноргазмией.

Обсуждая объем понятия «**расстройство оргазма у мужчин**», Р. Крукс и К Баур [8] отмечают, что, как правило, в данном случае речь идет о неспособности мужчины к эякуляции во время сексуальной активности. Большинство мужчин, у которых отсутствует оргазм во время полового акта, способны достичь его при мастурбации или при мануальной или оральной стимуляции со стороны партнера. Таким образом, возможно, термины «*мужская коитальная аноргазмия*» или «*аноргазмия с партнером*» являются более точными для описания данной ситуации (Apfelbaum, 2000).

М. В. Екимов [3] отмечает, что большую роль в понимании аноргазмии (АО) имеет ее типология, которая была разработана автором с учетом внешних проявлений АО и не предусматривает ее «причинных механизмов» [4]. Она имеет следующий вид:

«1. Абсолютная АО. При этом женщина никогда не переживала оргазм, ее тело пока

не знает, что такое оргазмический опыт, оргазмический рефлекс (навык) у нее все еще не сформирован.

2. Коитальная АО. Оргазма нет в сношении, но он может произойти как-то иначе.

2.1. Оргазм возможен только как ночной или дневной (адекватный или неадекватный) спонтанный оргазм, но не достижим произвольно.

2.2. Оргазм возможен только при мастурбации, но не достижим от партнера. Чаще всего речь идет о дезадаптивных вариантах аноргазмии в результате неадекватных (дезадаптивных) форм мастурбации.

2.3. Оргазм возможен только при петтинге (клиторная стимуляция партнером), но невозможен в сношении. Это уже вариант нормы.

3. Паракоитальные варианты достижения оргазма. Оргазм достигается во время полового акта (параллельно ему), но не за счет коитальных ощущений, а за счет неких дополнительных усилий. Например, во время полового акта женщина с миотонической мастурбацией для получения оргазма определенным образом сжимает бедра, воспроизводя в сношении миотонический механизм запуска оргазма.

3. Брадиоргазмия (урежение оргазма). Оргазм при нормативном половом акте возможен, но женщина достигает его редко, с трудом, с большими усилиями».

Следует отметить, что У. Мастерс и соавт. [9] обсуждают вопрос быстрого наступления оргазма у женщин («быстрый оргазм»). Авторы отмечают, что этот феномен почти не привлекает внимание клинических сексологов, так как встречается он достаточно редко. Им удалось фиксировать его лишь у нескольких женщин за более, чем тридцатилетние исследования. Сообщается, что главной проблемой этих женщин является то, что, испытав оргазм, они теряют интерес к продолжению сексуальной активности, а нередко она становится им даже неприятной. Но есть и другая категория женщин, у которых оргазм наступает быстро. Испытав его, они сохраняют интерес к сексу, продолжая оставаться в возбужденном состоянии. При этом часто испытывают повторные оргазмы. По этой причине они считают «быстрый оргазм» не недостатком, а достоинством. Партнеры таких женщин, отмечают цитируемые авторы, тоже, вероятно, положительно оценивают эту способность, считая ее либо следствием очень высокой чувственности партнерши, либо результатом собственных сексуальных способностей. И. Л. Ботнева [2] считает, что быстро наступающий оргазм у женщин может быть следствием синдрома парацентральных долек.

Как следует из приведенных выше материалов, ряд авторов придерживаются мнения, что отсутствие оргазма у женщин при половом акте в случаях его наличия при других видах стимуляции (мастурбация, петтинг), т. е. когда речь идет о так называемой коитальной аноргазмии, к патологии не относится. Н. S. Kaplan (1974) также отмечает, что отсутствие оргазма только при половом акте не выходит за пределы нормальной сексуальной реакции женщин, а S. Hite (1977) указывает, что многие женщины, которые обращались к ней, предпочитали оргазмы, не сопряженные с половым актом [по 9]. Аналогичное мнение высказывают М. А. Ярхауз, Э. С. Тэн [15], которые отмечают, что женщины, у которых оргазм наступает во время стимуляции клитора, но не при проникновении полового члена во влагалище, «не попадают в категорию клиентов с оргазмическим расстройством». Такой же точки зрения придерживаются С. М. [Meston и соавт.](#) [41], которые сообщают, что женщины, которые могут получить оргазм во время мастурбации или во время полового акта при

дополнительной ручной стимуляции, но не при самом половом акте, согласно клиническому консенсусу, не соответствуют критериям оргастической дисфункции (аноргазмии). З. В. Рожановская [11], более того, считает, что женщины, способные к деторождению, но не испытывающие оргазм, в биологическом смысле полноценны. Вместе с тем она указывает на социальное значение женского оргазма как одного из факторов стабильности брака.

Однако У. Мастерс и соавт. [9, с.529] отмечают, что с их точки зрения представления о том, что коитальная аноргазмия не относится к патологии, «грешат нелогичностью, так как если применить подобный ход рассуждений к мужчинам, то преждевременную эякуляцию также придется считать нормальным явлением, так как она, по-видимому, наблюдается у примерно такого же числа мужчин». В поддержку собственной точки зрения цитируемые авторы также указывают, что «в результате кратковременной терапии многие женщины, не испытывающие оргазма при половом акте, довольно легко начинают достигать его», а также что «нет надежных научных данных, которые свидетельствовали бы о том, что достаточно большая доля женщин неспособна испытывать оргазм при половом акте. Кроме того, поскольку многих женщин страдающих аноргазмией такого типа, огорчает их положение, вряд ли они перестанут расстраиваться, если их попытаются убедить в том, что нет повода для беспокойства».

С нашей точки зрения, о патологии при коитальной аноргазмии следует говорить только в том случае, если невозможность достичь оргазма является результатом существования патологического сексуального стереотипа, сформировавшегося в результате стимуляции, которая не может быть воссоздана при вагинальном половом контакте. Так, например, об этом можно думать, если в результате мастурбации с помощью душа у женщины оргазм наступает, а при половом акте – нет, и выясняется, что эта практика получения оргазма была многолетней, регулярной и имела место задолго до коитусов.

Существует еще один аспект рассматриваемой проблемы. В связи с приведенными определениями расстройств оргазма, может возникнуть вопрос, следует ли диагностировать аноргазмию только тогда, когда присутствовала полноценная фаза сексуального возбуждения [25], или данный диагноз можно ставить и при отсутствии таковой [24]. С. М. [Meston и соавт.](#) [41] сообщают, что исследования женщин с оргастическим расстройством (Female Orgasmic Disorder) также указывают на высокий процент лиц с диагнозом расстройство сексуального возбуждения у женщин (Female Sexual Arousal Disorder), что свидетельствует о частом игнорировании одного из диагностических критериев оргастического расстройства, который в соответствии с DSM-IVTR [16] предусматривает отсутствие оргазма, следующего за фазой «нормального сексуального возбуждения». Однако в DSM-V [24] уже отмечается, что оргазмическое расстройство у женщин может иметь место в ассоциации с другими сексуальными дисфункциями (например, при расстройстве сексуального интереса/возбуждения), и наличие другой сексуальной дисфункции не исключает диагноз оргастического расстройства.

В связи с этим следует отметить, что Marita P. McCabe [39] ссылается на сообщение R. Basson [20] 2001 г. о «перекрывающемся характере» различных фаз цикла сексуальной реакции у женщин. Клинические исследования и эмпирические данные показали, что женщины могут испытывать оргазм и до развития максимального возбуждения и во время него, и что оргазмы могут произойти даже в ходе постепенного разрешения фазы

сексуального возбуждения [19].

В связи с обсуждением проблемы перекрывающихся симптомов, также следует отметить, что сексуальное возбуждение может предшествовать половому влечению, и адекватная стимуляция, способствующая нарастанию этого возбуждения, может со временем приводить к возникновению полового влечения [15]. R. Basson [18] отмечает, что гипоактивное половое влечение и расстройство сексуального возбуждения у женщин рассматривают как единое расстройство сексуального интереса/возбуждения, так как некоторые женщины не различают влечение и возбуждение.

Эпидемиология

В DSM-5 отмечается, что от 10% до 42% женщин в зависимости от ряда факторов (например, возраст, культура, продолжительность и тяжесть симптомов) испытывают проблемы с оргазмом, а приблизительно 10% женщин не испытывают оргазма на протяжении всей своей жизни [24]. М. А. Ярхауз, Э. С. Тэн [15] сообщают о результатах исследований, проведенных в США, которые показали, что частота расстройств оргазма составляет от 10 до 34% у женщин, не способных достичь оргазма, и от 11 до 30% у женщин, испытывающих трудности с его достижением [28, 40].

У Мастерс и соавт. [9] отмечают, что вопрос о числе женщин, страдающих аноргазмией, уже многие годы вызывает разногласия. Авторы приводят результаты нескольких исследований, которые можно объединить в одну группу, в соответствии с которыми 10% женщин никогда не испытывают оргазм при половом акте [22, 27, 29, 35, 37], а, возможно, еще 10% достигают оргазма лишь изредка. У Мастерс и соавт. [9] утверждают, что в любых ее формах аноргазмия – наиболее распространенное половое расстройство, которое среди всех сексуальных расстройств у женщин составляет примерно 90%.

Р. Крукс, К. Баур [8] сообщают о результатах проведенных опросов, свидетельствующих о том, что приблизительно от 5 до 10% взрослых американских женщин никогда не испытывали оргазма, независимо от типа стимуляции (самостимуляции или стимуляции партнером) (Spector & Carey, 1990).

С. М. [Meston и соав.](#) [41] приводят результаты исследований the National Social and Health Life Survey (США), согласно которым проблемы с оргазмом являются второй наиболее часто сообщаемой сексуальной проблемой у женщин. В этой случайной выборке из 1749 женщин из США 24% сообщили об отсутствии оргазма в прошлом году по крайней мере в течение нескольких месяцев или более [36]. Этот процент сопоставим с клиническими данными. Это исследование также выявило, что о первичной аноргазмии, т. е. такой, которая существует с начала половой жизни, сообщили 4% всех женщин, участвовавших в исследовании, и ее частота была самой высокой среди молодых одиноких женщин, у которых она составляла 8%.

Обсуждая данную проблему, N. Williams и S. R. Leiblum [49] сообщают, что R. T. Michael и соавт. [42] обнаружили, что только 25% женщин всегда достигают оргазма во время полового акта, а у 30% оргазм возникает с основным партнером лишь иногда. de Bruijn [23] установила, что 7% опрошенных голландских женщин никогда не испытывали оргазма во время коитуса, что соответствовало частоте ситуативной аноргазмии в двух исследованиях американских женщин [30, 48].

В случайной выборке в Массачусетском исследовании 10,3% женщины сообщили о трудностях в достижении оргазма всегда или в большинстве случаев [33]. Данные «клинических групп населения» в целом показали более высокий уровень таких сложностей. Среди пациенток американской «амбулаторной гинекологической службы и «клиники общей практики» Великобритании соответственно 29% и 23% женщин сообщили о трудностях в достижении оргазма [44, 45].

А. М. Свядош [14] сообщает, что по его данным (Караганда), из 300 женщин, опрошенных в 1967 г., регулярно живших половой жизнью не менее 3 лет, при каждой или почти каждой половой близости оргазм испытывали 16%, часто (больше чем в половине случаев) – 22%, изредка (не более чем в половине случаев) – 44%, никогда – 18%. З. В. Рожановская [12] опросила 600 здоровых женщин в Ленинграде. Из них всегда испытывали оргазм 24,4%, часто – 33,2%, иногда – 19%, крайне редко – 7%, никогда – 16,4%. В отличие от этого среди 500 опрошенных мужчин аноргазмия не наблюдалась ни в одном случае [13].

М. В. Екимов [3] указывает на отсутствие относительно точных данных о частоте расстройств оргазма у женщин, но, как сообщает автор, считается (в среднем по разным авторам), что коитальный (вагинальный) оргазм возникает приблизительно у 20–30% женщин, еще приблизительно у 30–40% женщин имеет место клиторный оргазм от партнера во время петтинга (автор имеет в виду оргазм, который возникает в результате стимуляции головки клитора) и приблизительно 30–40% женщин не получает оргазма от партнера. Из них большая часть способны на мастурбаторный оргазм, иные – только на спонтанные оргазмы, а 5–10% женщин вообще пока не знают, что такое оргазм.

В книге «Клиническая психиатрия» [6] отмечается, что общая частота расстройств оргазма у женщин (имеется в виду как аноргазмия, так и задержка в достижении оргазма) составляет 30%. В возрасте до 35 лет никогда не испытывали оргазма при половых сношениях приблизительно 5% замужних женщин. Среди незамужних и более молодых женщин этот показатель выше.

Г. Келли (G. F. Kelly) [5] сообщает, что перманентное нарушение оргазма, когда человеку никогда на протяжении всей его жизни не удалось достичь оргазма, более характерно для женщин, чем для мужчин. В то время как от 5 до 20% женщин не способны достичь оргазма, известны лишь очень немногие случаи, когда оргазма никогда не удавалось достичь мужчинам, даже при мастурбации [21]. Вместе с тем по данным NHSLS, в некоторых ситуациях по крайней мере от 5 до 14% мужчин сообщают об определенных трудностях в достижении оргазма [36].

И. Р. Айрияц [1] отмечает, что первичная коитальная аноргазмия является самым распространенным сексуальным расстройством у женщин. 70% этих пациенток страдает первичной коитальной аноргазмией, испытывая оргазм исключительно при мастурбации (60–70%), остальные получают сексуальное удовлетворения также и при ласках во время прелюдии. Эта дисфункция легче поддается сочетанной терапии и имеет лучший прогноз в плане адаптации пары, в особенности при сохранном сексуальном влечении. Более редким (15–20% пациенток) нарушением является первичная тотальная аноргазмия. Таким образом, по мнению автора, коитальную аноргазмию следует считать расстройством, что согласуется с мнением У. Мастерс и соавт. [9]

S. S. Janus, C. L. Janus [32] при опросе лиц обоего пола получили следующие

результаты в отношении частоты переживания ими оргазма (табл. 1).

Таблица 1.

Частота переживания оргазма у мужчин и женщин

Я испытываю оргазм при «занятии любовью»				
	Мужчины	Женщины	Работающие женщины	Домохозяйки
Количество обследованных	1341	1398	631	273
Всегда	65%	15%	18%	13%
Часто	28%	46%	49%	38%
Иногда	3%	23%	23%	27%
Редко	2%	8%	4%	10%
Никогда	2%	8%	6%	12%
Всегда + часто	93%	61%	67%	51%
Редко + никогда	4%	16%	10%	22%

Из приведенной таблицы следует, что всегда при «занятии любовью» аноргазмия у мужчин имеет место в четыре раза реже, чем у женщин (2% по сравнению с 8%), а отсутствие оргазма в подобных обстоятельствах у домохозяек в два раза превышает его отсутствие у работающих женщин (12% по сравнению с 6%). Е. О. Laumann и соавт. [36] сообщают, что проблему с неспособностью эякулировать во время интимной близости, что обуславливает отсутствие оргазма, испытывают около 8% мужчин.

Следует отметить, что немецкие авторы также ранее сообщали о большой частоте расстройств оргазма у домохозяек. Так, И. С. Кон [7, с. 233] сообщает следующее: «По данным Шнабля [46], работающие женщины, особенно занятые умственным трудом, отличаются более высокой сексуальной реактивностью, ведут более активную половую жизнь и получают большее удовлетворение от нее, чем домохозяйки; вообще сексуальная удовлетворенность женщин значимо коррелирует с их общей социальной активностью и удовлетворенностью своей жизнью. У мужчин такой зависимости нет. К тем же выводам приходят Штарке и Фридрих [47]: сексуальная удовлетворенность и высокая «оргазмия» у молодых женщин положительно коррелируют с удовлетворенностью профессией, активной включенностью в работу, наличием других (интеллектуальных, спортивных и т. п.) увлечений, общительностью, общественной активностью и жизнерадостностью. Более высокую оргазмическую активность профессионально увлеченных женщин, которые не только работают, но и интересуются своей работой, по сравнению с теми, кто живет потребительскими интересами, отмечают и сексологи из ФРГ Айхнер и Хабермель [26]. К сожалению, причинная связь этих факторов – влияет ли активный, творческий стиль жизни на сексуальность или же более активный, творческий тип личности лучше чувствует и полнее проявляет себя в разных сферах жизнедеятельности – не изучена. Между тем это весьма важно для понимания социальных факторов женской сексуальности и ее изменений в результате эмансипации женщин и их вовлечения в трудовую и общественную жизнь».

Следует отметить, что частота переживания женщинами оргазма не является постоянной величиной. С каждым последующим поколением она увеличивалась. Так, если в начале 20-го века считалось, что женщина не может и не должна испытывать оргазм, а для обоснования этого даже приводились этологические аргументы, то с течением времени переживание женщинами оргазма становилось все более частым. Это связано с изменением положения женщины в обществе, улучшением контрацепции, а также с уменьшением сдерживающих традиционных религиозных запретов. Все это, а также рост знаний в области сексологии в целом привело к усилению сексуальной активности женщин.

И. С. Кон [7, с. 160] в связи с этим сообщает, что обследование 1779 замужних чехословацких женщин от 20 до 40 лет в 5 возрастных когортах по годам рождения (с 1911 – 1920 гг. до 1951 – 1958 гг.) показало, что доля женщин, испытывающих оргазм, выросла с 31 до 79% [43]. Сходные тенденции выявились и в других странах, что, в частности, демонстрируют данные опроса, который был проведен Фридрихом и Штарке (1981), по сравнению с данными Шнабля, относящимися к 60-м годам [47] (табл. 2).

Таблица 2.

Частота оргазмических переживаний у женщин по данным Шнабля и Фридриха – Штарке (в процентах) [47]

	Почти всегда	Большей частью, часто	Очень редко, иногда	Никогда
По Шнаблю	26	29	36	9
По Фридриху – Штарке	42	43	8	7

В связи с этим представляет интерес высказывание З. В. Рожановской [11], которая отмечает, что уравненная с мужчиной в социальном, экономическом и интеллектуальном плане, женщина претендует на одинаковые с ним ощущения и переживания при половом сближении. Не получив их, она испытывает психологическую фрустрацию, которая приводит к возникновению неврозов. Когда во времена Советского Союза я читал врачам лекции по сексологии, то приводил следующий условный пример: «Представьте себе, что муж работает инженером на зарплату, а жена акушером–гинекологом и, помимо зарплаты, ее регулярно «благодарят». Естественно, что ее совокупный заработок гораздо больше, чем у мужа. Но проблема состоит в том, что у мужа оргазм возникает, а у супруги нет. Где же тут социальная справедливость?»

Частота расстройств оргазма зависит от различных социальных факторов, в том числе культуральных. Она неодинакова в различных странах. Например, распространенность неспособности в достижении оргазма варьирует от 17,7% в Северной Европе до 42,2% в Юго-Восточной Азии [24].

Список литературы

1. Айриянц И. Р. Первичная тотальная аноргазмия у женщин // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» 14–17 мая

2014 года, Санкт-Петербург. – URL: http://psychiatr.ru/download/1618?view=1&name=WADP-2014%28%29_abstr-%28rus%29_XI%2Bcontents.pdf (дата обращения: 20.12.2016).

2. Ботнева И. Л. 6.1. Семиотика расстройств генитосегментарной составляющей // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 281–286.

3. Екимов М. В. Женская сексуальность за семью печатями? // Мир сексологии (электронный журнал). – 2012. – №3. – URL: <http://1sexology.ru/3-zhenskaya-seksualnost/> (дата обращения: 15.12.2016).

4. Екимов М. В. Оргазмические дисфункции у женщин (Пособие для врачей). – СПб.: СПб МАПО, 2011. – 302 с.

5. Келли Г. (Kelly G. F.) Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 896 с.

6. Клиническая психиатрия / пер. с англ. доп // гл. ред. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – ISBN 5-88816-010-5. Pocket Handbook of Clonical Psychiatry // Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock // Baltimore, Williams & Wilkins. – ISBN 0-683-04583-0. 505 с.

7. Кон И. С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 320 с.

8. Крукс Р., Баур К. Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.

9. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W. H., Johnson V. E., Kolodny R. C.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.

10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.

11. Рожановская З. В. Медико-биологическое и социально-психологическое значение женского оргазма // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: тезисы докладов III областной научно-практической конференции сексопатологов (Харьков, 15 мая 1987). – Харьков, 1987. – С. 20–22

12. Рожановская З. В. Профилактика сексуальных нарушений у женщин: Методические указания. – Харьков, 1977. – 30 с.

13. Свядоц А. М., Попов И. А. К физиологии половой жизни мужчин // Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. – Караганда. 1967. – С. 125–127.

14. Свядоц А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.

15. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств / Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.

16. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

17. Anorgasmia. – URL: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1718102523> (date of referece: 25.12.2016).

18. Basson R. Women's sexual desire and arousal disorders // Primary Psychiatry. – 2008. – 15 (9). – P. 72–81.

19. Basson R. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions // Canadian Medical Association Journal. – 2005. – 172 (10). – P. 1327–1333.

-
20. Basson R. Female sexual response: The role of drugs in the management of sexual dysfunction // *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. – 2001. – 98 (2). – P. 350–353.
 21. Catalan J. Primary male anorgasmia and its treatment: three case reports // *Sexual and Marital Therapy*. – 1993. – 8 (3). – P. 275–282.
 22. Chesser E. *The Sexual Marital and Family Relationships of the English Woman*. – London: Hutchinson's Medical Publications, 1956.
 23. de Bruijn G. From masturbation to orgasm with a partner: How some women bridge the gap – and why others don't // *J Sex Marital Ther*. – 1982. – 8 (2). – P. 151–167.
 24. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
 25. *Diagnostic Criteria from DSM-IVTR. Fifth printing*. – Washington: American Psychiatric Association, 1996. – xi + 358 p.
 26. Eichner K., Habermehl W. *Der RAFL-Report. Des Sexualverhalten der Deutschen*. – Hamburg, 1978. – 363 S.
 27. Fischer S. *The Female Orgasm*. – New York: Basic Books, 1973.
 28. Graham C. A. The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder // *Archives of Sexual Behavior*. – 2010. – 39 (2). – P. 256–270.
 29. Hunt M. *Sexual Behavior in the 1970s*. – New York: Dell, 1975.
 30. Hunt M. *Sexual Behavior in the 1970s*. – Chicago: Playboy Press, 1974.
 31. Tavris C., Sadd S. *The Redbook Report on Female Sexuality*. – New York: Delacorte Press, 1977.
 32. Janus S. S., Janus C. L. *The Janus Report on Sexual Behavior*. – New-York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, Inc., 1993. – 430 p.
 33. Johannes C. B., Avis N. E. Gender differences in sexual activity among mid-aged adults in Massachusetts // *Maturitas*. – 1997. – 26 (3). – P. 175–184.
 34. Kaplan H. S. *The New Sex Therapy*. – New York: Brunner/Mazel, 1974. – xvi + 544 p.
 35. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H. *Sexual behavior in the human female*. – Philadelphia: Saunders, 1953. – 842 p.
 36. Lauman E. O., Gagnon J. H., Michael R. T., Michaels S. *The social organization of sexuality*. – Chicago: University of Chicago Press, 1994.
 37. Levin R. J., Levin A. *Sexual Pleasure: The Surprising Preferences of 100,000 Women*. – Redbook, September, 1975, pp.51–58.
 38. Masters W., Johnson V. *Human Sexual Inadequacy*. – Boston: Little, Brown, 1970. – 487 p.
 39. McCabe M. P. Anorgasmia in Women // *Journal of Family Psychotherapy*. – 2009. – 20 (2-3). – P. 177–197.
 40. Meana V. *Sexual dysfunction in women*. – Cambridge, MA: Hogrefe, 2012.
 41. [Meston C. M.](#), [Hull E.](#), [Levin R. J.](#), [Sipski M.](#) Disorders of orgasm in women // [J Sex Med](#). – 2004. – 1 (1). – P. 66–68.
 42. Michael R. T., Gagnon J. H., Lauman E. O., Kolata G: *Sex in America: A Definitive Survey*. – Boston: Little Brown & Co., 1994.
 43. Raboch J., Bartak V. Changes in the sexual life of Czechoslovak women born between 1911 and 1958 // *Arch. Sex. Behav*. – 1980. – 9 (6). – P. 495–502.
-

44. Read S., King M., Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner // *Journal of Public Health Medicine*. – 1997. – 19 (4). – P. 387–391.

45. Rosen R. C., Taylor J. F., Leiblum S. R., Bachman G. A. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic // *Journal of sex and marital therapy*. – 1993. – 19 (3). – P. 171–188.

46. Schnabl S. *Intimverhalten. Sexualstörungen. Persönlichkeit*. – Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1976. – 478 S.

47. Starke K., Friedrich W. *Liebe und Sexualität bis 30*. – Berlin, 1984. – 355 S.

48. Tavis C., Sadd S. *The Redbook Report on Female Sexuality*. – New York: Delacorte Press, 1977.

49. Williams N., Leiblum S., *Glob. libr. women's med.*, (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10432

References

1. Ayriyants I. R. Pervichnaya total'naya anorgazmiya u zhenshchin. Vserossiyskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiyem «Mezhdistsiplinarnyy podkhod v ponimani i lechenii psikhicheskikh rasstroystv: mif ili real'nost'?» 14–17 maya 2014 goda, Sankt-Peterburg. URL: http://psychiatr.ru/download/1618?view=1&name=WADP-2014%282%29_abstr-%28rus%29_XI%2Bcontents.pdf (data obrashcheniya: 20.12.2016).

2. Botneva I. L. 1983. 6.1. Semiotika rasstroystv genitosegmentarnoy sostavlyayushchey. Chastnaya seksopatologiya: Rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. GS. Vasil'chenko. M.: Meditsina. T. 2.:281–286.

3. Yekimov M. V. Zhenskaya seksual'nost' za sem'yu pechatyami? 2012. *Mir seksologii (elektronnyy zhurnal)*. №3. URL: <http://1sexology.ru/3-zhenskaya-seksualnost/> (data obrashcheniya: 15.12.2016).

4. Yekimov M. V. 2011. *Orgazmicheskiye disfunktsii u zhenshchin (Posobiye dlya vrachey)*. SPb.: SPb MAPO. 302 s.

5. Kelly G. F. 2000. *Osnovy sovremennoy seksologii*. Per. s angl. SPb: Izdatel'stvo «Piter». 896 s.

6. *Klinicheskaya psikhiatriya: per. s angl. dop.* 1998. Gl. red. Dmitriyeva. M.: GEOTAR MEDITSINA. ISBN 5-88816-010-5. *Pocket Hanbook of Clonical Psychiatry*. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Baltimore, Williams & Wilkins. – ISBN 0-683-04583-0

7. Kon IS. 1988. *Vvedeniye v seksologiyu*. M.: Meditsina. 320 s.

8. Kruks R., Baur K. 2005. *Seksual'nost'*. Per. s angl. SPb.: Praym– YEVROZNAK. 480 s.

9. Masters Wю H., Johnson V. E., Kolodny R. C. 1998. *Osnovy seksologii*. Per. s angl. M.: Mir. 692 s.

10. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr)*. *Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv*. *Klinicheskkiye opisaniya i ukazaniya po diagnostike*. 1994. SPb.: «ADIS». 304 s.

11. Rozhanovskaya Z. V. 1987. *Mediko-biologicheskoye i sotsial'no-psikhologicheskoye znacheniyе zhenskogo orgazma*. *Sotsial'no-psikhologicheskkiye i meditsinskiye aspekty braka i*

sem'i: tezisy dokladov III oblastnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii seksopatologov (Khar'kov, 15 maya 1987). Khar'kov. 20–22.

12. Rozhanovskaya Z. V. 1977. Profilaktika seksual'nykh narusheniy u zhenshchin: Metodicheskiye ukazaniya. Khar'kov. 30 s.

13. Svyadoshch A. M., Popov I. A. 1967. K fiziologii polovoy zhizni muzhchin. Voprosy psikhiiatrii, psikhoterapii, seksologii. Karaganda. 125–127.

14. Svyadoshch A. M. 1991. Zhenskaya seksopatologiya. Izdaniye pyatoye, pererab. i dopol. Kishinev: Shtiintsa. 184 s.

15. Yarhouse M. A., Tan ESN. 2016. Seksual'nost' i psikhoterapiya seksual'nykh rasstroystv. Per. s angl. Cherkassy: Kollokvium. 371 s.

16. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 4th edition. 1994. Washington DC: American Psychiatric Association.

17. Anorgasmia. URL: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1718102523> (date of reference: 25.12.2016).

18. Basson R. 2008. Women's sexual desire and arousal disorders. Primary Psychiatry. 15 (9): 72–81.

19. Basson R. 2005. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. Canadian Medical Association Journal. 172 (10): 1327–1333.

20. Basson R. 2001. Female sexual response: The role of drugs in the management of sexual dysfunction. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 98 (2): 350–353.

21. Catalan J. 1993. Primary male anorgasmia and its treatment: three case reports. Sexual and Marital Therapy. 8 (3): 275–282.

22. Shesser E. 1956. The Sexual Marital and Family Relationships of the English Woman. London: Hutchinson's Medical Publications.

23. de Bruijn G. 1982. From masturbation to orgasm with a partner: How some women bridge the gap – and why others don't. J Sex Marital Ther. 8 (2): 151–167.

24. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. 2013. United States: American Psychiatric Association. 947 p.

25. Diagnostic Criteria from DSM-IVTM. Fifth printing. 1996. Washington: American Psychiatric Association. xi + 358 p.

26. Eichner K., Habermehl W. 1978. Der RAFL-Report. Des Sexualverhalten der Deutschen. Hamburg. 363 S.

27. Fischer S. 1973. The Female Orgasm. New York: Basic Books.

28. Graham C. A. 2010. The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. Archives of Sexual Behavior. 39 (2): 256–270.

29. Hunt M. 1975. Sexual Behavior in the 1970s. New York: Dell.

30. Hunt M. 1974. Sexual Behavior in the 1970s. Chicago: Playboy Press.

31. Tavis C., Sadd S. 1977. The Redbook Report on Female Sexuality. – New York: Delacorte Press.

32. Janus S. S., Janus C. L. 1993. The Janus Report on Sexual Behavior. New-York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, Inc. – 430 p.

33. Johannes C. B., Avis N. E. 1997. Gender differences in sexual activity among mid-aged

adults in Massachussetts. *Maturitas*. 26 (3): 175–184.

34. Kaplan H. S. 1974. *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel. xvi + 544 p.

35. Kinsey A. C., Pomeroy W. V., Martin S. E., Gebhard P. H. 1953. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders. 842 p.

36. Lauman E. O., Gagnon J. H., Michael R. T., Michaels S. 1994. *The social organization of sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.

37. Levin R. J., Levin A. September, 1975. *Sexual Pleasure: The Surprising Preferences of 100,000 Women*. Redbook. 51–58.

38. Masters W., Johnson V. 1970. *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown. 487 p.

39. McCabe M. P. 2009. Anorgasmia in Women. *Journal of Family Psychotherapy*. 20 (2–3): 177–197.

40. Meana V. 2012. *Sexual dysfunction in women*. Cambriage, MA: Hogrefe.

41. Meston CM., Hull E., Levin RJ., Sipski M. 2004. Disorders of orgasm in women. *J. Sex Med*. 1 (1): 66–68.

42. Michael R. T., Gagnon J. H., Lauman E. O., Kolata G. 1994. *Sex in America: A Definitive Survey*. Boston: Little Brown & Co.

43. Raboch J., Bartak V. 1980. Changes in the sexual life of Czechoslovak women born between 1911 and 1958. *Arch. Sex. Behav*. 9 (6): 495–502.

44. Read S., King M., Watson J. 1997. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *Journal of Public Health Medicine*. 19 (4): P. 387–391.

45. Rosen R. C., Taylor J. F., Leiblum S. R., Bachman G. A. 1993. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of sex and marital therapy*. 19 (3): 171–188.

46. Schnabl S. 1976. *Intimverhalten. Sexualstörungen. Persönlichkeit*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften. 478 S.

47. Starke K., Friedrich W. 1984. *Liebe und Sexualität bis 30*. Berlin. 355 S.

48. Tavris C., Sadd S. 1977. *The Redbook Report on Female Sexuality*. New York: Delacorte Press.

49. Williams N., Leiblum S. 2008. *Glob. libr. women's med.*, (ISSN: 1756-2228); DOI 10.3843/GLOWM.10432

Надійшла до редакції 27.07.2017

РОЗДІЛ: ГЕНДЕРНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 316.36:305

**GENDER THERAPY AS INNOVATION IN CONSULTING OF YOUNG MARRIED
COUPLE****Tamara Hovorun, Oksana Kikinezhdi, Iryna Shulha**

У статті представлено аналіз соціально-психологічних чинників появи гендерної терапії як окремого напрямку психологічної допомоги подружжю, який дає змогу усунути базові конфліктогени на різних стадіях сімейного життя. Досвід застосування різних психотерапевтичних шкіл розглядається з позиції впливу на зміст гендерних ролей з метою забезпечення паритетності їх функціонування в сім'ї.

Ключові слова: гендерна психотерапія, стадії розвитку сім'ї, конфліктогени, економічна ресоціалізація, конфронтація.

The article deals with the analysis of the social and psychological factors of emergence of gender therapy as a separate direction of psychological care to couple, which enables to depose basic conflictogens at different stages of family life. Experience of different psychotherapeutic schools in terms of its influence on content of gender roles in order to ensure parity of functioning of husband and wife in a family is given.

Keywords: gender psychotherapy, stages of family development, conflictogens, economic resocialization, confrontation.

В статье представлен анализ социально-психологических факторов становления гендерной терапии как отдельного направления психологической помощи супружеской паре, который позволяет устранить базовые конфликтогены на разных стадиях семейной жизни. Опыт применения различных психотерапевтических школ рассматривается с точки зрения влияния на содержание гендерных ролей с целью обеспечения паритетности их функционирования в семье.

Ключевые слова: гендерная психотерапия, стадии развития семьи, конфликтогены, экономическая ресоциализация, конфронтация.

Introduction. Psychological science and practice accumulated a vast experience in providing psychological, advisory and psychotherapeutic care for a family in different crisis situations. The choice of psychotherapeutic techniques is determined by the content of request and personal consultant's preferences, his/her work experience in known psychotherapeutic schools, skills of orientation in current crisis situations, which are characteristic for the family functioning. Professor A. Kocharian observes: "... Psychotherapy should focus on revivification, renewal of life streams, increase of intensity of emotional and affective process" (... , p.5).

The modern family, in addition to traditional situations, which are typical for each stage of its development, should react to new challenges of the time, such as: unemployment, polar stratification of the middle class on rich and poor caused by the economic crisis, increasing of a

number of incomplete or concubinage families, interethnic and interracial marriages, etc.

In addition to the modern problems, the average person must overcome traditional problems on the way of her/his development, such as: dependent and co-dependent behaviour of family members from alcohol, drugs, gambling, personal computers, chronic (diabetes, cardiovascular diseases, physical disability) and fatal (cancer, AIDS) diseases. Specific problems, which are deepening crisis situations in the realization of family functions are: primitivization of values, caused by psychological pressure of marginalized media, for example, shows “House 1”, “House 2”, “Behind the Glass”, etc., lots of “soap serials” and distancing of marriage couple’s inhabitation due to the inability to find a job, relationship separation of parents and under age children, etc.

All above mentioned factors destroy the basic principles of family functioning, such as monogamy, childcentrism and safety of disabled members of family, old people, obliteration between “We” and “I” and so on.

Despite to enough high indexes of divorces, which unfortunately don’t have the positive dynamics in statistical reports about duration of family life in the countries of United Europe, North and South America or the Post-Soviet countries, scientists don’t approve the conclusion about gradual dying of the family institution. Contrary to, in numerous scientific publications they follow the idea that it is tend to strengthen this institution on a new basis functioning – weakening of the role of external factors, which kept the wholeness of the family for a long time in history, limiting its members, especially women, in right to divorce by church blame, civil law, ethno cultural customs, etc.

Instead, the role of internal factors is increasing, which stabilize a family life (common meanings, values of marriage, deepening of democratic principles of communication between adults and children with keeping of their authoritative and subordinate position in the process of socialization, expanding of the range of domestic and reproductive men’ and women’ roles account of their interchangeability, increasing of level of gender culture and so on).

The **aim** of this theoretical and empirical research is to explain the content of psychological work with a married couple, which aimed to strengthen egalitarian principles and weaken traditional principles of their sex-role behaviour, experience of introducing which is called gender psychotherapy.

Methods and results. We used psychosemantical analysis of gender psychotherapy research and practice, which are represented in American magazines and monographs; standardized survey of Ukrainian psychologists, who have experience in providing psychological and psychotherapy care for family.

Standardized interviews covered 22 experts, who were determining conflictogens areas of family life, which were connected with the violation of gender balance in accomplishment of economic, domestic, educational, tutorial and recreational family roles, their balance in the areas of unpaid work. Experts answered questions such as: “What marital conflicts were constant in different stages of your family development?” “Are you forced to discuss with married couple problems associated with disequilibrium of sexes in the division of domestic obligations, overload in the accomplishment of family and social roles?” “Can any psychotherapeutic technique and qualification change traditional (patriarchal) instructions of someone in a couple, which are the reason of conflict?” “In what way can you achieve mutual understanding in married couple as to decrease the effect of women’ “double employment” or men’ “obtained helplessness” in domestic

self-service?” “Please, determine the most common complaints in married couple from the side of men / women” “Can modern therapist dispense with interference to “gender” aspects of the family functioning?” etc.

The frequency of certain semantic categories, which are related with gender issues, gave a possibility to distinguish a part of gender stipulated conflicts from all the other conflicts, to analyse the most frequently used psychotherapeutic technics in these cases.

Gender approach as a scientific methodology for analysing of psychological aspects of intra- and interpersonal and intergroup relations offers a new way of understanding a reality. The contrasting and “obvious” disparity of male and female traits, manner of thinking, peculiarities of behaviour strengthen the connection between biological sex and achievements in social life. Determinants of gender characteristics of behaviour are: social expectations, roles and conventional requirements to sexual behavioural adequacy. The subject of studying of gender characteristics includes: man’ and woman’ identity and its components: conceptions, stereotypes, attitudes related with sexual differentiation, stratification and hierarchy.

Therefore, the subject of gender therapy is: teaching men and women of productive strategies and behavioural tactics for overcoming traditional gender stereotypes and constructive solutions of gender-role conflicts and problems.

In the most general form, gender therapy solves the following tasks:

- reconstruction, rethinking of image “I” and life scenarios, which are connected with a system of sex-role conceptions;
- acquisition of opportunities to evaluate his own skills and aspirations, determine the prospects of life creation, intensify personal resources for selecting subjective strategies of self-realization and optimizing of relations (Malkyna-Pykh, pp. 198–199).

We analysed particularities of providing psychological care to married couple for overcoming gender caused disagreements and conflicts. The following criterions were used:

1. Psychological education as gender-oriented information concerning the problem of equal rights and opportunities of both sexes;
2. Insight of the couple as to the origins of their own problem, activation of reflection of their own sex-role behaviour and motivation in observance of the principle of balance for interaction on an equal basis;
3. Gender resocialization as an ability to interact on an equal basis in the realization of family functions;
4. Integration of “I – We” as an ability to self-determination and self-control in acquirement of new gender models of organization of family life.

The analysis of psychotherapeutic schools, within which psychologists overcome “gender” caused crisis situations in the family functioning, is represented in our research. We used the scheme, which conditionally divides psychotherapeutic influences into two groups – internally and externally oriented.

Psychotherapeutic schools and techniques of the first group focus on image “I”, conscious and subconscious in the structure of the personality, her / his needs, interests, sense of life, an aspiration for self-knowledge, finding a true oneself, etc.

Types of psychotherapeutic influence defined as externally oriented can teach new behavioural models and communication, show ways of self-control of emotional states such as

aggression, fear, anxiety, depression and so on (See table 1).

Frequency analysis of psychotherapeutic techniques, which is mentioned on the pages of US publications and applied by practice of Ukrainian psychologists, enable to take its cross-cultural comparisons, determine the most effective for eliminating gender conflicts.

Table 1

Psychotherapeutic approaches in a work with family disharmony

Types of psychotherapy			
Internally-oriented		Externally-oriented	
Psychoanalysis: ego-analysis; symbol-drama; psychoanalysis; etc.	Humanistic- existential therapy: client-centred; existential; gestalt; system arrangement; etc.	Behavioural therapy: operant learning; desensitization; counter; aversion; socio-behaviorism; body-oriented; etc.	Cognitive therapy: changing of catastrophic thoughts; following standard (model); cognitive-emotional; transactional analysis; etc.

The results of research.

Ukrainian psychologists, as an expert group, emphasize the role of religious feelings of married couple as the effective basis for existential psychotherapy. Particular attention is paid to the psychotherapy role of Bible, which is the main “home book to read” and helps to intensify the internal family resources in the solving of conflictogen situations with gender character.

We found evidence among the foreign sociological data that children in Christian families are more physically and psychologically protected by their mother and father than children in non-believers family. Religious family spends more time for upbringing of children, conscious accomplishment of domestic obligations. In religious families there are more chaste girls, less abortions, divorces, family conflicts, including conflicts on the basis of marital inequality.

Summarizing domestic and foreign experience of the psychological care, known as gender, it should be pointed out that the main reason of its appearance in the spectrum of new areas is psychological care for families with chronic incurable disease of child or others. The ways of influence on family life, (education of children, psychological violence, etc.), didn't reach its goal without changing of the gender rules of the family functioning or levelling of social and psychological status of husband and wife. Therefore, the first step on the way of eliminating any family dysfunctions is rebalancing of position of both sexes as a result of the introduction of the series of married couple's discussions in triangulation with a psychologist or a group of other couples as to “littering” of marital expectations by gender stereotypes. For example, a woman should be a good hostess, a kind mother, a careful wife, a beautiful woman, she should take care of her relatives, etc., a man should be a financial supplier of the family, who provides its material prosperity and power protection without taken into account state of his own physical health, who always should have supplementary earnings, money for alcohol and relaxation. This stage of psychotherapeutic influence is called disturbance of “unshakable” sex-role attitudes and expectations, liberation from captivity of gender stereotypes, for example: about the inborn

women's mission to dedicate herself to family, husband and children; or about the loss of femininity when woman seeks professional and career growth. Confrontation with collateral cognitive gender schemes is leading in experience as to using of cognitive psychotherapy [7; 10].

Gender approach in psychotherapeutic process envisages the creation of strong individual "I", which doesn't depends on gender. K.-G. Jung mentioned about specific psychotherapeutic method: "Therapist –is not only subject, who acts, but someone who empathizes the process of individual development" [6, p. 13].

Usage of method of unfinished sentences like: "real men must ..." "hide their feelings", "be leaders", "be independent", "be physically fit", "be strong-willed", "be able to make money for the family", "not talk much", "not to be sentimental", "not be "limp" and so on. "Real women must ..." be neat, "patient", "gentle", "wise", "emotional", "prone to gossip", "not indifferent to the gifts", "soft "and so on. "The main thing in man's life is ..."; "The husband is proud of his wife if she ..."; "The wife is proud of her husband, if he ..."; "A woman can cope with such work as ..."; "The best occupations for women are such as ..."; "The best occupations for men are such as..."; "The most responsible occupations for women are..."; "The most responsible occupations for men are....."; "The perfect external characteristics for women should include ..."; etc. It allowed a practicing family therapist to work with automatisms of gender role thinking, built on dominant destructive models of gender behaviour. The task of this phase of work with a pair is to establish doubt about the sustainability of «world order» of things by means of confrontation with established patriarchal guidelines in their minds [5].

Furthermore, it should be noted that educational work which is identical on content and on methods of psychological influence concerning gender guidelines are practiced by Ukrainian psychologists during the educational activities of preparation of young people for marriage and family life. Here is how one of Kyiv registry of civil status psychologist characterized his "war" with the world of sex stereotypes; his scenario is built on the abstracting of the main ideas of leading magazines for men or women ... What is a real man in the modern sense? Firstly, of course, he never cries. Emotion – this is not his element. He is cynical, denies suffering, does not recognize emotions, he laughs on sentiments, spits on the nuances in the relationship. Coward does not play hockey ..." first thing is planes, and girls is the second one..." "... A real man – is a male, which is distinguished by all female. The more number of females he owns, the bigger guarantee of reproduction... Generally, a real man is a theory. "A head of Bill Gates, the body of Mike Tyson, the smile of Tom Cruise ..."

Some of the surveyed therapists indicated that before the phase of direct solving of conflict situations, they offered their customers to read several humoresques by Pavlo Glazovyi, such as: "How Kuzma was taught by his dear wife", where the hero determines a conflict situation in a gender-oriented way:

"I would like to be a husband
Of a nice lady
And you squash tomatoes,
Make noise by colander.
Everything you can see – cherries, plums –
You canned

I can't stand it, do you understand?

It should be noted that the introduction of the concept of gender in the content of marital therapy is appropriate in case when it does not contradict with the basic principles of ethnic and cultural identity.

Psychotherapy of the second phase of work with a couple is related to empathic identification with another gender, since it is impossible to achieve gender transformation of personality without realizing of inner I, clamped within gender stereotypes [5; 8].

Economic inequality of women, according to most psychologists, is the biggest stumbling block. Since the identification with the problems of the opposite sex is able to deepen the reflection of inner I, the couple is suggested “to walk a mile in the shoes of a partner”. So, a husband has to be in a role of wife and experience critics as a bad housewife, bad mother, not attentive to her husband and family and as a person, who has wrinkles on the face, etc...

In addition, the men, who is wearing his wife’s shoes, is proposed to compare «his» earnings and calculate the cost of domestic services (laundry, cooking, caring for young children and elderly parents, cleaning, sorting clothes, washing etc.) in the financial terms of similar types of wage labour.

Since the principle of the psychological impact is validation of both sexes [5]. The wife should also feel “empathy” of identification with the man’s problems.

The exchange of experienced feelings creates psychological ground for the next, re-socializing stage of gender psychotherapy. The conclusion of the second phase is “My and his (her) gender psycho traumas” “What did I lose because of pressure of gender stereotypes”, which promote internal readiness for sex-change. Gestalt therapists emphasize that gender development should be seen from the side of the general ecosystem, realizing that gender role expectations and standards are not universal at all times and that the expansion of their gender card encourages personal transformation [11].

The woman should realize her “real” voice; expand the range of roles of ecosystem, use the possibility to change it on the basis of parity. During this phase of socialization woman learns to “speak loudly” about her needs and aspirations, denies depression because of a sense of economic second role on the psychological and economic dependence. For example, the perception of its financial dimension of economic-household family functions, the problem of “feminization of poverty” in the market of hired labour, etc. encourage woman to find real ways to achieve financial self-sufficiency in the labour market as opposite to the following recommendations placed in women’s magazines under headings “How to fall in love with yourself”, “How to charm”, “How to become sexy”, etc. Here comes the realization – start of manipulation brings the end to authenticity. The woman who is free from stereotypes is sufficient, she is able to be flexible without losing inner I [5; 12]

Such process of “inner gender transformation and changes» is parallel to the one with men. The therapist encourages men to change the psychological levers of gender – from the prevailing of the “male” side of the balance, homeostasis and family life in general. The phase of re-socialization therapy of gender transformations is able to adjust, for example, alexithymia as the inability of men, brought up in a patriarchal manner, to express their feelings, understand and recognize the emotional states of others. It is known that a person with alexithymia reacts in a non-social manner, it prevents somatoform disorders and dependent on alcohol and smoking behaviour of men.

Incidental modifications in gender awareness and behaviour are not achieved immediately and need much time to be fulfilled. US researchers suppose that the whole cycle of gender therapy should continue from at least 10 to 14 months. Subjects of valuing of its effectiveness should be married couples or families, who gave objective evidence concerning how their family life have changed, for example, “he changed his schedule for helping his wife in taking care and teaching of their children while she is busy at work. Children started to study perfectly. But the main thing is that I am satisfied with myself. When my husband turned to me and our children, I was able to realize my dream – to become a driver. Now our family is more mobile, and I have additional tool for earning money in my firm”.

On which psychotherapeutic schools are based psycho techniques of gender therapy? Generalized empirical data shows that the majority of specialists in this area practise eclectic approach – combine different theoretical approaches and psycho techniques. But psychoanalysis doesn't have a place in this diversity of theoretical and methodological approaches. Alfred Adler remarked: “In general, psychological differences between sexes is a result of cultural influences”. He rejected Freud's concept, according to which women's issues are determined as problems of lower beings. He explained psychogenic factors of pathogenic and psychologic development with a fact that a girl is born with the prejudice, which deprives her faith in her own worth, self-confidence; destroys a hope to do something really valuable ever.

According to K. Horney, woman's feeling of her inferiority is based on economic, political, psychological and sociological dependence on man. Girls always were brought up as not independent, with the idea of the prerogative of men.

Women seek to acquire masculine qualities (strength, bravery, independence, success, sexual freedom, a right of choosing a partner) not because they envy about men, but because of special position of men in a society. Role contrasts have especially negative influence on the psychics of woman (when a woman has to choose between the traditional role and her choice of career and other goals). These contrasts evoke anxiety and neurotic problems of women. To be a female or male customer doesn't mean to suit automatically to the most common stereotypes about the appropriate or not appropriate gender behaviour. Gender approach in the consultation process provides gender equality in search of a decision for the difficult situations through individual choice, not just like a man or a woman. It is important to use non-sexist therapy. When psychologist finds out that a client fulfils unexpected family or social roles in a crisis situation (she is a breadwinner of the family, he is on a maternity leave and takes care of a child), it doesn't mean that these circumstances caused emotional crisis. In other words, in a situation where a client from such a family complains that she can't show her resolution, defending her own position at work and that's why she despises herself, psychologist shouldn't say to her: “Don't worry about it so much, because you are a woman”. In this case the best solution is to discuss with a client a situation when she succeeded or failed to detect assertiveness of behaviour and analyse ways of its achievement, differences between passive and aggressive models of reactions.

Gender approach in psychotherapeutic process involves a creation of force of individual “I” regardless of sex. Sexual differentiation of Coping-strategies for overcoming difficult situations in the consultation process (when women are offered cognitive-emotive psycho techniques, which aimed discussion and refutation of irrational thoughts, men are offered behavioural psycho techniques) is a manifestation of sexism.

Conclusions. Gender therapy as a separate direction of assistance of psychological care for married couples is caused by time challenges as to family functioning on a parity basis and inappropriate spreading of inequality of sexes, which causes conflict situations and fixing of abnormal behavioural models.

Traditional family therapy directs its attempts to overcome the external manifestations of conflict situations without its basic, gender stipulated principles, such as: social and economic imbalance of husband's and wife's status, psychological separation of powers, overload of family roles or its deficiency.

Infraction of gender balance is observed in the realisation of economic and domestic areas of family functioning, at different stages of its development – from the “expansion” (birth of children) to the “empty nest”.

Domestic and foreign experience of implementation of gender psychotherapy proved its effectiveness. The main condition is purposeful modification of gender orientations by psycho education, introduction of empathy acceptance of family and social roles of the other sex, conscious acquirement of androgyny as a condition of liberation from the pressure from sexual stereotypes and universalization of behaviour.

The changes of pathological gender ecosystem of family are achieved through the using of different psychotherapeutic approaches, except of psychoanalytical. Most gender-oriented therapists practice eclectic approach of influence on the family system of gender roles, where cognitive-behavioural school is a priority.

The introduction of the concept of gender to the dynamic of family roles enables to align the social and economic statuses of husband and wife through partner repartition of power. Psychotherapists realise influence of gender stereotypes on the emergence of family conflicts. They approve an ideology of equality of rights, obligations and opportunities.

References

1. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості. – Харків : Фоліо, 1996, 239 с.
 2. Дитяча та юнацька психотерапія: теорія і практика в сучасних наукових дослідженнях: колективна монографія / за заг. ред. Г. В. Католик. – Львів: Астролябія, 2012, 312 с.
 3. Малкина-Пых И.Г. Гендерная терапия / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2006, 928 с.
 4. Психотерапія как невербальная практика: коллективная монография / под. ред. А. С. Кочаряна. – Харьков: ХНУ имени В. Н. Каразина, 2014. – 260 с.
 5. Barnett R., Rivers C. Same Difference: How Gender Myths Are Hurting Our Relationships, Our Children, and Our Jobs. New York: Basic Books, 2004.
 6. Bergman S., Pollack W., Levant R. Men's psychological development relation perspective // New psychotherapy for men. New York: Wiley, 1995, P. 68–90.
 7. Bohner G., Wänke M. Attitudes and attitude change. UK: Psychology Press, 2002, 295 p.
 8. Levant R., Silverstein L. Gender in neglected by both evidence based practices and “treatments as usual” // Evidence based practice in mental health; ed. Norcross L. Washington DC:
-

APA, 2005, P. 338–345.

9. Mahalik J. *International psychotherapy and counselling with men*. Good-San Francisco: Jossey-Bass, 2005, P. 324–247.

10. Philpot C., Brooks G., Philpot C. *Intergender communication and gender-sensitive family therapy // Integration Family Therapy*; ed. Miksell R., R.Lusterman D., McDaniel S. Washington DC: APA, 2005, P. 303–327.

11. Philpot C., Brooks G., Lusterman D., Nutt R. *Why men and women clash and how therapists can bring them together*. Washington DC: APA, 1997.

12. Smith R., Weber A. *Applying Social Psychology irfeveryday life // Applied Social Psychology*; ed. Schneider F., Gruman J., Contts L. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2005, 449 p.

Bibliografy

1. Bondarenko O. F. *Psykhologichna dopomoha osobystosti*. Kharkiv: Folio, 1996, 239 s.

2. Dytiacha ta yunatska psyhoterapiia: teoriya i praktyka v suchasnykh naukovykh doslidzhenniah : kolektyvna monohrafia / za zah. red. G. V. Katolyk. Lviv: Astroliabii, 2012, 312 s.

3. Malkina-Pyih I. G. *Gendernaya terapiya*. – M.: Eksmo, 2006. – 928 s.

4. *Psyhoterapiya kak neverbalnaya praktika: kollektivnaya monografiya / pod. red. A. S. Kocharyana*. Harkov: HNU imeni V. N. Karazina, 2014, 260 s.

5. Barnett R., Rivers C. *Same Difference: How Gender Myths Are Hurting Our Relationships, Our Children, and Our Jobs*. New York: Basic Books, 2004.

6. Bergman S., Pollack W., Levant R. *Men’s psychological development relation perspective // New psychotherapy for men*. New York: Wiley, 1995, P. 68–90.

7. Bohner G., Wänke M. *Attitudes and attitude change*. Psychology Press, 2002, 295 p.

8. Levant R., Silverstein L. *Gender in neglected by both evidence based practices and “treatments as usual” // Evidence based practice in mental health*; ed. Norcross L. Washington DC: APA, 2005, P. 338–345.

9. Mahalik J. *International psychotherapy and counselling with men*. Good-San Francisco: Jossey-Bass, 2005, P. 324–247.

10. Philpot C, Brooks G. *Intergender communication and gender-sensitive family therapy // Integration Family Therapy*; ed. Miksell R., R.Lusterman D., McDaniel S. Washington DC: APA, 2005, P. 303–327.

11. Philpot C., Brooks G., Lusterman D., Nutt R. *Why men and women clash and how therapists can bring them together*. Washington DC: APA, 1997.

12. Smith R., Weber A. *Applying Social Psychology in everyday life // Applied Social Psychology*; ed. Schneider F., Gruman J., Contts L. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2005, 449 p.

Надійшла до редакції 27.07.2017

УДК 159.922.1

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕНДЕРНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ РАНЬОГО ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Палій В. С., Гранкіна А. О.

Робота присвячена дослідженню особливостей гендерної поведінки та гендерних настанов у осіб раннього підліткового віку. В роботі представлено теоретичний огляд класичних та сучасних наукових поглядів на питання гендеру. В ході проведеного дослідження здійснено аналіз структурних особливостей параметрів маскулінності та фемінінності у структурі статево-рольової сфери особистості підлітків. Досліджені та проаналізовані особливості гендерних настанов осіб раннього підліткового віку. Описано зв'язок між статево-рольовими особливостями досліджуваних та типом їх гендерних настанов відносно до протилежної статі.

Ключові слова: гендерна поведінка, гендерні настанови, статево-рольова сфера особистості, гендерна ідентичність.

The study is dedicated to investigation of peculiarities of gender behavior and gender attitudes in early adolescence. In the work represented a theoretical overview of classical and modern scientific views on the gender issue. There were analyzed structural characteristics of masculinity and femininity parameters in the personality's sex-role sphere of adolescents. The features of young adolescents' gender attitudes had been investigated and analyzed. There was described a link between gender peculiarities of participants of the study and the type of their gender attitudes.

Keywords: gender behavior, gender attitudes, personality's sex-role sphere, gender identity.

Робота посвящена исследованию особенностей гендерного поведения и гендерных установок лиц раннего подросткового возраста. В работе представлено теоретический обзор классических и современных научных взглядов на вопрос гендера. В ходе проведённого исследования осуществлён анализ структурных особенностей параметров маскулинности и фемининности в структуре полоролевой сферы личности подростков. Исследованы и проанализированы особенности гендерных установок лиц раннего подросткового возраста. Описано связь между полоролевыми особенностями исследуемых и типом их гендерных установок по отношению к противоположному полу.

Ключевые слова: гендерное поведение, гендерные установки, полоролевая сфера личности, гендерная идентичность.

Постановка проблеми. Гендер особистості є тим конструктом, який значною мірою впливає на розуміння людиною себе та оточуючого світу. Кожен народжується представником тієї чи іншої статі та з дитинства засвоює заздалегідь визначені суспільством гендерні ролі. Поняття «чоловічого» та «жіночого» завжди присутнє у бесіді, гуморі, конфлікті та повсякчас застосовуються для пояснення будь-яких форм поведінки. Гендер є настільки глибоко вбудованим в систему вірувань та світогляд кожного суспільства, що

сприймається як абсолютно природне та зрозуміле явище.

У сучасному світі, особливо серед молоді, спостерігається тенденція відходу від типових жіночих чи чоловічих ролей. Нова хвиля феміністичних настроїв, яка стає все більш популярною в Україні, трактує не тільки гендер, а й стать як соціально визначене явище, адже не завжди самосприйняття людини визначається суто біологічними бінарними параметрами [2]. Фактично наразі відбувається жорстка ревізія поглядів, ставлень, регламентованих шаблонів поведінки, які підводять до ідеї множинності статей. Такий гендерний релятивізм, на думку О. С. Кочаряна, призводить до плутанини [11].

Проте, основний фокус знаходиться на проблемі співвіднесення чоловічого та жіночого, яка і породжує безліч гендерних ролей. У даній дихотомії також відбувається зміна настанов. Так, жінки сьогодні стають все більш активними, відверто заявляють про власні амбіції, орієнтовані на досягнення, меншою мірою цікавляться суто сімейними та домогосподарськими інтересами. Сьогодні часто можна побачити, що типова жіночка гендерна роль (яка фактично не мала соціально прийнятних альтернатив ще кілька десятиліть тому) піддається жорсткій критиці та дискредитації. Традиційне «чоловіче» у даній війні за «свободу вираження» так само губиться, воно втрачає свої типові риси, частково переймає риси жіночності. Ідеї боротьби із гендерними стереотипами сьогодні набувають все більшої популярності. Багато відомих серед молоді освітніх платформ читають курс з основ гендерної етики, який знаходиться на перетині соціології, філософії та психології. В книгарнях з'являється все більше літератури, присвяченої гендерній тематиці. Поступово серед молоді шириться думка, що відповідати загальноприйнятим гендерним стандартам – це не бути прогресивним. Як результат, формується відповідне інформаційне поле, в якому зростає молоде покоління, а подібні зміни можуть істотно впливати на специфіку статево-рольових проявів сучасних підлітків. Рамки традиційних гендерних ролей поступово стираються, а отже ми стаємо свідками суттєвих змін у світосприйнятті, ідентичності та поведінці молодих людей.

Тому, зважаючи на описані вище інформаційні тенденції, вважаємо, що вивчення гендерних моделей поведінки та настанов у сучасних підлітків є особливо важливим та своєчасним.

Огляд останніх досліджень. Гендерна ідентичність, хоча й має в основі статеву диференціацію, формується під впливом численних історичних та соціокультурних факторів конкретного середовища. Гендерна поведінка індивіда підлягає соціальній оцінці: несумісна з очікуваннями визначається як гендерно-невідповідна, а та, яка їм відповідає – гендерно-нормативна. Кожне суспільство відповідно до своїх цінностей встановлює та пред'являє нормативні правила й очікування «правильної» чоловічої чи жіночої поведінки [9, с. 60]. Саме гендерна роль приписує певний набір поведінкових стандартів і зразків, яким повинен слідувати той чи інший індивід, в залежності від його біологічної статі.

І. Гофман розглядав гендерну поведінку через призму соціальної взаємодії. Засоби, які використовуються людьми для вираження приналежності до статі, він називав формальними конвенціональними актами. Вони побудовані за принципом «затвердження – реакція» і сприяють збереженню і відтворенню норм повсякденної інтеракції [5, с. 22]. Узагальнені знання про специфіку гендерної ролі, емоційне ставлення до моделей та форм поведінки та готовність до демонстрації конкретної поведінки поєднуються у феномені гендерних

настанов. З їх допомогою людина у будь-якій ситуації поводить себе або сприймає іншу людину відповідно до своєї статі та існуючих у даній культурі норм [10]. В структурі гендерних настанов виділяють 3 компоненти: когнітивний, афективний та конативний (поведінковий) [10, с. 88]. Таким чином, гендерні стосунки значною мірою детерміновані гендерними настановами, які являють собою своєрідний гештальт, продукт соціалізації.

Метою нашого дослідження є вивчення та опис психологічних особливостей гендерної поведінки підлітків та визначення переважаючих форм гендерних настанов відносно протилежної статі.

Для реалізації поставленої мети, було сформульовано такі завдання:

1. Виявити структурні особливості взаємовідношення параметрів маскулінності та фемінінності в структурі статево-рольової сфери особистості підлітків.
2. Охарактеризувати особливості гендерних настанов в осіб раннього підліткового віку.
3. Дослідити зв'язок між статево-рольовими особливостями досліджуваних та типом їх гендерних настанов відносно до протилежної статі.

Відповідно до поставлених задач було використано наступні методики: структурна статеворольова шкала О. С. Кочаряна та Є. В. Фролової [8], п'ята шкала стандартизованого багатофакторного методу дослідження особистості «СМИЛ» (у модифікації Л. М. Собчик) [12] та проєктивна методика «Малюнок чоловіка та жінки» в модифікації Н. М. Романової [8].

Для підрахунку отриманих результатів застосовувались методи статистичної обробки даних: описові статистики, кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона та коефіцієнт Спірмена, коефіцієнт сумісного розподілу частот «Phi» для аналізу бінарних даних). Обчислення даних проводилося за допомогою аналітико-статистичного програмного комплексу IBM SPSS Statistics 23.

Виходячи з поставлених завдань, нами було сформовано вибірку учасників дослідження з 68 осіб віком від 12 до 14 років серед учнів 7-8 класів спеціалізованої школи I-III ступенів № 247 м. Києва та учнів 7-го класу спеціалізованої школи № 216 м. Києва. В цілому у вибірку увійшли 30 дівчат та 38 хлопців.

Виклад основного матеріалу дослідження. На першому етапі емпіричного дослідження, з метою узагальнення зібраних даних за структурною статеворольовою шкалою та шкалою маскулінність-фемінінність методики «СМИЛ» було проаналізовано результати описових статистик для групи хлопців та групи дівчат.

Результати описових статистик за статеворольовою шкалою. Для групи хлопців показники середнього та медіани стосовно фемінінності (78,1 та 77,5 відповідно) та маскулінності (80 та 77 відповідно) свідчать про переважання маскулінних рис характеру. Подібні результати було отримано на вибірці дівчат, де показники середнього та медіани стосовно фемінінності (69,26 та 69 відповідно) та маскулінності (78,5 та 79,5 відповідно) мали досить значні відмінності. Враховуючи це, робимо висновок про високий рівень маскулінності у групі респондентів за результатами даної методики.

Результати описових статистик за шкалою «маскулінність-фемінінність» («СМИЛ»). Згідно нормативних показників, запропонованих авторами методики, результати, що виходять за межі 50 балів, свідчать про вираженість того гендеру, який є протилежним до

біологічної статі індивіда. Отримані значення середнього та медіани для хлопців (54,24 і 53,08 відповідно) та для дівчат (39,15 і 37,79 відповідно) показали, що як для групи дівчат, так і для групи хлопців характерним є переважання фемінінних рис особистості.

Така різниця у результатах за даними методиками може бути зумовленою їх методологічною специфікою. Оскільки статевої шкали базується на методі самооцінювання, можна стверджувати, що дівчата раннього підліткового віку прагнуть до маскулінізації та прояву традиційно чоловічих якостей.

Наступним кроком було визначення моделі структурної організації статевої сфери особистості шляхом застосування коефіцієнту кореляції Спірмена між шкалами маскулінності та фемінінності статевої шкали. Так, як у групі хлопців, так і в групі дівчат андрогінна модель має значну відсоткову перевагу (94,7% та 93,3% відповідно) над континуально-альтернативною моделлю (5,3% та 6,7% відповідно). На основі проведеного кореляційного аналізу було встановлено переважання андрогінної моделі статевої сфери особистості підлітків.

Другий етап емпіричного дослідження передбачав аналіз та інтерпретацію результатів тесту «Малюнок чоловіка та жінки». При аналізі малюнків учасників дослідження на виявлення гендерних настанов особлива увага приділялась таким параметрам як: деталізація та адекватне зображення обох статей, відстань між зображуваними, поза, позиція відносно один одного, спрямування погляду, міміка, характер діяльності фігур, емоційне забарвлення. Таким чином, кожен малюнок репрезентував одну з 6 виділених авторами методики гендерних настанов: опора, ізоляція, співробітництво, агресія, тяжіння, індиферентність, незалежність. Відсоткові показники вираженості кожної з настанов для дівчат та хлопців наведено в табл. 1.

Так, згідно з отриманими результатами, серед дівчат раннього підліткового віку найбільш вираженими є настанови на незалежність (33,3%) та тяжіння (26,7%). Для хлопців того ж віку – настанови на індиферентність (23,7%) та опору (21,1%).

Таблиця 1.

Відсоткові показники вираженості гендерних настанов

		Дівчата		Хлопці	
		Частота	Відсотки	Частота	Відсотки
Валідні	агресія	1	3,3	4	10,5
	ізоляція	4	13,3	5	13,2
	індиферентність	4	13,3	9	23,7
	незалежність	10	33,3	4	10,5
	опора	3	10,0	8	21,1
	співпраця	0	0	5	13,2
	тяжіння	8	26,7	3	7,9
	Всього	30	100,0	38	100,0

Також, нами було виділено 4 додаткові показники, які відображають особливості гендерної ідентифікації, вказують на зрілість уявлень про стать, наявність тривожності та

агресії у ставленні до себе, свого тіла та до особи протилежної статі. Ознаками для визначення даних особливостей стали наступні: перевага статі, наявність відмінностей між статями, агресія та наявність закреслень, штриховки.

Результати аналізу для групи дівчат засвідчили, що на 76,7% малюнків досліджуваних можна спостерігати явні відмінності у змалюванні статей, що говорить про зрілість уявлень про стать у більшості дівчат. На 90% малюнків відсутні ознаки агресії, при цьому 10% малюнків відображають явну агресивну позицію чоловічої особи відносно жіночої. 26,7% учасниць вибірки надали перевагу чоловічій статі при виконанні завдання (на що вказує висока деталізація, акуратність та порядок змалювання), але більшість дівчат все ж акцентували увагу на зображеннях жінок (36,7%) або обох героїв малюнку (36,7%). Такі результати свідчать про сформованість гендерної ідентифікації у більшості учасників жіночої вибірки. Також, було помічено закреслення, які говорять про тривожність, неприйняття власного тіла (3,3%) або обличчя (3,3%).

За цією ж схемою нами було проаналізовано малюнки учасників чоловічої статі. Так, 60,5% досліджуваних при виконанні завдання не віддали явної переваги жодній зі статей, а 28,9% більше уваги приділили змалюванню особи чоловіка. Такі результати свідчать про сформованість гендерної ідентифікації у більшості учасників чоловічої вибірки. Статеві відмінності між зображеними особами наявні на 47,4% малюнків, що говорить про певну незрілість уявлень про стать більш ніж у половини хлопців. На 65,8% малюнків не помічено ознак агресії, при цьому 34,5% учасників зобразили агресивні стосунки між героями, в яких суб'єктом агресивної поведінки виступають чоловіки (15,8%), жінки (15,8%) або агресія є взаємною (2,6%). Закреслення та штриховка на малюнках присутні у 18,4% випадків. Так, тривожність, сором, неприйняття або заперечення ознак власного тіла або обличчя характерна для 13,2% хлопців; таке ж ставлення до тіла протилежної статі показали 10,5% учасників.

На третьому етапі емпіричного дослідження нами було проведено кореляційний аналіз показників за методиками «СМИЛ» та «Малюнок чоловіка та жінки». Оскільки проєктивна методика не передбачає числового вираження змінних, для проведення кореляційного аналізу бінарних даних було застосовано коефіцієнт сумісного розподілу частот «Phi». Для зручності роботи, результати за методикою «СМИЛ» також було перетворено у формат бінарних показників. Таким чином, бали, які перевищують нормативний поріг у 50 балів, було позначено як вираженість маскулітності (позначка «1») або вираженість фемінітності (позначка «2») залежно від статі кожного учасника дослідження. Виділені гендерні настанови позначались як «1» - виражені та «2» - невиражені.

Для вибірки хлопців було встановлено, що показник за шкалою фемінітності-маскулітності має значущі зворотні кореляційні зв'язки з настановою «співпраця» (коефіцієнт кореляції $\Phi = -0,336$, на рівні значущості $p < 0,05$). Дані результати можуть вказувати на схильність хлопців встановлювати ділові зв'язки з дівчатами та залучатись до спільної з ними діяльності. В той же час, у вибірці дівчат не було виявлено значущих кореляційних зв'язків між даними показниками. Більше того, у вибірці дівчат настанова «співпраця» не була присутня на жодному з малюнків.

Отже, в результаті якісного та кількісного аналізу зібраних даних можна стверджувати, що між гендером та гендерними настановами осіб раннього підліткового віку існують

значущі кореляційні зв'язки. Тобто, гендер особистості має вплив на характер та вираженість гендерних настанов відносно протилежної статі.

Висновки.

1. У результаті проведеного дослідження було виявлено структурні особливості взаємовідношення параметрів маскулінності та фемінінності в структурі статево-рольової сфери особистості підлітків. Встановлено, що серед учасників обох статей переважає андрогінна модель організації статево-рольової сфери особистості. При цьому, згідно з результатами, отриманими із використанням статево-рольової шкали О. С. Кочаряна та Є. В. Фролової, у вибірці хлопців переважають маскулінні риси характеру. Ці результати підтвердили дані за шкалою маскулінності-фемінінності методики «СМИЛ». У вибірці дівчат за статево-рольовою шкалою спостерігаємо переважання маскулінних рис характеру, хоча дані «СМИЛ» вказують на протилежні тенденції.

2. Виявлено певні особливості гендерних настанов осіб раннього підліткового віку. У вибірці дівчат переважають гендерні настанови на незалежність та тяжіння, на жодному з малюнків не було представлено настанови на співпрацю. У вибірці хлопців основними виявились настанови на індиферентність та опору.

3. В ході роботи було встановлено зв'язок між статево-рольовими особливостями досліджуваних та типом їх гендерних настанов відносно до протилежної статі. Даний висновок підтверджується наявністю значущих зворотніх кореляційних зв'язків між шкалами маскулінності-фемінінності та настановою «співпраця» на вибірці хлопців. Звертає на себе увагу і той факт, що, хоча кореляційних зв'язків між настановами та гендером у жіночій вибірці виявлено не було, все ж настанова на «співпрацю» на малюнках дівчат зовсім відсутня. Тобто, вираженість фемінінних рис особистості може характеризуватися тенденціями до індивідуалізації, самостійності та певної відстороненості у процесі діяльності.

Перспективними напрямками подальших досліджень даної проблематики є встановлення загальних факторів формування маскулінізованих форм поведінки сучасних дівчат-підлітків, а також проведення аналогічного дослідження з даними учасниками у період їх юності. Лонгітюдне дослідження дасть змогу оцінити зміни, які з часом відбуваються у статево-рольовій сфері юних осіб.

Список літератури

1. Бендас Т. В. Гендерная психология: Учебное пособие/ Татьяна Владимировна Бендас. – СПб.: Питер, 2006. – 431 с.
2. Гендер для медій: підручник із гендерної теорії для журналістики та інших соціогуманітарних спеціальностей / [М. Маєрчик, Л. Малес, Т. Марценюк, О. Плахотнік, О. Приходько, О. Синчак, С. Шимко] ; під ред. М. Маєрчик. – К.: Критика, 2017. – 217 с.
3. Гофман И. Гендерный дисплей // Введение в гендерные исследования. Часть 2: Хрестоматия / Под ред. С.В. Жеребкина. – СПб.: Алетейя, 2001. – с. 306-335.
4. Дилео Д. Детский рисунок: диагностика и интерпретация / Д. Дилео. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 272 с. – (Психологический практикум: тесты).
5. Жеребкина И.А. Введение в гендерные исследования. Часть 1. Учебное пособие / И.А. Жеребкина. – Харьков: ХЦГИ, 2001. — 708 с.

6. Ильин Е.П. Пол и гендер / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2010. – 688 с.
7. Исмиханов М. М. Особенности полоролевых отношений подростков / М. М. Исмиханов // Студенческий научный форум. – 2015. – 5 с.
8. Кочарян А.С., Жидко М.Е., Терещенко Н.Н., Фролова Е.В. Полоролевая психология: коллективная монография / А.С. Кочарян, М.Е. Жидко, Н.Н. Терещенко, Е.В. Фролова. – Х.: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2015. – 236 с.
9. Крукс Р., Баур К. Сексуальность / Роберт Крукс, Карла Баур. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. – 480 с.
10. Малкина-Пых И.Г. Гендерная терапия. Справочник практического психолога. / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2006. – 928 с.
11. Полоролевая психология: коллективная монография / [А. С. Кочарян, М. Е. Жидко, Н. Н. Терещенко, Е. В. Фролова] : под ред. Доктора психологических наук, профессора А.С. Кочаряна. – Х.: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2015. – 236 с.
12. Собчик Л.Н. СМЛЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2003. – 219 с.
13. Helgeson, V. S. The psychology of gender / Vicki S. Helgeson. – Pittsburgh, PA: Carnegie Mellon University, 1999. – 632 p.

References

1. Bendas T. V. Gendernaja psihologija: Uchebnoe posobie/ Tat'jana Vladimirovna Bendas. – SPb.: Piter, 2006. – 431 s.
2. Gender dlja medij: pidruchnik iz gendernoї teorii dlja zhurnalistiki ta inshih sociogumanitarnih special'nostej / [M. Maerchik, L. Males, T. Marcenjuk, O. Plahotnik, O. Prihod'ko, O. Sinchak, S. Shimko] ; pid red. M. Maerchik. – K.: Kritika, 2017. – 217 s.
3. Gofman I. Gendernyj displej // Vvedenie v gendernye issledovanija. Chast' 2: Hrestomatija / Pod red. S.V. Zherebkina. – SPb.: Aletejja, 2001. – s. 306-335.
4. Dileo D. Detskij risunok: diagnostika i interpretacija / D. Dileo. – M.: JeKSMO-Press, 2001. – 272 s. – (Psihologicheskij praktikum: testy).
5. Zherebkina I.A. Vvedenie v gendernye issledovanija. Chast' 1. Uchebnoe posobie / I.A. Zherebkina. – Har'kov: HCGI, 2001. — 708 s.
6. Il'in E.P. Pol i gender / E.P. Il'in. – SPb.: Piter, 2010. – 688 s.
7. Ismihanov M. M. Osobennosti polorolevyih otnoshenij podrostkov / M. M. Ismihanov // Studencheskij nauchnyj forum. – 2015. – 5 s.
8. Kocharjan A. S., Zhidko M. E., Tereshhenko N. N., Frolova E. V. Polorolevaja psihologija: kollektivnaja monografija / A. S. Kocharjan, M. E. Zhidko, N. N. Tereshhenko, E. V. Frolova. – H.: HNU imeni V. N. Karazina, 2015. – 236 s.
9. Kruks R., Baur K. Seksual'nost' / Robert Kruks, Karla Baur. – SPb.: Prajm-Evroznak, 2005. – 480 s.
10. Malkina-Pyh I.G. Gendernaja terapija. Spravochnik prakticheskogo psihologa. / I. G. Malkina-Pyh. – M.: Jeksmo, 2006. – 928 s.
11. Polorolevaja psihologija: kollektivnaja monografija / [A. S. Kocharjan, M. E. Zhidko, N. N. Tereshhenko, E. V. Frolova] : pod red. Doktora psihologicheskikh nauk, professora A.S. Kocharjana. – H.: HNU imeni V.N. Karazina, 2015. – 236 p.

12. Sobchik L. N. SMIL. Standartizirovannye mnogofaktornyj metod issledovanija lichnosti / L. N. Sobchik. – SPb.: Rech', 2003. – 219 p.

13. Helgeson, V. S. The psychology of gender / Vicki S. Helgeson. – Pittsburgh, PA: Carnegie Mellon University, 1999. – 632 p.

Надійшла до редакції 27.07.2017

УДК 316.6:316.367.7

ГОМОСЕСУАЛЬНОСТЬ: АНАЛИЗ СЛУЧАЯ**Кочарян А.С.**

Статья посвящена анализу случая гомосексуализма. Рассматривается трансформация взглядов на сексуальность, которая стала пониматься не как нечто устойчивое, неизменное, а, напротив, как текучее. Причем, такая текучесть характеризует и детей, и взрослых. Автор приводит случай гомосексуализма, который по манифестациям можно было бы отнести к собственно гомосексуализму. Вместе с тем, анализ ранних травм, отношений с матерью, женщинами, мужчинами, отношения к своему телу, образа жизни позволяет заключить, что гомосексуализм может стать формой решения проблем межличностной зависимости, инфантильного функционирования, личностной идентичности. Способствование психотерапевтом продвижения клиента по этому пути может загнать его в тупик и не привести к решению стоящих перед ним личностных проблем. Поэтому гомосексуализм внутренне неоднороден и нуждается в каждом конкретном случае в психотерапевтической квалификации вне ценностного контекста, а лишь в контексте развития.

Ключевые слова: гомосексуальность, личностная и гендерная идентичность, межличностная зависимость, расстройства половой идентичности и сексуального созревания.

Стаття присвячена аналізу випадку гомосексуалізму. Розглядається трансформація поглядів на сексуальність, яка стала розумітися не як щось стійке, незмінне, а, навпаки, як плинне. Причому, така плинність характеризує і дітей, і дорослих. Автор наводить випадок гомосексуалізму, який за манифестаціями можна було б віднести до власне гомосексуалізму. Разом з тим, аналіз ранніх травм, відносин з матір'ю, жінками, чоловіками, ставлення до свого тіла, способу життя дозволяє зробити висновок, що гомосексуалізм може стати формою вирішення проблем міжособистісної залежності, інфантильного функціонування, особистісної ідентичності. Сприяння психотерапевтом просування клієнта цим шляхом може загнати його в глухий кут, й не привести до вирішення поставлених перед ним особистісних проблем. Тому гомосексуалізм внутрішньо неоднорідний і потребує в кожному конкретному випадку психотерапевтичної кваліфікації поза ціннісного контексту, а лише в контексті розвитку.

Ключові слова: гомосексуальність, особистісна і гендерна ідентичність, міжособистісна залежність, розлади статевої ідентичності і сексуального дозрівання.

The article is devoted to the analysis of the case of homosexuality. We consider the transformation of views on sexuality from it's conceptualization as something stable, unchanging to it's conceptualization as something fluidity. Moreover, this fluidity characterizes both children and adults. The author cites the case of homosexuality, which according to the manifestations could be attributed as true homosexuality. At the same time, the analysis of early traumas, relations with the mother, women, men, attitude to one's body, way of life allows us to conclude that homosexuality can become a form of solving problems of interpersonal dependence, infantile functioning, and

personal identity. In this particular case, gender-affirmation therapy may prove ineffective and not lead to a solution of the client's personal problems.

An analysis of dreams and fantasies is given, in which a heterosexual plot and rudiments of a new attitude to women of extra-sexual nature appear.

Homosexuality is internally heterogeneous and needs in each concrete case in psychotherapeutic qualification outside the value context, but only in the context of development.

Key words: homosexuality, personal and gender identity, interpersonal dependence, disorders of sexual identity and sexual maturation.

З. Фрейд [1] в своем письме о гомосексуальности ушел от ее понимания как патологии, но и не считал ее нормой. Он писал: «Гомосексуализм не предоставляет никаких преимуществ, но его не следует стыдиться, ведь это не порок и не деградация; он [гомосексуализм] не может быть классифицирован как болезнь». Тогда каков статус гомосексуальности, если это и не болезнь, и не порок? Он [1] прямо указывает, что это проявление проблемы развития: «мы считаем, что это – изменение сексуальной функции, произошедшее в результате определенной задержки в половом развитии», которая может быть редуцирована, но может остаться перманентной. По З. Фрейду, психосексуальное развитие начинается с инициальной бисексуальности, включающей два «плеча» (гомо и гетеро), которая в последствии сменяется гомо- или гетеросексуальностью за счет «перекрытия» одного «плеча». Как правило, «гомосексуальный компонент» подвергается вытеснению. Небольшая доля гомосексуальности трансформируется и проявляется в сублимированных формах – в мужской/женской дружбе, готовности прийти на помощь, в творчестве и т.п. «Позднее, при определённых обстоятельствах, недостаточно вытесненная гомосексуальность может вновь проявить себя» [2]. Такому возвращению или устойчивому проявлению способствует фиксация на нарциссической стадии. Таким образом, с позиции З. Фрейда гомосексуальность – это дизритмия психосексуального развития. Так, согласно **Ральфу Раутон [3] положение** З. Фрейда о непатологичности гомосексуальности «до сих пор далеко от принятия в психоаналитическом мире... После смерти Фрейда, многие его последователи начали реорганизацию психоаналитической литературы, всё чаще представляя гомосексуалистов как больных, ссылаясь при этом на Фрейда как на авторитет». Вместе с тем, существует точка зрения о том, что З. Фрейд считал, как впрочем и психоанализ того времени, гомосексуальность патологией.

Между тем, в в таком подходе имплицитно содержится возможность текучести, изменения, одним словом, процесса становления психосексуальности, в котором может происходить как выравнивание психосексуальности, редуцирование задержек, так и, напротив, их усугубление, нарастание.

С 2011 г. Американская Психологическая Ассоциация признает сексуальную текучесть и изменчивость сексуальной ориентации, что, в частности, нашло отражение в руководстве по сексуальности и психологии [4]. В лекциях в Университете Корнелла Лиза Даймонд [5] заявила, что сексуальная ориентация является изменчивой характеристикой как для подростков, так и для взрослых обоих полов. Доктор Лаура А. Хейнс [6] привела обращение Л. Даймонд к ЛГБТ-активистам о том, что миф о «врожденности и неизменяемости гея» (born-that-way-and-can't-change) себя исчерпал, и следует прекратить

его продвигать. В этом смысле поменялось отношение АПА и к переориентирующей терапии: ранее она считалась «вредной и неэффективной» [7, с.83], а одобрялась только гей-аффирмативная терапия.

3. Фрейд отмечал скромность успехов при решении задачи реконструктивной психотерапии - никаких гарантий результативности такого «лечения» он дать не мог: «в определенном количестве случаев мы достигали успехов в развитии проявлений гетеросексуальных наклонностей, которые есть у гомосексуалистов, но в большинстве случаев это невозможно. Все зависит от личностных особенностей и возраста мужчины. Результат лечения невозможно предугадать». Он вместо лечения гомосексуальности предлагал матери гомосексуала, которая обратилась к нему за помощью, «пригласить сына на сеансы психоанализа, которые могли бы помочь ему справиться с недовольством, неврастением, вызванной внутренними противоречиями и замкнутостью в общественной жизни... вне зависимости от того, останется он гомосексуалом или нет».

Г.С. Кочарян [7, с. 81-91] привел серьезный обзор эффективности репаративной терапии. Он показал, что в литературе существует значительный разброс оценок эффективности такой терапии – от 15% до 30% [8], 30% [9], 45% (J. Nicolocy et al., 2000. – цит. по [7, с. 88]).

Для анализа сексуальной ориентации часто используют триаду [10]: 1) сексуальное влечение (к какому полу испытывает влечение); 2) сексуальное поведение (наличие опыта однополых контактов); 3) идентичность (идентификация себя как гомо- или гетеросексуала). В решётке сексуальной ориентации Фрица Клейна уже содержится 7 параметров оценки гомо- гетеросексуальности: 1) половое влечение; 2) сексуальное поведение; 3) сексуальные фантазии; 4) эмоциональные предпочтения (к какому полу человек испытывает романтические влечения); 5) социальные предпочтения; 6) гетеро-гомосексуальный образ жизни; 7) самоидентификация. Причем, эти показатели могут не совпадать у одного и того же индивида. Так, бисексуальное влечение, гомосексуальное поведение и гетеросексуальная идентичность могут сосуществовать в одном человеке, и, таким образом, однополая сексуальность далеко не всегда отражает личностную аутентичность [11, v. 1, p. 558-559; 12, v. 1, p. 629-634]. Таким образом, сексуальная ориентация является полипараметрической и не сводится исключительно к гомосексуальному поведению.

Квалификация клиента как гомосексуально ориентированного часто затруднена и требует углубленного психологического анализа. Так, например, сложно говорить о гомосексуальной ориентации мальчика 11-ти лет, хотя многие гомосексуалы отмечают у себя еще более ранний дебют гомосексуального интереса. Следует заметить, что сексуальное либидо у мальчиков формируется в среднем только в 12-14 лет [13, с. 224], а более ранние проявления гомосексуальной ориентации контаминируют манифестацию других психологических образований, например, гомосоциофилию, «вагинофобию» («vagina dentate») и т.п.

Приведем наблюдение за пациентом, который достаточно рано проявлял гомосексуальный интерес.

Клиент М., 24 г. Мать родила его в возрасте 19 лет. Практически сразу развелась, а к концу детского сада у клиента появился отчим. По его словам, «его мать в детстве били, она пыталась не бить меня, но у нее не получалось». Важное воспоминание относится к 4-х

летнему возрасту: «Я играл с сыном крестной, пошел к ним домой, и меня не было 2 часа, в результате чего мать наорала и избивала меня». По его словам, «мать хотела меня видеть умным, эдаким вундеркиндом, которым все восхищаются и который хорошо учится. Вначале она и видела меня таким, и первые классы я действительно был отличником и любил учиться. Но потом этой учебой долго меня насилывала».

«Отчима мать уничтожила в моих глазах, говоря, например,: «Ты же не хочешь быть как он?!». Отчим – «мужчина слабый, она его, так же как и отца, смешала с грязью».

М. чувствовал себя непонятым матерью, боялся ее, в результате замкнулся, ничем с ней и с другими не делился («нет друзей, проблемы с социумом», точнее «друзья были, я не мог быть один - всегда находил хоть какую-то компанию или друга чтобы прибиться к кому-то»). Чувствовал себя изгоем в школе и институте. По отношению к родителям испытывал страх, ненависть и постоянное чувство вины (в старших классах школы и институте за то, что «я ел их еду, они платили за университет, у них жил» и т.п., а до этого «больше было ощущение, что я их разочаровывал и был их недостойным»).

Обратился с жалобой на то, что не может высказать своих настоящих желаний, не может отстоять себя, что ему не достает агрессивности и силы. Он написал мне на электронную почту: «Пожалуйста, помогите. Я не хочу так больше жить. Мне страшно, больно. Я боюсь, что не изменюсь. Я боюсь, что не смогу что-то сделать в жизни, добиться чего-то. Я боюсь, что я умру так ничего и не сделав. Я боюсь, что ничего не поменяется. Я боюсь быть один. Я боюсь будущего. Я боюсь перемен. Я не хочу так жить. Без будущего. Без уверенности. В страхе. Без надежды. Без изменений. Я один. Слаб. Я никогда ничего не смогу. Я никому не могу доверять. Я один. Мне страшно. И больно. Почему я остался один с этим? Тут. Без будущего. Без надежды. Я один. Никого нет рядом чтобы поддержать. Я один. Я засыпал с этими мыслями каждый вечер перед школой или университетом. Всегда страшно. Некому сказать. Никто не поймет. Я один. Всегда. Я не хочу быть собой. Быть мной ужасно. Мне страшно. Я ничего не смогу. Я ничтожен. Я ненавижу себя. Пожалуйста. Я не хочу быть собой...».

Нравилась мужчины с 1-го класса школы. Его интересовали физически развитые мужчины. Его фантазии были связаны с тем, что он «представлял себя в роли симбионта, паразитирующего в теле сильного мужчины». Себя же чувствовал беспомощным, испытывал страх перед людьми. Указанные фантазии приносили чувство безопасности.

По телевизору «крутили» песню «Голубая луна», все смеялись над словом «голубая». Он чувствовал, что интерес к мужчинам – это плохо. В результате имел путанную идентичность (он говорит, что чувствовал себя «запутавшимся»), «запрещал мысли, связанные с мужчинами». Так, по его словам, было до 23-х лет, и уже полтора года как «сдался и принял себя таким, каким я есть. До того же как «сдался» периодически пытался заставить себя думать о девушках в интимном плане и мастурбировать, глядя на фото женщин. Результаты были неудовлетворительны».

Актуальные гомосексуальные фантазии имеют пенетрационный характер – проникновение в тело сильного мужчины и жизнь в нем. Мужское сильное тело вызывает зависть («хочу быть таким»), ненависть («не могу быть таким») и возбуждение. В качестве мастурбаторной фантазии выступают мужские фигуры, которые сильные и старшие. Причем, пик возбуждения достигается тогда, когда сила партнера передается ему «магическим образом».

При этом достаточно фантазий об объятиях. Фантазии особенно актуализируются в период острых переживаний, и направлены на снятие напряжения (они «как бальзам на душу»). В своих фантазиях «я без какого-либо физического контакта смотрел и представлял тех самых физически развитых мужчин, видел насколько они сильнее и больше меня, а они в процессе фантазии могли становиться еще больше и сильнее. Это возбуждало (вдохновлено фильмами с А. Шварценегером и журналами о спорте и культуризме). Скорее всего представлял, что они могли бы защитить меня или что если бы я был таким, мне было бы безопасней. Но представить себя в качестве такого парня не мог и не могу. Потом начали появляться фантазии, в которых было взаимодействие с такими фигурами, например, вариант симбионта, который входил в их тела».

У клиента М. есть две категории объектов гомосексуальных фантазий:

1) образ доброго, поддерживающего отца или старшего брата. «Регулярно появляется желание приобщиться, быть таким же, сблизиться. Таких фантазий было и есть много. Стать подопечным у тренера, учеником у репетитора, другом/товарищем более взрослого успешного мужчины. Хотелось проецировать на них образ доброй родительской фигуры. Хотелось бы, чтобы он меня любил не в плане романтических отношений, а, скорее, что-то братско-родительское. Но как только нарастает уровень тревоги мне нужна близость, объятие, контакт (не обязательно интимный), защита, и я не могу это получить. Если это фантазии, то они быстро приобретают эротический контекст; если это было в жизни, то либо это гетеросексуал, который не может мне этого дать, либо гей, которому больше важен секс, и в редких исключениях любовь и обычные отношения». Таким образом, гомосексуальность клиента М. является инструментальной и направлена на решение проблемы гендерной идентичности и чувства собственной недостаточности (дефицитарности).

В этих фантазиях пенетрация и «слияние» с объектом отсутствуют (есть отдельно «Я» и отдельно «Он»), а «эротическая ткань» выражена очень незначительно, практически отсутствует;

2) образ «мачо» - физически сильного, крепкого мужчины. «Он обнимает меня сзади, и я утопаю в его плоти». В этом случае клиент отмечает «растворение» границ между «Я» и «Он». У фантазии появляется эротический контекст. Такое «слияние» приводит не к оргазму, а к тому, что он становится, по его словам, «больше и сильнее». При этом объект фантазий (сильный мужчина) «растворяется» и замещается самим клиентом. «Эти фантазии о чем-то вроде изнасилования этим более сильным и крепким парнем, в процессе чего я либо концентрируюсь на теле этого парня и чувствую его, либо я забираю у него эту силу, мужественность, становлюсь больше и сильнее него, и в конце я его пересиливаю и мы меняемся ролями». Глубинно несексуальный характер данной фантазии проявляется в том, что они дополняются другими, в которых «я оказываюсь без других персонажей, магическим образом становлюсь физически сильнее и больше, против своей воли (хотя на самом деле хочется)».

Пенетрация (проникновение) оборачивается другой стороной – эготизмом («уничтожением» другого, сосредоточенностью на себе, попыткой принять себя и т.п.). Но сильным быть нельзя (небезопасно). Один из психотерапевтов посоветовал ему «стать настоящим парнем», на что клиент отреагировал выраженной тошнотой – «быть в сильном теле – это вызывает отвращение». Отвратиться от мужского тела - значит не принять его. И

это уже не просто страх наказания со стороны матери за несоответствие ее ожиданиям. Уйдя от «плохой» матери - жесткой и демонической - он сохраняет в себе образ «хорошей матери» - «слабой, беспомощной, нуждающейся в поддержке, доброй». Эта идентификация с «хорошей частью матери» не дает ему быть «сильным».

Можно было бы думать, что это и есть манифестация пассивной гомоэротичности. Но тогда почему у клиента есть пенетрационные фантазии силы и мужественности? Он весь «утопает» в такой противоречивости.

По *отношению к своему телу* прослеживается амбивалентность: с одной стороны, желает быть сильным, как настоящий мужчина, а, с другой, - хочет оставаться маленьким, тела мужского в себе стесняется (плохо принял появление вторичных половых признаков) - «мне противно быть в собственном теле, хочется уйти из тела, перестать быть», «неприятно, отвращение...». У клиента М. в большей мере отмечается первый вариант желания приобщиться к мужскому телу – войти в тело другого мужчины, а не обрести свое мужское тело, стать мужчиной «вне себя» (тогда не нес за это ответственность, тогда безопасно).

У каждого мальчика существуют два пути к «мужскому» миру: нормативный – идентификация с отцом (или его замещающей фигурой) и инвертный – либидизация отца. У клиента М. дорога идентификации была закрыта - «ты же не хочешь быть как он?! (отец – А.К.)» - слабым, а либидизация также перекрыта – во-первых, отцовская фигура слаба (и его нет смысла любить), а, во-вторых, сильные мужчины причиняли *маме* боль, а потому нельзя быть сильным – мама этого не примет. Клиент М. говорит, что «маму мужчины обижали, а из меня она хотела сделать мужчину, который не обидит - послушного, без своего мнения, слабого...мама делала меня мужчиной для себя – любила лечь мне на колени, и я ей причесывал волосы». И далее он откровенно отмечает, что «быть сильным мужчиной – быть пристыженным матерью», не соответствовать ее ожиданиям. Описывая чувства к матери, он приводит свое сновидение, фабула которого – смерть матери. «Я чувствовал любовь к ней и привязанность. Мне было стыдно за свои чувства к ней - она этого не заслуживает (Она плохо ко мне относилась)». В другом сновидении мать стала укорять сына («Значит я все-таки была права – ты не смог справиться с экзаменом») и в ответ он «ударил ее по голове», после чего ощутил, что совершил «смертное преступление» и пережил чувство вины и страха. В просоночной фантазии ему привиделось, что «мать мне что-то плохое делает, а ей дал пощечину и выкрикнул, чтобы она убрала руки от меня». После этого испытал страх и чувство вины. Эти сновидные продукты отражают амбивалентные чувства к матери - любовь и ненависть, привязанность и дистанцированность, злость и чувство вины по отношению к ней. Он «убежал» из родительской семьи, перестал общаться с родителями, не звонил, заблокировал их номера телефонов. В образе матери, как в узле, сошлись самые противоречивые и травматичные переживания, которые отразились на отношениях с женщинами.

Воспоминания о *контактах с женщинами* носят травматический характер (ирония, сарказм со стороны родителей), в них существует «либидозный компонент» по отношению к женским фигурам, причем по времени он предшествует гомосексуальной фабуле: согласно семейной мифологии в 5-6 лет он «пытался снять телочку», «поцеловал мамину подругу в губы с языком...», «одноклассницы надсмехались надо мной, я открытый и уязвимый, а меня девушки пристыживают».

Он отмечает, что «периодически подумывал о сексе с девушкой, но через две секунды возникали мысли о матери – и сразу – нет, нет, нет... И все». Страх женского и женщин у него сильно выражен – не знает «о чем с ними говорить», а «если кто-то пристанет, не смогу защитить, отстоять – я слабый». Страх женского вызывает убогие реакции - желание бороться или бежать (*fight or flight*), а «бежать, значит сменить сексуальные предпочтения. Некоторый процент «перебежчиков» открыто ссылается на неудачи с женщинами в период нежного возраста» [14].

Кроме того, у М. существовало представление о «плохости» гомосексуального контакта – «это ужасно быть петухом или с петухом».

В процессе терапии он все больше стал осознавать, что *отношения с мужчинами* практически не имеют эротического коннотирования. Он говорит о том, что «сексуальное возбуждение тесно связано с ощущением безопасности и тепла», и что «меня фактически не привлекает секс с партнером-мужчиной».

Дальнейшая работа была направлена на прояснение *образа жизни* (одного из показателей решетки Фрица Клейна) клиента. Он имеет постоянное желание к кому-то прибиться, чтобы получить защиту и поддержку. Клиент говорит, что «если бы был рядом с мужчиной, был бы защищен. Мне важен ни секс, ни отношения, а только защищенность. Мне нужен кто-то рядом, кто утешит». Он считает себя «неудачником и дерьмом», не соответствующим ценностям матери, а точнее, соответствующим только в части мягкости, послушности, доброты, но не соответствует ценности профессионализма, силы, успешности. Сами по себе условия ценности, предъявляемые матерью к клиенту, являются внутренне противоречивыми (*double bind*), такими, которые не могли быть реализованы в полном объеме, а только частично. Если он не может быть сам таким, каким его хочет видеть мать, то следует найти другого, который этими достоинствами обладает. Задача состоит в том, чтобы, по его словам, «влился в чужую жизнь» - именно с парнем, потому что с девушкой это невозможно. Парень-партнер чрезвычайно важен - нужно добиться его расположения, чтобы спастись (своего рода идея Мессии). Он с содроганием ждет, как такой партнер его оценит, ждет, что тот назовет его «офигенным», и через это клиент заполнит смысловую «дыру». Идеализация партнера позволяет создать объект привязанности, который, однако, быстро теряется, так как клиента постоянно ждет разочарование. Для более глубокого проникновения в партнера недостаточно дружбы – нужна более надежная и близкая связь, которая принимает форму интимной близости. В противном случае близость будет неполной и негарантированной. Это попытка уйти из переживания брошенности, ненужности и слабости. Но реальность такова, что спасения не происходит, в партнере невозможно спрятаться, он банально требует секса. В результате разочарование (клиент говорит: «Мне стыдно, как я «нарисовал» этого человека – большим и великим»), ощущение одиночества, потерянности в жизни. Клиент прямо говорит, что «не могу найти чем заниматься – нужен наставник, тренер, инструктор, а лучше отец или старший брат». Проблему идентичности можно решить только за счет другого, несамостоятельно. Клиент М. отмечает, что того, «жизнь в теле сильного мужчины была бы невозможна: я мог бы получить его жизнь и тело, но не то что внутри – мужественность, силу и т.п.»

И это означает, что личность клиента М. инфантильно организована – он не может себя уложить спать, накормить, чем-либо занять, организовать свободное время и т.п. Он, с

одной стороны, стремится к силе, но эта сила в другом, а сам он боится и стыдится быть сильным. Боится от того, что ждет материнского наказания за собственную силу (мать этого не приветствовала); стыдится потому, что мужское сильное тело вызывает возбуждение, а это связано с переживанием негативного нарциссического комплекса. В генезисе гомосексуализма З. Фрейд видел игру нарциссизма – любить себя в другом. Одним словом, характер межличностных отношений принимает форму зависимости.

М. говорит о том, что фантазии о получении им поддержки со стороны женских фигур тоже имели место, но «это никогда не получалось. Кроме одного раза ..., когда с товарищами дурачились и бросали с балкона надувные шарики наполненные водой. Потом я сам это иногда делал и мне нравилось как шарик наполнялся водой - мягкий, теплый, округлый. Трогал его, щупал, гладил, облизывал языком уплотнение резины в одном месте шарика, похожее на сосок. Это вызывало очень слабое и кратковременное возбуждение, потом быстро проходило. Как и всегда когда я пытался представлять женщин в эротическом контексте».

Таким образом, гомосексуальные мысли, фантазии и поведение сформировались рано, но в их генезе отсутствует опора на сексуальное либидо (оно формируется в среднем в 12-14 лет). Они в большей мере отражают проблемы несформированной мужской идентичности, смысловой «пустоты» и личностной незрелости. По-видимому, речь идет о расстройствах (субклинического уровня) половой идентификации и сексуального созревания, когда либидо еще недифференцированное и не определилось по объекту влечения. В данном случае нарушения экстрасексуального ряда гораздо более массивны и требуют интенсивной психотерапевтической поддержки. Гомосексуальность М. является попыткой псевдоразрешения указанных психологических проблем – инфантилизма, межличностной зависимости, несформированной идентичности, которые связаны с тревогой, страхом, чувством вины и т.п. Поддержка гомосексуальности в этом случае является ошибочной и приведет к нарастанию личностной проблематики. В процессе работы у нашего клиента произошли сдвиги – осознание того, что его идентичность не гомосексуальна, что гомосексуальное поведение – способ добиться межличностного тепла и поддержки, что гомосексуальное желание ограничено межличностной близостью, что в основе гомозротизма лежит инфантильное желание обладания и т.п. Появилась гетеросексуальная фабула в сновидениях: «Я пил напиток (не алкогольный). Подошла девушка, похожая на Фамке Янссен, красивая. Она протянула мне гель, который имеет какое-то отношение к ее груди. Мы с ней были в кровати полностью обмазанные этим гелем. Кожа стала полупрозрачной – видны ее мышцы, глазницы, кости. Она трется своим лицом о мое...». В этом сновидении, с одной стороны, появляется эротический интерес к противоположному полу, а, с другой, - социальный интерес: если ранее женщина воспринималась как инопланетянка, то теперь – у нее под кожей все то же самое, что и у парней. Рассказывает о новой фантазии: «просыпаюсь в лаборатории. У меня нет человеческого тела, а только черный кристалл. Я отращаиваю себе голову, руки, ноги. Заходит женщина-ученый, пытается взаимодействовать с эти существом (со мной). Сзади меня находится мужчина-военный, он говорит, что меня нужно убить. Женщина же говорит, что не надо». Это ростки нового отношения к женщине.

Гомосексуальность уже давно приобрела качество нового мирового гендерного порядка, составила гендерный мейнстрим, ассоциативно входя в денотативный ряд:

«демократия», «свобода», «независимость», «равноправие», «личностность» и т.п. Можно множить и в пределе дойти до эмоциональной дихотомии - «хорошее» vs «плохое», и, в конце концов, потерять феномен гомосексуальности как объект собственно научного анализа. Тем более, что сам феномен гомосексуальности внутренне не однороден, и, боюсь, лишь по внешним сексуально-поведенческим манифестациям не удастся раскрыть его природу – гомосексуальность гомосексуальности рознь.

Из приведенного наблюдения вовсе не следует, что конверсионная терапия является единственно верной: данные (на группе из 202 пациентов) свидетельствуют о том, что она может приводить к психологическому ущербу - депрессии, суициду, снижению самооценки и т.п. [15]. В нашем случае терапия была ориентирована не на восстановление гетеросексуальности, а на возвращение клиента к себе, т.е. можно говорить не только о репаративной и гендер-аффирмативной терапии, но и личностно-ориентированной, которая, встречая псевдогомосексуальность, возвращает личность к себе, к ее организмическому потенциалу. Приведенная выше психотерапия не исходит из примата гомосексуальной «патологии», который предполагает, что эмоциональные проблемы родом из сексуальной парафилии, и что следует выявить патогенетические корни гомосексуальности. Таким образом, личностно-ориентированный психотерапевтический дискурс задает особый вектор анализа феномена гомосексуальности, позволяет выявить истинную природу гомосексуальных составляющих мужчины. Поэтому обращение со случаями гомосексуальности должно быть осторожным и личностно-экологичным.

Список литературы

1. Фрейд З. Письмо о гомосексуализме [Электронный ресурс] / З. Фрейд – Режим доступа до ресурсу: <http://sexology.ru/v-londone-vystavili-pismo-frejda-o-gomoseksualnosti>.
2. Ференци Ш. Теория и практика психоанализа [Электронный ресурс] / Ш. Ференци – Режим доступа до ресурсу: http://www.psychol-ok.ru/lib/ferencz/tipp/tipp_10.html.
3. **Раутон Р. Современный психоанализ и гомосексуальность** [Электронный ресурс] / **Р. Раутон - Режим доступа до ресурсу: <http://www.spp.org.ru/page.php?id=149>**.
4. APA Handbook of Sexuality and Psychology. 2- Volume Set. / Editors-in-Chief: Deborah L. Tolman, Lisa M. Diamond. – 2014. - 1288 p.
5. <http://www.Refnews.ru/read/article/1399121>.
6. Haynes L. A. The american psychological association says born-that-way-andcan't-change is not true of sexual orientation and gender identity / Laura A. Haynes. // California Psychologist. – 2016. – №9, 27. – С. 1–8.
7. Кочарян Г. С. Гомосексуальность и современное общество / Г. С. Кочарян. – Харків: ООО «Эдена», 2008. – 240 с.
8. Nicolocy J. Reparative therapy of male sexuality. A new clinical approach / Nicolocy. – Lancham, Boulder, New York, Toronto, Oxford: AS Jason Aronson Book. Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2004. – 355 с.
9. Крукс Р. Сексуальность / Р. Крукс, К. Бауэр. Пер. с англ. – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
10. The social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States / [E. O. Laumann et al., H. J. Gagnon, T. Michael та ін.]. – Chicago: University of Chicago Press, 1994.

11. Rosario & Schrimshaw // *APA Handbook of Sexuality and Psychology. 2-Volume Set.* / Editor-in-Chief: Deborah L. Tolman and Lisa M. Diamond. – 2014. – 1288 p.
12. Diamond L. // *APA Handbook of Sexuality and Psychology. APA Handbook of Sexuality and Psychology. 2- Volume Set.* / Editors-in-Chief: Deborah L. Tolman, Lisa M. Diamond. – 2014. 1288 p.
13. *Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко.* - М.: «Медицина», 1977. - 488 с.
14. *Непокоренная вагина. О мужском, о страшном* // [ihavesage. Lifejournal.com](http://ihavesage.lifejournal.com).
15. *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical and Research Perspectives* / [Shidlo A., Schroeder M., Drescher J. та ін.]. – Binghamton, NY: Haworth Press, 2002.

Надійшла до редакції 27.07.2017

Відомості про авторів

Барінова Наталя Вікторівна, кандидат психологічних наук, 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.

Говорун Тамара Василівна, доктор психологічних наук, професор Переяслав - Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди, професор кафедри психології.

Гранкіна А. О., студентка 4 курсу спеціальність психологія Київського національного лінгвістичного університету.

Danuta Grzesiak-Witek, PhD, John Paul II Catholic University in Lublin, Off-Campus Department of Law and Social Sciences in Stalowa Wola.

Кікінежді Оксана Михайлівна, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, провідний науковий співробітник, директорка науково-дослідного Центру з проблем гендерної освіти та виховання учнівської та студентської молоді НАПН України – ТНПУ імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль.

Кочарян Гарнік Суренович, доктор медичних наук, професор (Харківська медична академія післядипломної освіти, професор кафедри сексології та медичної психології).

Кочарян Олександр Суренович, доктор психологічних наук, професор (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, завідувач кафедри психологічного консультування і психотерапії).

Кривоконь Наталія Іванівна, доктор психологічних наук, професор кафедри прикладної психології, Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Marcelina Puk M.A., Master John Paul II Catholic University in Lublin, Off-Campus Department of Law and Social Sciences in Stalowa Wola.

Палій В. С., кандидат психологічних наук, викладач кафедри психології і педагогіки Київського національного лінгвістичного університету.

Седих Кіра Валеріївна, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка.

Федько С. Л., кандидат психологічних наук, викладач кафедри психології і педагогіки Київського національного лінгвістичного університету.

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 ДАК МОН України)

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 МОН України) 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 Суменовичем, который получил профессиональную подготовку в области клиент-центрированной психотерапии и консультирования в рамках обучающей программы интернационального института клиент-центрированного подхода (Лугано, Швейцария) и Центра кросс-культурной коммуникации (Дублин, Ирландия) для психологов и психиатров стран Центральной и Восточной Европы (Братислава, Прага) в 1990–1994 гг.

В том же 2012 г. ИКЭП получил статус коллективного члена Всемирной ассоциации человеко-центрированной и экспириентальной психотерапии и консультирования (World Association for Person Centered & Experiential Psychotherapy & Counselling <http://www.pce-world.org/>).

ИКЭП имеет учебные филиалы в Харькове, Киеве, Хмельницком, Луцке.

Основные формы деятельности ИКЭП:

Научная деятельность: выявление пределов и возможностей клиент-центрированной психотерапии (по нозологии и характерологии), разработка идей процессуальности в психотерапевтическом контакте. Защищены кандидатские и докторские диссертации по проблемам клиент-центрированной психотерапии, созависимых отношений, нарушений ответственного поведения, невротических расстройств, сексуальных и полоролевых нарушений. Изданы монографии: 1) Психотерапия: психологические модели – СПб.: Питер, 2003 – 1 изд., 2007 – 2 изд., 2009 – 3 изд. 2) Основы психотерапии – М.: Алетейя, 1999. 3) Основы психотерапии – К.: Ника-центр, 2001. 4) Психотерапия в особых состояниях сознания. – М.: АСТ, 2000. 5) Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. 6) Личность и половая роль – Х.: Основа, 1996. 7) Психотерапия как невербальная практика – Х.: ХНУ, 2014.; 8) Полоролевая психология – Х.: ХНУ, 2015.

Практическая деятельность (психологическая и психотерапевтическая работа): индивидуальное психологическое консультирование, групповая работа, проведение тематических тренингов.

Формы работы института: краткосрочные и долгосрочные программы, клиентские группы, группы встреч (личностного роста), профессиональное обучение, курсы обучения решению личностных проблем.

Преподавательский и тренерский состав ИКЭП: 1) Кочарян Александр Суменович - профессор, д. психол. н. (член единого профессионального реестра психотерапевтов Европы); 2) Кочарян Гарник Суменович - профессор, д. мед. н.; 3) Жидко Максим Евгеньевич - доцент, к. психол. н. (член единого профессионального реестра психотерапевтов Европы); 3) Кочарян Игорь Александрович - к. психол. н. (член единого профессионального реестра психотерапевтов Европы); 4) Терещенко Надежда Николаевна - доцент, к. психол. н. (официальный преподаватель межрегионального уровня); 5) Долгополова Елена Викторовна (официальный преподаватель межрегионального уровня); 6) Харченко Андрей Александрович (официальный преподаватель межрегионального уровня); 7) Цихоня Валерия Сергеевна - к. психол. н.

В настоящее ИКЭП реализует следующие проекты:

Профессиональная образовательная программа по клиент-центрированной психотерапии (адаптированная к требованиям Европейской Ассоциации Психотерапии). Программа включает в себя три модуля: 1) рефлексия личного опыта; 2) профессиональные знания и навыки; 3) поддержка и сопровождение профессионального опыта. Общее количество часов – 3215. Обучение проводится в закрытой группе (до 20 человек) с меняющимся составом сертифицированных лекторов и тренеров. Подготовка включает в себя лекции, тематические семинары, работу в эмпатической лаборатории и лаборатории терапевтических ответов. Дополнительно обучающиеся проходят дидактическую индивидуальную психотерапию и участвуют в супервизионных семинарах. Завершение обучения предполагает позитивную рекомендацию тренеров, зачеты по всем тематическим семинарам и практическим занятиям, защиту практического случая (при условии вынесения его на супервизию), а также публичную защиту письменной дипломной работы.

Образовательная программа «Базовый курс психотерапии» («Психотерапевтическая пропедевтика»). Общее количество часов – 216 (из них 96 часов теории и 120 часов – практики). Включает в себя два модуля: 1) опыт самопознания (личный опыт); 2) основные направления психотерапии.

Супервизионная программа в области полимодальной и клиент-центрированной супервизии.

Мастер-класс профессора А. С. Кочаряна – «Кухня клиент-центрированной психотерапии» (постоянно действующая открытая группа). Организатор: Загоруйко Татьяна +38(050)3234558

Группа встреч (клиентская группа) профессора А.С. Кочаряна (полоуоткрытая группа). Организатор: Загоруйко Татьяна +38(050)3234558

Клиентская программа «Мастерская психологического преобразования и телесности» – участники обучаются навыкам оптимизации эмоциональных, когнитивных, коммуникативных, телесных и волевых процессов для наиболее эффективной самореализации в различных аспектах жизни: работе, взаимоотношениях, здоровье, отдыхе и т.д. Включает четыре модуля. <http://www.bealive.biz/>, +38(098)8508638 Юля.

Клиентская программа по семейной и детской психологии – программа предназначена для студентов, практикующих психологов, родителей и супругов, настоящих и будущих. Состоит из трех ступеней, включает в себя лекции, тренинги, практические занятия, современные теоретические представления и личный опыт. По окончании каждой ступени выдается сертификат. Веб-адрес: www.facebook.com/FamilyKidsKh. 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 7 Том 1

Збірник наукових праць

українською, англійською та російською мовами

Відповідальний за випуск Барінова Н. В.
Комп'ютерне верстання Гірник С. А.

Підписано до друку 26.06.2017 р. Формат 60x84/8
Папір офсетний. Друк ризограф.
Ум. друк. арк. 6,9 . Обл-вид. арк. 7,6
Наклад 100 пр. Замовлення № Ціна договірна

61022, м. Харків, майдан Свободи, 4
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Видавництво