

**ISSN 2410-1249**

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

**Психологічне консультування і психотерапія**  
**Том 1, Випуск 8**

**Psychological  
counseling  
and psychotherapy**  
**Vol. 1, Issue 8**

**Психологическое  
консультирование  
и психотерапия**  
**Том 1, Выпуск 8**

Започаткований 2014 року

Харків 2017

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

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

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

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

Затверджено до друку рішенням Вченої ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 18 від 22.12.2017)

**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** – Доценко О. Ю. (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, викладач кафедри психологічного консультування і психотерапії).

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

Василюк Ф. С. – 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).

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

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

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

Сайт видання: periodicals.karazin.ua/psychotherapy

Електронна адреса: pckarazin@gmail.com

Статті пройшли внутрішнє та зовнішнє рецензування.

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

**З М І С Т**

<b>РОЗДІЛ: МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ ПИТАННЯ.....</b>	<b>6</b>
Кочарян О. С., Барінова Н. В., Зубенко О. М. Особистісні детермінанти стиля життя: психологічна валеологія.....	6
Кочарян О. С., Савіна М. В., Антонович М. О. Система відносин наркозалежної особистості .....	16
Кочарян Г. С. Патологічні сексуальні стереотипи, що обумовлені мастурбацією, поєднаною з порнографією.....	24
Мозговий В. І. Теоретичний огляд психосемантичних досліджень військовослужбовців.....	31
Гайдучик П. Д. Психологічні особливості переживання сепараційної тривоги в умовах лікувальної реабілітації.....	43
Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань.....	51
<b>РОЗДІЛ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДАЛЬНОСТІ, МЕТОДИ ТА МЕТОДИКИ.....</b>	<b>60</b>
Свинаренко Ю. В., Чичихіна Н. А. Особливості психотерапевтичної роботи з нарцисично організованими особистостями.....	60
Харченко А. О. Особливості психотерапевтичної роботи з травматичним емоційним досвідом комбатантів.....	67
Лісеная А. М. Переживання як мішень психотерапевтичного впливу.....	74
Гордієнко К. О., Бондаренко О. Ф. Модель психотерапевтичного впливу в залежності від ментальних особливостей клієнта.....	81
<b>ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ.....</b>	<b>88</b>

---

**C O N T E N T**

<b>SECTION: MEDICAL PSYCHOLOGY THEORETICAL AND PRACTICAL ISSUES .....</b>	<b>6</b>
Kocharyan A. S., Barinova N. V., Zubenko O. M. Personal determinants of life style: psychological valeology .....	6
Kocharyan A. S., Savina M. V., Antonovych M. O. System of relations of drug-dependent personality .....	16
Kocharyan G. S. Pathological sexual stereotypes stipulated by masturbation, combined with pornography .....	24
Mozgovyi V. I. Theoretical review of psychosemantic studies of military servants.....	31
Gaiduchyk P. D. Psychological features of the experience of separation anxiety in the conditions of medical rehabilitation.....	43
Kompanovych M. S. Retrospective analysis of emotional experiences as a component of psychosomatic illness.....	51
<b>SECTION: PSYCHOTHERAPEUTIC MODALITIES, APPROACHES AND METHODS..</b>	<b>60</b>
Svynarenko Y. V., Chychykhina N. A. Peculiarities of psychotherapeutic work with narcissically organized individuals .....	60
Kharchenko A. O. Peculiarities of psychotherapeutic work with traumatic emotional experience of combatants .....	67
Lisenaya A. M. Emotional experience as a target of psychotherapeutic impact .....	74
Hordiienko K. O., Bondarenko O. F. Model of psychotherapeutic influence depending on the mental special features of the client.....	81
<b>INFORMATION ABOUT AUTHORS.....</b>	<b>88</b>

---

**СОДЕРЖАНИЕ**

<b>РАЗДЕЛ: МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ВОПРОСЫ</b> .....	<b>6</b>
Кочарян А. С., Барина Н. В., Зубенко О. М. Личностные детерминанты стиля жизни: психологическая валеология.....	6
Кочарян А. С., Савіна М. В., Антонович М. О. Система отношений наркозависимой личности .....	16
Кочарян Г. С. Патологические сексуальные стереотипы, обусловленные мастурбацией, сочетаемой с порнографией .....	24
Мозговой В. И. Теоретический обзор психологических исследований военнослужащих .....	31
Гайдучик П. Д. Психологические особенности переживания сепарационной тревоги в условиях лечебной реабилитации .....	43
Компанович М. С. Ретроспективный анализ исследований эмоциональных переживаний как составляющей психосоматических заболеваний .....	51
<b>РАЗДЕЛ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МОДАЛЬНОСТИ, МЕТОДИ И МЕТОДИКИ</b> .....	<b>60</b>
Свинаренко Ю. В., Чичихина Н. А. Особенности психотерапевтической работы с нарцисстично организованными личностями.....	60
Харченко А. О. Особенности психотерапевтической работы с травматическим эмоциональным опытом комбатантов .....	67
Лисеная А. М. Переживание как мишень психотерапевтического воздействия.....	74
Гордиенко Е. А., Бондаренко А. Ф. Модель психотерапевтического влияния в зависимости от ментальных особенностей клиента .....	81
<b>СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ</b> .....	<b>88</b>

**РОЗДІЛ: МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ ПИТАННЯ**

УДК 159.923.2:613

**ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СТИЛЯ ЖИЗНИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
ВАЛЕОЛОГИЯ****Кочарян А.С., Барінова Н.В., Зубенко О.М.**

Особистісні детермінанти життєвого стилю розглянуто у психотерапевтичному дискурсі. Визначено декілька ідей: 1) у культурі загублено цінність «зрілості», нормативний підхід замінюється толерантністю; 2) спостерігається зріст та поширення двох феноменів: девальвація дорослості та тотальна інфантилізація; 3) складнощі артикулювати загальну бажаність життєвого стилю: розглянуто деякі чинники становлення життєвого стилю, які, не в змозі пояснити формування саме ефективного стилю.

У статті наведено топологічну модель психологічного простору, визначено поняття «емоційної схеми», наведено її структуру, а саме: переживання, тілесні маніфестації, система ранніх спогадів, інтерпретації особистістю свого життя, а також мотиваційні тенденції. Змінити життєвий стиль не можливо без зміни емоційної схеми, усіх її компонентів. Наведено клінічне спостереження щодо формування життєвого стилю на основі фіксованої емоційної схеми.

У статті наведено зв'язок усіх компонентів емоційної схеми з деякими типами життєвого стилю – «активна діяльність», «активне служіння», «пасивне служіння», «відгородженість», «страждання». Окрім того, проаналізовано зв'язок емоційної схеми з характерологічними стилями. Фіксоване та специфічне для типу характеру переживання та переживання первинного «затору» не є ідентичними: вони знаходяться у відношеннях онтологічної «об'єктивності» та феноменологічної перспективи.

Перспективою подальшого дослідження є уточнення взаємовідношень між, з одного боку, концептами «характерологічний стиль» і «емоційна схема», а, з другого, - «характерологічно релевантна емоція» і первинне «заторне» переживання.

**Ключові слова:** життєвий стиль, топологічна модель психіки, емоційна схема, характерологічний стиль, особистісна зрілість.

Personal determinants of life style are examined in psychotherapeutic discourse. Several ideas are determined 1) in culture the value of "maturity" is lost, the normative approach is replaced by tolerance; 2) rising and expanding of two phenomena is observed: devaluation of the adulthood and total infantilisation; 3) the difficulties in articulation of general desirability of the life style: some factors of life style development that cannot explain the formation of the effective style are examined.

In the article the topological model of the psychological field is presented, the concept of "emotional scheme" and its structure are defined, namely: experiences, physical manifestations, system of early memories, person's interpretation of his or her life, motivational tendencies. It is not possible to change the life style without changing the emotional scheme and all its components. The clinical observation regarding the formation of a life style based on a fixed emotional scheme is presented.

The connection of all components of the emotional scheme with some types of life style such as "active activity", "active serving", "passive serving", "strangeness", "suffering" is provided in the article. In addition, the connection between the emotional scheme and the characterological styles is analyzed. The fixed and specific for a type of character of the experience and experiences of the primary "block" are not identical: they are in terms of the ontological "objectivity" and the phenomenological perspective.

The perspective of further research is the clarification of the relationship between, on the one hand, the concepts of "characterological style" and "emotional scheme", and, on the other hand, "characterologically relevant emotion" and the primary "blocked" experience.

**Key words:** life style, topological model of psyche, emotional scheme, characterological style, personality maturity.

*Стиль жизни в контексте зрелости. Актуальная экзистенциальная ситуация определяется потерей (ослаблением, извращением, трансформацией и т.п.) личностного смысла. Неспроста в середине XX века обнаруживается новый клиент (пациент), который в корне отличается от традиционно психоаналитического, - нарциссический. В 1971 г. Томас Сас [1] серьезно обсуждал феномен истерии как медицинское мифотворчество, выбивая онтологическое основание психоаналитической практики: если принять, что «истерики ...подобны симулянтам, ... их недуг не носит характера болезни в точном смысле слова» [2, с. 98], то не совсем ясно, чем собственно занимался традиционный психоанализ. Это задача, скорее, не вылечить больного (коим он и не является), а «перекодировать иконическое послание (истерические стигмы - парезы, астазия-абазия, мутизм) на обычный язык вербальных символов» [2, с. 98]. Нарциссический же пациент определяется дефицитарным смысловым экзистенциалом. Рене Жирар прямо указывал, человек не имеет своих смыслов, напротив, он их «заимствует» у других как «миметическое желание», и еще соперничает с ними за объекты желанья. Могут наблюдаться разные варианты осмысления человеком своего жизненного мира: украсть смысл у другого и присвоить себе, принять мир как игру по законам сцены (как в теории социальной драматургии Э. Гофмана), «заглотнуть» интроекты (Ф.Перлз), соответствовать некоторому идеальному объекту идентификации (например, следование нормативным образцам в рамках полоролевого развития), отказаться от мира («жизнь без вещей» Юкико Канэко [3], эскапизм, как бегство от реальности в иллюзорный мир и т.п.) и др.*

Сегодня мир отказался от нормативных и ценностных ориентаций: то, что ранее рассматривалось как патология теперь подлечит нормализации и дестигматизации (некоторые виды парафилий, квір-сексуальность) за счет вынесения феномена из «узких» медицинских рамок, помещая его в широкий социальный контекст и нагружая семантикой толерантности.

Ранее любое психологическое явление рассматривалось в контексте развития и умещалось на континууме «зрелость-инфантилизм», причем с явно выраженной аксиологической коннотацией: взрослый-детский, развитый-неразвитый, дифференцированный - недифференцированный, гендерно-артикулированный - гендерно-несоответствующий (gender incongruence в проекте МКБ-11) и т.п. Отсюда, актуализируются два социокультурных феномена: 1) девальвация взрослости - взрослость потеряла свою ценность (зачем взрослеть, если это кроме проблем ничего не дает - меняется представление о взрослости, старости, и вообще о возрастных периодах, в том числе, и о периодизации, о функциях социализации, о ее социальных институтах) и т.п. В этом смысле интересно появление феномена «change-ager», который характеризует новый, «молодежный» стиль жизни людей 50+, или «мета-взрослости» (В. Яковлев), или «многолетничества» (Джина Пелл) для описания людей с «безвозрастным» менталитетом, «живущих в эпоху размывания возрастных границ» [4]; 2) инфантилизация – сохранение ценности детства.

Вместе с тем, традиционные представления, эксплицированные, например, А. Адлером, исходят из ценностной ориентации желательности взрослости, а именно из того, что наличие «социального интереса», а не «эгоистического» свидетельствует о психологической зрелости

личности и является ее безусловно позитивной характеристикой. Поэтому стили жизни у А. Адлера строятся по двум векторам (методом перекрестной классификации): «социальный интерес» и «степень активности». Психологически зрелым является стиль жизни, предполагающий высокие показатели и социального интереса, и активности. Идея зрелости может состоять и в соответствии себе – «Я есть Я», и в аутентичности (Ф. Перлз), и в следовании самости (К.Г. Юнг), и в соответствии своему внутреннему позитивному ядру (Онто Ин-се А. Менегетти) с выраженными трансперсональными денотациями в той степени, что Итальянский Центр изучения новых религий (CESNUR) включил эту организацию в энциклопедию «Религии в Италии» [5]. Это Онто Ин-се имеет множество определений: самостное, целостно-динамичное, утилитарно-функциональное, виртуальное, экономико-иерархичное, победоносное, радостное, креативное, трансцендентное, интенциональное, исторически контекстуальное, святое и т.п.

В рамках Берлинской Парадигмы Мудрости [6] мудрость рассматривается как фактор, обеспечивающий благополучие. Мудрый человек имеет философскую концепцию того, что он делает в жизни, и понимает важность баланса своих потребностей и потребностей других людей. В рамках теории баланса Роберта Стернберга [7] акцент делается на приложении практического интеллекта, когда человек выносит и реализует мудрые решения. Мудрость же рассматривается как показатель зрелости, личностной развитости.

В позитивной психологии [8] делается акцент на достижении благополучия, которое имеет следующие компоненты: положительные эмоции, вовлеченность, смысл, хорошие отношения с людьми, достижения.

В Христианстве делается акцент на переживании радости, которая «является внешним проявлением любви, действием благодати Святого Духа в сердце человека. Радость (любовь) является признаком того, что человек находится на правильном пути в деле спасения» [9]. Христианская Радость понимается как ликование – радость в связи с открытием в себе (для себя) Лица Господа.

Существуют, конечно же, и варианты секулярного обретения радости в рамках сугубо психологической плоскости [10].

Сегодня многое поменялось: вместо одного ценностного измерения возникло поле эквивалентных ценностно-смысловых измерений. В теории спиральной динамики Клера Грэйвса описаны ценностные Мемы восьми уровней культурной холархии, представляющие систему ценностей, верований, мотивации, целей, специфических социальных группирований, организационной динамики. Эти восемь уровней организованы от простого к сложному и имеют цветовую символизацию от простого бежевого до самого продвинутого бирюзового. По оценке Бека и Коуэна, 10% населения Земли находится на «фиолетовом» уровне (анимистичное, племенное), 20% - на «красном» (эгоцентричное, силовое) и 40% - в «синем» (абсолютистское, священное). Остальные 30% населения рассредоточены по другим уровням [11]. Однако, в современной социальной динамике идея спиралевидного развития от просто к сложному отсутствует или значительно ослаблена, а культивируется идея равноправия и толерантности – нет простого и сложного, нет правильного и неправильного, нормы и патологии, нет причины и следствия и т.п. В этом вся проблема, которая в полной мере отразилась на гендерном мейнстриме, в гендерной стратификации. Но именно гендерное (полоролевое) измерение является основой личностной идентичности и источником многих проблем. Если еще в МКБ-10 имеется рубрикация F64 — «Расстройства половой идентификации», то в проекте МКБ-11 термина «расстройства» уже нет - его сменила рубрикация «гендерное несоответствие».

Такое впечатление, что в самом деле отыгрывается пьеса А.П. Папаяна «Мир перевернулся!».

**Стиль жизни как реализация организмической тенденции.** Мы исходим из идеи К. Роджерса, который будучи организмическим теоретиком [12], считал наличие организмической

---



тенденции основой смыслообразования. Смысл «встроен» в вышеуказанную тенденцию, он имманентен самой тенденции. Если такая тенденция ослаблена или извращена, смысл ослаблен (потерян). Если нет голода, то рассказать человеку смысле еды невозможно – можно лишь придать новый смысл еды, опираясь на наличие других потребностей в человеке: «за маму, за папу» - смысл любви, «чтобы съест, чтобы быть здоровым» - смысл здоровья и т.п., но организмического смысла еды при этом не формируется. Поест, в данном случае, это не стать сытым, а любящим и здоровым. У З. Фрейда есть указание на то, что дело не в расширении сознания, не в интеллектуальных инсайтах – сами по себе это средство (метод) освобождения эмоций. З. Фрейд (цит. по [13]) указывал, что важно «повысить интенсивность эмоционального и аффективного процесса». Иными словами, речь идет о воостановлении организмического потока. В этом смысле целесообразно здесь привести разработанную нами [14] топологическую модель личности (см. рис.1).

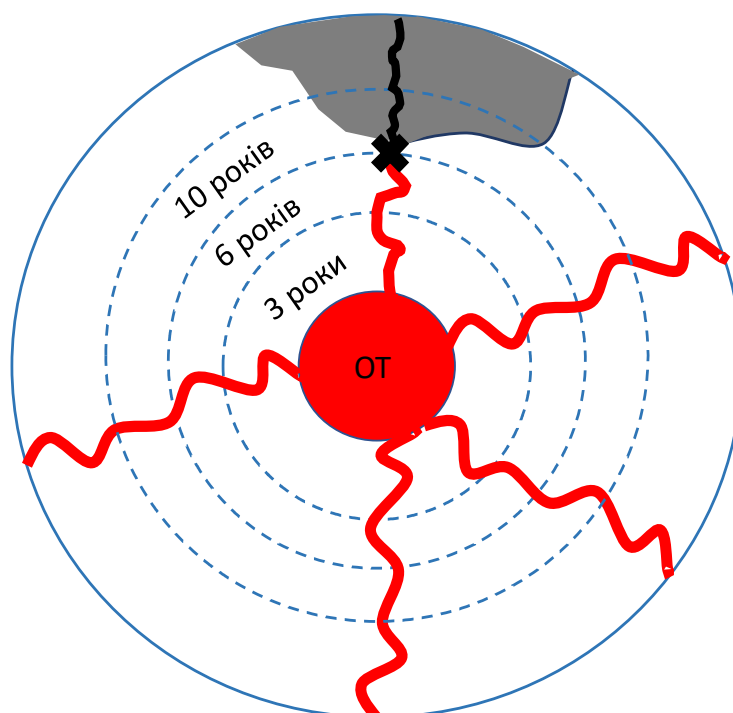


Рис. 1. Топологическая модель личности,  
ОТ – организмическая тенденция.

Человек приходит в мир с организмической тенденцией, которая несет энергию и смысл по «каналам», которые, как капилляры, могут быть перекрыты «бляшками», затрудняющие указанной тенденции «течь», она «застревает» на некотором возрастном этапе. «Затор» представляет собой систему некоторых фиксированных переживаний, структуру которой составляют первичные и вторичный «заторные» переживания. Вторичные переживания хронологически формируются позже первичной негативной реакции, и замещают ее [15, 16]. Вторичные реакции основаны на травматическом опыте, напр., агрессивное реагирование на внимание как результат того, что в детском опыте девочки внимание отца (отчима) было связано с насилием [16, с. 111]. Злость, обида, ревность и др. являются вторичными «заторными» переживаниями. Эти «заторные» эмоции имеют особые свойства [17] - они: 1) «слиплись» - нет отдельно обиды, злости, беспомощности и т.п.; они составляют целостный конгломерат; 2) резистентны к воздействию; 3) полностью не исчезают – лишь притухают, прячутся, составляя потенциальную эмоциональность, которая может актуализироваться (а не возникнуть) по самому незначительному поводу; 4) соматизированы – существуют как «вещи в теле» (А. Ермошин), как «комоч в горле», «шары на висках», «мешок на

плечах», «проваленные ноги» и т.п.; 5) не текучи – не могут двигаться, меняться: обиду саму по себе можно либо «высушить» посредством рационализации, либо разрядить посредством катарсических техник, либо сместить энергию обиды на другие зоны психического функционирования, принципиально убрать ее трудно; единственная форма движения «заторных» эмоций – порочный круг: обида → гнев → беспомощность → обида.

**Структура «заторных» переживаний.** Эмоциональный «затор» может быть описан двумя структурами: 1) топологическая структура эмоционального «затора»; 2) функциональная структура первичного «заторного» переживания.

*Топологическая структура эмоционального «затора»* представлена на рис.2.



Рис. 2. Топологическая структура «заторного» переживания

Обида, злость, плач, беспомощность, ревность, зависть и т.п. являются вторичными переживаниями, которые возникают на теле первичного «заторного» переживания. Сами по себе они вторичные переживания неспецифичны и наслаиваются на первичные. Часто такие переживания представляют собой защитные образования: если первичным «заторным» образованием является переживание второсортности, собственной недостаточности и т.п., то убежание в агрессию есть способ выхода из этого тягостного переживания, при этом фокус внимания человека смещается от себя к другому (партнеру). Злость дает чувство силы. Переживать злость и обиду значительно легче, чем второсортность. Человек склонен уходить от боли, замещая первичные «заторные» переживания вторичными. Для реального изменения следует «нырнуть» в боль (не в травматические ситуации, а в травматические переживания), или, как говорил К. Роджерс довести эти переживания «до предела» [18], после чего запускается, описанный тем же автором [18] «механизм уравнивания эмоций». Нырнуть в глубину переживания достаточно сложно, человека все время выталкивает во вторичные переживания.

Работа с вторичными переживаниями является неэффективной. Подобные идеи высказал А. Ермошин, который привел в таблице 1 [19] соотношение причин эмоций и их следствий:

Таблица 1.

Соотношение причин эмоций и их следствий

Причина	Следствие
Испуг	Страх
Проблема	Беспокойство
иллюзии → разочарование	обида, гнев, жажда мести
предательство, боль в спине	потеря доверия, подозрительность
Оскорбления	обвинения себя, других
утрата, потеря	горе, печаль
Неопределенность	Тревога

Автор замечает, что «часто работают с переживаниями из списка справа, но это малоперспективно, если не отработаны факторы из списка слева. То, что справа – это лишь реакции на поражения. Пока причины не отработаны, следствия не уйдут» [19].

С нашей точки зрения, во-первых, более продуктивным является идея «слоистой» организации системы переживаний, а, во-вторых, нет прямого соотношения причин и приведенных следствий – каждая из причин может рождать множество следствий.

*Функциональная структура первичного переживания.* В рамках эмоционально-фокусированной терапии (Л. Гринберг, Р. Эллиотт и др.) было введено продуктивное понятие «эмоциональной схемы», согласно которому травматическое первичное переживание представляет собой некую схему, или сетку за пределы которой человеку трудно выйти в своем поведении (широко понимаемом). Схема включает в себя [20]: 1) собственно первичное травматическое переживание (напр., переживания второсортности, порочности, ненужности); 2) телесные сенсации (манifestации) (напр., сжатые и подтянутые плечи, сжатый живот, безжизненные кисти, детские ноги, которые «не идут»); 3) система травматических воспоминаний, которая поддерживает собственно переживание; 4) система субъективных интерпретаций или мифологий (напр., «все мужчины эгоисты, думают только о себе и на них нельзя опереться»), которая объясняет собственное поведение; 5) система мотивации (напр., «в жизни нужно рассчитывать только на себя»).

Эмоциональная схема создает «травматический» контур функционирования, из которого сложно «выбраться» самостоятельно. В психотерапии речь идет о смене контура. Как правило, «травматические» контуры перекрыты защитными образованиями. Эти схемы представляют собой, словами А. Янова, «резервуар первичной боли».

**Стиль жизни личности.** Нарциссически оправданная иллюзия состоит в том, что стиль жизни личность выбирает самостоятельно: «человек создан для счастья как птица для полета». Но есть феномен навязчивого повторения травматического опыта, описанный З. Фрейдом, приводящий к тому, что человек настойчиво «лезет» в травматический опыт. Компонент мотивации эмоциональной схемы определяет поведение человека и «выбор» жизненного стиля. Проблема изменения этого стиля состоит в недостаточности когнитивной проработки, так как в основе схемы лежит первичное «затормозенное» переживание, которое фиксируется достаточно рано, а для жизненного стиля, согласно А. Адлеру, как раз и характерно очень раннее формирование, а так же ошибочность и устойчивость. Это и определяет жизненный стиль личности как обусловленный ранними травматическими схемами. Экспериментальные подходы (Е. Джендлин, Р. Эллиотт) подчеркивают важность

«сырого» переживания, еще несимволизированного в слове, и выступают против «деконструктивизма Дарриды с его идеей первичности языка по отношению к бытию» [21, с. 128].

Фактически стили жизни теоретически корреспондируют с характерологическими стилями [22], представляющими собой устойчивые стилевые защитные образования. В таких стилевых характерологических образованиях выявляются следующие компоненты: 1) тип травмы, 2) устойчивые стилевые защитные образования, 3) особенности эмоциональности, 4) особенности интерпретации мира, 5) особенности социального поведения.

А. Адлер выделил четыре жизненных стиля: 1) полезный, 2) правящий, 3) избегающий, 4) получающий. Эти стили определяют позицию личности в социуме, причем первый из них, согласно А. Адлеру, не строится на травматических эмоциональных схемах, а отражает зрелость личности. По-видимому, имеются и другие основания классификации жизненных стилей. В таблице 2 приведены жизненные стили личности и соответствующие им компоненты травматической эмоциональной схемы.

В таблице 3 приведено *гипотетическое* корреспондирование типов стиля жизни, первичных «заторных» переживаний и типов характера (в эго-объектном подходе С. Джонсона [23]).

Как видно, стилевые характерологические переживания не тождественны первичным «заторным» переживаниям – первые отражают патогенетическую суть характерообразования, а вторые ее феноменологическую оформленность.

Таблица 2

Компоненты стиля жизни личности

№	Основная мотивация	Базовые когниции	Система воспоминаний	Стиль жизни
1.	Ориентация на работу и личные достижения.	Я могу полагаться только на себя; никому нельзя довериться.	Бросили, оставили, не помогли.	Активная деятельность.
2.	Ориентация на обеспечение счастья другого.	Я имею смысл жизни, когда забочусь о другом, живу ради него.	Помощь другим, радость и переживание собственной ценности от этой помощи.	Активное служение.
3.	Ориентация на то, чтобы держаться другого, поиск Героя.	Я сам ничего не значу, должен идти в тени другого, служа ему.	Сам не в состоянии жить, страшно, нужно, чтобы присутствовал Другой, Герой в моей жизни.	Пассивное служение.
4.	Следует избегать привязанностей.	Хорошо быть одному, другой человек мешает.	Провожу время сам, а когда появляется другой это приносит боль.	Отгороженность (дистанцированность).
5.	Ориентация на страдание.	Счастье нужно заслужить страданием.	После периода страдания обязательно наступает радость.	Страдание.

Таблиця 3

Соответствие типов стиля жизни, первичных «заторных» переживаний и типов характера

№	Тип жизненного стиля	Базовое «первичное переживание»	Тип характера	Тип переживания специфический для характера
1.	Активная деятельность.	Ненужность, не ценность.	Нарциссический.	Бессмысленность, фальшивость и грандиозность/ никчемность «Я».
2.	Активное служение.	Ненужность, второсортность.	Оральный.	Чувство, что недодали (еды, любви, внимания, тепла).
3.	Пассивное служение.	Ненужность, второсортность.	Оральный.	Чувство, что недодали (еды, любви, внимания, тепла).
		Беспомощность, слабость «Я».	Симбиотический.	Чувство «выученной беспомощности», «сам ничего не могу».
4.	Отгороженность.	Страх жить.	Шизоидный.	Чувство небезопасности мира.
		Ненужность, переживание собственной недостаточности или, напротив, сверхценности в сексуальной сфере.	Истероидный.	Переживания собственной особенности, недостаточной эротической вовлеченности в жизнь из-за кого-то.
5.	Страдание.	Ненужность, вечно не ко времени.	Мазохистический.	Чувство, что недостает свободы, что вызываю у людей злость.

**Клиническое наблюдение.** Клиентка С., жалуется на то, что муж скучный и не любит жизнь. Он хорошо зарабатывает, очень внимательный (все покупает в дом, делает ей подарки, заботится о ней и дочери, делает всю женскую работу в доме, отпускает ее на ночной девичник в клуб и т.п.), но «плохо пахнет», «его не хочется», «я себя уговариваю быть с ним», он «не развивается», словно она переросла его, и т.п. Клиентка находится в раздумьях – быть с ним или оставить его.

Приведем несколько ключевых переживаний жизни: 1) «мне было постоянно страшно – меня надолго оставляли саму с 7-8 лет. Папа писал диссертацию, а мама зарабатывала деньги. Я все время молчала и рисовала. Боялась тронуть маму, чтобы она не кричала»; 2) «отец прятал от меня конфеты – для себя прятал. Ему, как он говорил, нужно было питание для мозгов», «меня не любят, не балуют, я не нужна»; 3) «я была некрасивая и очень похожая на мальчика, лысая. Наконец, лет в 5-6, как говорили соседи, стала похожа на девочку»; 4) «я обижена на мужа – после рождения ребенка была жалкой, никому не нужной - он со мной не спал, не делал комплиментов, игнорировал меня как женщину, как человека»; 5) «в детстве с 2-х лет я часто болела – приступы пиелонефрита, два раза в году я лежала в больнице. Пиелонефрит сочетался с воспалением мочевого пузыря». Стало быть,

область гениталий воспринималась клиенткой как «грязная, больная, порочная». Когда выходила замуж рассказывала мужу о своих болячках, чувствовала себя недостойной.

С мужчинами в своей жизни она могла установить лишь очень недолгие удовлетворяющие психологические и сексуальные взаимоотношения, проявляя синдром «эмоционального холода» в межличностных контактах. Обвиняла в этом мужчин – они ненадежны, жадны, невнимательны, и, вообще, «я им не нужна».

Ее стиль жизни выстраивается по типу «отгороженности/дистанцирования». Сексуальность из реальной жизни перемещается в очень активную сферу фантазий, где она очень сексуальна, привлекательна, и обязательно придёт мужчина, который оценит ее по достоинству (сценарий «Спящая красавица»). Характерологически она функционирует как истерическая структура, где не решена проблема ассимиляции сексуальности – мягкий, слабый отец и властная, доминирующая мать, которая «отгоняет» девочку от отца. Отсюда сформировавшийся комплекс «пирата», состоящий в том, что мужчина должен быть настолько сильным, что «оторвет» ее от матери.

Возникает вопрос: в какой мере жизненный стиль клиентки С. базируется на эмоциональной схеме, а в какой на характерологическом стиле? Концепт «характерологический стиль» является слишком большим обобщением, как бы характеризует типаж, а эмоциональная схема всегда индивидуализирована, и описывает конкретного человека.

#### **Выводы:**

1) неконструктивные и патогенные жизненные стили составляют большую часть. По А. Адлеру, нормальным, зрелым и конструктивным стилем из описанных им четырех является только один – «полезный», основой которого является наличие социального интереса. Но сам по себе социальный интерес может проявлением не зрелости, а инфантильности: межличностной зависимости («цеплянием» за другого), страха психологической интимности, «токсической любви», или, говоря более обобщенно, синдрома «эмоционального холода»:

2) в основе жизненного стиля лежит инфантильная эмоциональная схема, включающая 5 компонентов: собственно переживание, система ранних воспоминаний, телесные манифестации, интерпретации своей позиции и жизни, мотивации. Изменение жизненного стиля представляет собой переход от одной эмоциональной схемы к другой;

3) эмоциональные схемы корреспондируют с характерологическими стилями, но определение тонкостей и деталей этой связи нуждается в дополнительных исследованиях;

4) фиксированное стилевое защитное образование (тип переживания специфичный для типа характера) и переживание первичного «затора» не являются тождественными: они находятся, как минимум, в отношениях онтологической «объективности» и феноменологической перспективы.

Перспектива дальнейшей работы состоит в уточнении взаимоотношений между, с одной стороны, концептами «характерологический стиль» и «эмоциональная схема», а, с другой, - «характерологически релевантная эмоция» и первичное «заторное» переживание.

#### **Список литературы**

1. Szasz Th. The Myth of mental illness. N.Y.: New York University, 1971
2. Руднев В.П. Миф психотерапии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2006, Т.3, №1. – С. 97-102.
3. "Жизнь без вещей": Часть 2. Как отказаться от лишнего? Режим доступа: <http://nikkori.livejournal.com/118754.html>.
4. Как нас теперь называть. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.change-ager.com>.
5. CESNUR — Center for Studies on New Religions: Le religioni in Italia — L'Ontopsicologia; Massimo Introvigne, PierLuigi Zoccatelli (sotto la direzione di) Le religioni in



- Italia, Elledici — Velar, Leumann (Torino) — Gorle (Bergamo), 2006, pp. 1.152 цит. По: Онтопсихология. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://ru.wikipedia.or>.
6. Kunzmann, U., & Baltes, P. B. (2005). The Psychology of Wisdom: Theoretical and Empirical Challenges. In R. J. Sternberg & J. Jordan (Eds.), *A handbook of wisdom: Psychological perspectives* (pp. 110-135).
  7. Sternberg: A Wayward Path to Wisdom. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.psychologytoday.com/articles/199805/sternberg-wayward-path-wisdom>.
  8. Селигман М. Путь к процветанию. Новое понимание счастья и благополучия. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2011.
  9. Радость. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://azbyka.ru/radost>.
  10. Кочарян И.А. Система радости: эссенциальная саморегуляция психики и ее психологическая коррекция. – Харьков: Изд-во Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина, 2016. 288 с.
  11. Эволюция ценностей: Теория Грэйвса и Спиральная динамика. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://nlping.ru/432CBFC3-F44FD-314CDA54>.
  12. Холл К. С., Линдсей Г. Теории личности. – М.: Психотерапия. – 2008. – 656 с.
  13. Ницшке Б. Значение сексуальности в трудах Зигмунда Фрейда / Б. Ницшке // Энциклопедия глубинной психологии. З. Фрейд. Жизнь, работа, наследие / З. Фрейд. – М.: Издательство: Interna, Менеджмент, 1998. – Т. 1. – С. 365–406.
  14. Кочарян А.С. Переживание как мишень психотерапии // Психотерапия как невербальная практика. – Харьков: Изд-во Харькоувского университета, 2014. – С. 17-29.
  15. Robert E., Greenber L. Emotion-focused therapy // *The Person-Centred Counselling and Psychotherapy Handbook: Origins, Developments and Current Applications*: L.: UK Higher Education Humanities & Social Sciences Counselling, 2016. – P. 213-222.
  16. Elliott R. Emotion-focused therapy // *The Tribes of the Person-centred Nation: A Guide to the Schools of Therapy Associated with the Person-centred Approach*. PCCS Book, 2004. – P. 103 – 130.
  17. Kocharian O.S., Barinova N.V. The “process” in experientially model of client-centered therapy // *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*. – 2017. – P. 46-52.
  18. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Общ. ред. и предисл. Исениной Е.И. Пер. с англ. – М.: Издательская группа «Прогресс», Универс», 1994. – 480 с.
  19. Электронный ресурс. ФБ. Андрей Ермошин. 1 февраля 7:32.
  20. Goldman Rh., Watson J. Emotion-Focused Therapy // *Person-centred and experiential therapies*. Ed. by P. Wilkins. – London: Sage, 2016. p. 77-88.
  21. Карягина Т.Д. Экспириентальные подходы в современной психотерапии // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2015, №1. - с. 126 – 150.
  22. Шапиро Д. «Невротические стили» / Пер. с англ. К.В. Айгон — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, Серия Современная психология: теория и практика, 2000 г.
  23. Джонсон С. Психотерапия характера. Практическое руководство. М.: Центр психологической культуры, 2001. – 169 с.

УДК 159.923.2:616.89-008.441.3

**СИСТЕМА ВІДНОСИН НАРКОЗАЛЕЖНОЇ ОСОБИСТОСТІ****Кочарян О.С., Савіна М.В., Антонович М.О.**

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

В роботі розглянуті основні психологічні напрямки вивчення системи відносин наркозалежної особистості.

Аналіз проблеми системи відносин осіб з наркотичною залежністю дав можливість розглядати відносини наркозалежних як триаду суб'єкт - суб'єктного ставлення до наркотику, суб'єкт - об'єктного ставлення до інших людей та суб'єкт -об'єктного ставлення до себе. Таким чином, наркотик «олюднюється», наділяється атрибутами психічного життя людини. Емоційна прив'язаність до наркотику «персоналізується», а втрата його переживається як втрата якоїсь частини себе. Поведінка по відношенню до наркотику проявляється в його наполегливому пошуку. В той час як, інша людина розглядається ними з точки зору корисності, прийнятності, потрібності, важливості, значущості для них.

Результатом проведеного аналізу різних точок зору про особливості системи відносин у наркозалежних стала побудова моделі вивчення відносини осіб з наркотичною залежністю в триаді: суб'єкт – суб'єктного ставлення до наркотику, суб'єкт – об'єктного відношення до інших людей, суб'єкт – об'єктного відношення до себе. Наркозалежні, одушевляють та персоналізують наркотик, відносяться до нього як до людини. При цьому їхнє ставлення до інших людей та до себе упредметнюється, а оточуючі сприймаються як предмети для маніпуляції.

Отримані дані свідчать про сформованість суб'єкт-суб'єктних емоційних стереотипів до близьких жінок: матері та дружини/дівчини, які базуються на знеціненні соціального статусу матері, що має подовження в звеличенні негативних якостей партнера.

**Ключові слова:** наркозалежність, система ставлень, самосвідомість.

The paper discusses the basic psychological directions of the system of attitudes of drug addiction's study.

The analysis of the problem of the system of attitudes of drug addiction persons made it possible to consider the relationship of drug addicts as a triad of subject-subject attitude to the drug, subject-object attitude to other people and subject-object attitude to himself. Thus, the drug "humanizes", endowed with attributes of a person's mental life. Emotional attachment to the drug is "personalized," and its loss is experienced as the loss of some part of itself. Behavior in relation to the drug is manifested in his persistent search. While, another person is treated by drug addicts in terms of utility, acceptability, need, importance, importance for them.

The result of the analysis of different points of view about the peculiarities of the system of attitudes among drug addicts was the construction of a model for studying the relationship of persons with drug addiction in the triad: the subject is a subjective attitude to the drug, the subject is the object relation to other people, and the subject is an objective relation to himself. Drug addicts, animate and personalize the drug, refer to it as a person. At the same time, their relation to other people and to themselves is reified, and others are perceived as objects for manipulation.



The findings suggest that formation of subject-subject emotional stereotypes towards close women: mother and wife/girl who are based on the depreciation mother's social status and further in exaggerating the negative qualities of a partner.

**Key words:** drug addiction, system of attitudes, consciousness.

В работе рассмотрены основные психологические направления изучения системы отношений наркозависимой личности.

Анализ проблемы системы отношений у лиц с наркотической зависимостью дал возможность рассматривать отношения наркозависимых как триаду субъект - субъектного отношения к наркотику, субъект -объектного отношение к другим людям и субъект - объектного отношение к себе. Таким образом, наркотик «очеловечивается», наделяется атрибутами психической жизни человека. Эмоциональная привязанность к наркотику «персонализируется», а потеря его переживается как потеря какой-то части себя. Поведение по отношению к наркотику проявляется в его настойчивом поиске. В то время как, другой человек рассматривается наркозависимыми с точки зрения полезности, приемлемости, нужности, важности, значимости для них.

Результатом проведенного анализа различных точек зрения об особенностях системы отношений у наркозависимых стало построение модели изучения отношения лиц с наркотической зависимостью в триаде: субъект - субъектного отношения к наркотику, субъект - объектного отношения к другим людям, субъект - объектного отношения к себе. Наркозависимые, одушевляют и персонализируют наркотик, относятся к нему как к человеку. При этом их отношение к другим людям и к себе овеществляется, а окружающие воспринимаются как предметы для манипуляции.

Полученные данные свидетельствуют об сформированности субъект-субъектных эмоциональных стереотипов к близким женщинам: матери и жене/девушке, которые базируются на обесценивании социального статуса матери и в дальнейшем в возвеличивании негативных качеств партнера.

**Ключевые слова:** наркозависимость, система отношений, самосознание.

Система відносин - це сфера психічного, що охоплює поодинокі утворення чуттєво сприйманого, які займають в ній певне місце, мають свій напрямок і свою величину. Міцність і визначеність структур, що поодинокі сприймаються ґрунтуються на міцності та визначеності панівних при даних обставинах системах відносин. Кожна така система має свою індивідуальну структуру, яка може бути більш-менш щільною і стійкою, але, незважаючи на це, вона в кінцевому рахунку предметно обумовлена. Таким чином, вона залежить від характеру структур, що входять в систему та вимагають від неї одиничних образів та поодинокі сприйняття, знаходяться у взаємодії одна з одною.

В. Н. Мясищев представляє «психологічне ставлення людини, як цілісну систему індивідуальних, виборчих, свідомих зв'язків особистості з різними сторонами об'єктивної дійсності», основними з яких є: явища природи і світ речей; люди і суспільні явища; сам суб'єкт – особистість [1].

Таким чином, поняття ставлення включає два об'єкти зв'язку - суб'єкт і об'єкт ставлень. Ідея суб'єкт - об'єктного зв'язку є ключовою в теорії ставлень В. М. Мясищева.

Б. Ф. Ломов вводить поняття суб'єкт-суб'єктних відносин при дослідженні категорії спілкування. У структурі такого ставлення суб'єкт сприймає іншу людину як рівну собі самоцінну і цілісну особистість [1, 2].

Розвиваючи ідеї суб'єкт -об'єктного і суб'єкт-суб'єктного зв'язку людини з навколишньою дійсністю, Н. І. Сарджвеладзе звертає увагу на різні підходи самого суб'єкта до речей, людей та до самого себе. Людина може ставитися до іншої людини і до себе як до речі, і навпаки, до речі як до людини.

Дані процеси мають місце бути в осіб з наркотичною залежністю. Найбільш чітко це простежується в теоріях об'єктних відносин, в яких центральне місце відводиться потребам суб'єкта бути так чи інакше пов'язаними з об'єктом [2].

У психології особливості відносин осіб з наркотичною залежністю до оточуючих найбільш повно викладені в роботах Ц. П. Короленка, О. В. Змановської, К. С. Лисецького [3]. Ц. П. Короленко вважає, що в осіб з наркотичною залежністю наркотик замінює відносини з людьми. За допомогою «живого» наркотику відбувається задоволення емоційних потреб наркозалежних. Люди, що оточують їх, сприймаються як об'єкти, якими можна маніпулювати, щоб задовольнити свою потребу в наркотику. Ставлення до себе характеризується механістичністю [4, 5]. О. В. Змановська зазначає наявність високої агресивності і підозрливості у осіб з наркотичною залежністю по відношенню до інших людей. Наркозалежні відчувають дефіцит позитивних відносин до значущими інших і до себе. Автор акцентує увагу на зв'язку між рівнем самооцінки і ступенем задоволеності відносинами з матір'ю [3]. К. С. Лисецький характеризує залежну поведінку як форму «суб'єкт - об'єктних відносин, в яких суб'єктом виступає предмет залежності» [6, 7].

Д. Мак Дугалл вказує на те, що наркотики для осіб з наркотичною залежністю виконують функцію матері [8].

П. Куттер відзначає, що люди, схильні до наркотичної залежності, не здатні будувати з іншими людьми близькі, надійні, довірчі, наповнені почуттями відносини [9].

Аналіз наявних теоретичних розробок проблеми відносин осіб з наркотичною залежністю дав можливість розглядати відносини наркозалежних як тріаду суб'єкт - суб'єктного ставлення до наркотику, суб'єкт -об'єктного ставлення до інших людей, суб'єкт -об'єктного ставлення до себе. Суб'єкт - суб'єктне ставлення до наркотику. Наркотик «олюднюється», наділяється атрибутами психічного життя людини. Емоційна прив'язаність до наркотику «персоналізується», а втрата його переживається як втрата якоїсь частини себе. Поведінка по відношенню до наркотику проявляється в його наполегливому пошуку [8, 10].

Суб'єкт – об'єктне відношення до інших людей. Наркозалежні ставляться до людей як до речей (об'єктів). Інша людина розглядається ними з точки зору корисності, прийнятності, потрібності, важливості, значущості для них. Симпатія випробовується тільки до тих людей, які безпосередньо задовольняють їхні потреби. Людина, що вживає наркотик, готова впливати на іншу людину, маніпулювати її свідомістю і поведінкою, нав'язувати їй свої думки, контролювати її [11, 12].

Суб'єкт – об'єктне відношення до себе. Предметом об'єктивізації виступає власне «Я». Наркозалежний здійснює інструментальний підхід до самого себе. Глибинним джерелом цього типу самооставлення є неприйняття самого себе. У наркозалежних відзначається дисонанс між завищеною самооцінкою з одного боку і почуттям

---

неповноцінності з іншого. Їх поведінка носить компенсаторно - захисний характер [11, 12].

Дані обставини істотно актуалізують та підтверджують необхідність вивчення системи відносин у наркозалежних.

### **Матеріали і методи**

Дослідницьку вибірку склали 55 хворих чоловічої статі з наркотичною залежністю (опіумна наркоманія) віком 18-26 років, та 35 здорових осіб чоловічої статі, віком 18-27 років без ознак соматичної патології та наркотичної залежності.

Вивчення системи відносин в нашому дослідженні проводилося за допомогою наступних методик: метод вільного опису (МВО) та семантичного диференціалу Ч. Осгуда. Статистичний аналіз проводився за допомогою U-критерія Манна-Уїтні.

### **Результати дослідження**

За твердження В. Н. Мясичева, що є одним із засновників концепції ставлень особистості, система ставлень визначається як свідомий, виборчий, заснований на досвіді психологічний зв'язок з різноманітними сторонами об'єктивної реальності, що проявляється в діях, реакція, переживаннях. Ставлення особистості формують систему, яка включає в себе ставлення до предметів, явищ зовнішнього світу (суб'єкт-об'єктні ставлення), ставлення до інших людей (суб'єкт-суб'єктні, міжособистісні ставлення) та ставлення до себе (самоставлення)) [1].

Будучи неживим предметом, наркотик виявляється носієм характеристик значущих фігур в житті людини. Наркотик одночасно виконує багато суперечливих функцій: покращує настрій, заспокоює та приносить страждання. Але не зважаючи на це, приносячи страждання, він дає ілюзію наповненості життя наркозалежного сенсом.

Основна сутність особистості визначається її відношенням до навколишнього світу, інших людей та до себе. Відносини - рушійна сила особистості, вони визначають цілі, завдання, та загальний сенс життя людини.

Згідно методики вільного опису ми визначаємо суб'єкт-суб'єктні ставлення наркозалежних до матері, жінки/дівчини та ідеальної жінки.

Результати дослідження психологічних чинників системи ставлень в обстежуваних групах представлені в таблиці 1.

Оцінюючи показники ставлень до матері за середнім рангом, ми помітили, що у наркозалежних в порівнянні з контрольною групою спостерігається зниження критичного ставлення по відношенню до соціального статусу матері. Мати - є, насамперед, жінкою, що дала життя, а її соціальне становище не відіграє значущої ролі в системі ставлень наркозалежних.

Графічно порівняльна характеристика асимптотично значимих величин представлена на рис. 1.

Достовірно значущими показниками індивідуального ставлення до дружини/дівчини виявилися негативні та позитивні якості. Аналізуючи результати середнього рангу, ми помітили, що у відношенні до дружини/дівчини у наркозалежних та контрольної групи, існує зворотно пропорційний зв'язок: для наркозалежних більш значущу роль відіграють негативні якості, в той час як для контрольної групи – позитивні.

Таким чином, для системи ставлень наркозалежних характерна нетипова сформованість суб'єкт-суб'єктних емоційних стереотипів до близьких жінок: матері,

дружини/дівчини, які базуються на знеціненні соціального статусу матері, що має подовження в звеличенні негативних якостей партнера по відношенню до позитивних якостей.

Таблиця 1

Індивідуальні ставлення щодо установлених цілей – особистостей у наркозалежних та здорових (МВО)

Показник	Наркозалежні			Контрольна група			Асимптотична значимість		
	Середній ранг			Середній ранг					
	мати	дружина/ дівчина	«ідеальна» жінка	мати	дружина/ дівчина	«ідеальна» жінка	мати	дружина/ дівчина	«ідеальна» жінка
Кількість якостей	24,74	25,76	25,22	26,26	25,24	25,78	0,703	0,897	0,888
Позитив-ні якості	23,2	20,4	25,06	27,8	30,6	25,94	0,246	0,012*	0,826
Негатив-ні якості	27,24	31,36	24,98	23,76	19,64	26,02	0,290,	0,002*	0,54
Психоло-гічні якості	24,12	23,3	23,38	26,88	27,7	27,62	0,475	0,239	0,247
Соціальні якості	21,52	23,4	21,74	29,48	27,6	29,26	0,046*	0,291	0,59
Зовнішні якості	25,96	25,04	27,86	25,04	25,96	23,14	0,793	0,805	0,204
Вид констру-ювання	24,5	25,5	26	26,5	25,5	25	0,153	1	0,317

Примітки: \*-  $p < 0.05$ ;

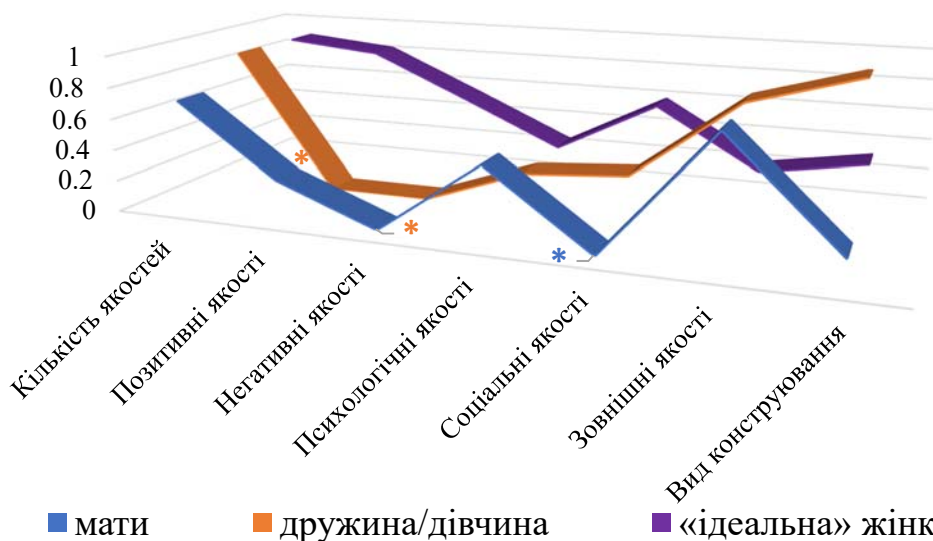


Рис. 1. Асимптотична значимість індивідуальних ставлень щодо установлених цілей (\*-  $p < 0.05$ )

Графічно порівняльна характеристика індивідуальних ставлень наркозалежних та здорових до матері та дружини/дівчини представлена на рис. 2. та 3.

Можна зробити припущення, що у наркозалежних відбувається знецінення соціально прийнятних устоїв за рахунок підсвідомого усвідомлення стигматизованого ставлення суспільства до маргінальності їхньої поведінки.

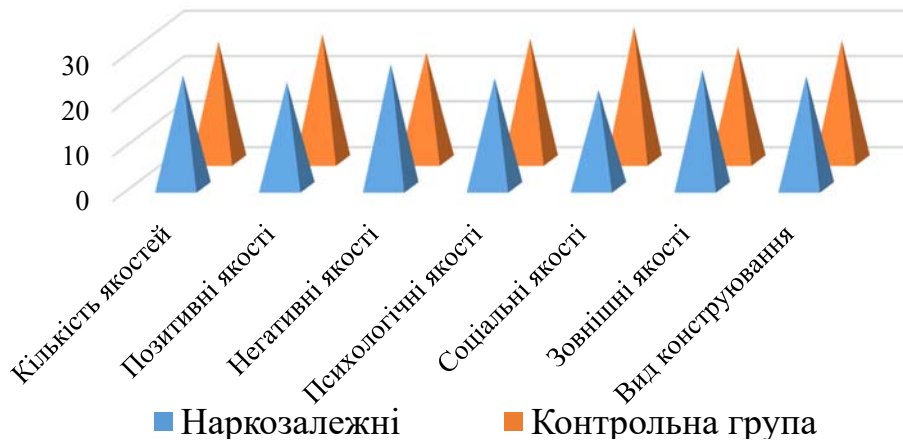


Рис. 2. Індивідуальні ставлення (середній ранг) до матері у контингенті досліджуваних

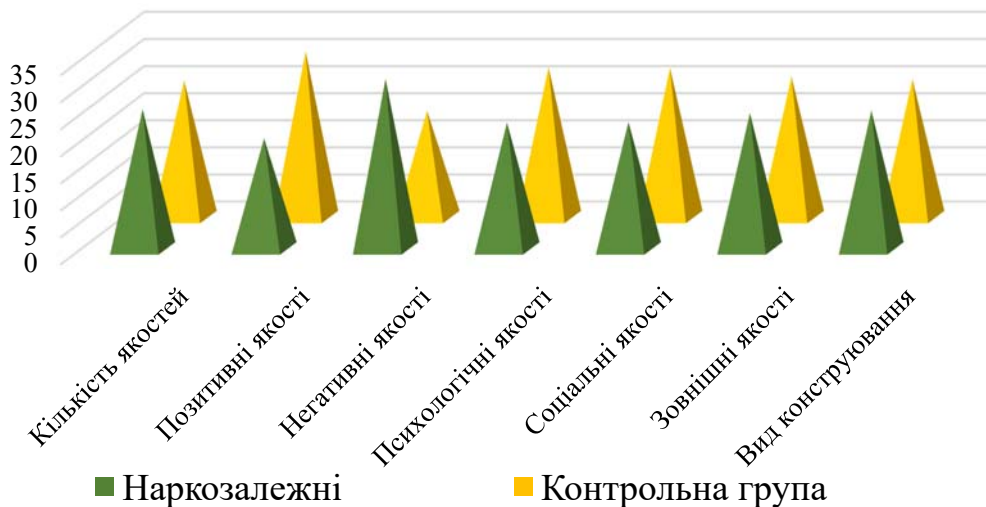


Рис. 3. Індивідуальні ставлення (середній ранг) до дружини/дівчини у контингенті досліджуваних

Систему установок наркозалежного по відношенню до матері, дружини/дівчини та ідеальної жінки ми виявляли також в оціночних судженнях, які класифікуються свідомістю за схемою логічних дихотомій. Взаємодія наркозалежних з вагомими суб'єктами оцінювалась за трьома шкалами: оцінка (О), сила (С), активність (А).

Результати дослідження суб'єктивних ставлень досліджуваних особистостей до інших людей, а в нашому випадку саме до матері, дружини/дівчини та «ідеальної» жінки згідно методики семантичного диференціалу Ч. Осгуда в обстежуваних групах представлено в таблиці 2

Таблиця 2

Суб'єктивні ставлення щодо установлених цілей – особистостей у наркозалежних та здорових (Ч. Осгуд)

Показник	Наркозалежні			Контрольна група			Асимптотична значимість		
	Середній ранг			Середній ранг					
	мати	Дружина/дівчина	«ідеальна» жінка	мати	дружина/дівчина	«ідеальна» жінка	мати	дружина/дівчина	«ідеальна» жінка
Оцінка	21,94	17,66	25,92	29,06	33,34	25,08	0,082	0*	0,835
Сила	22,06	18,32	24,56	28,94	32,68	26,44	0,093	0*	0,644
Активність	22,32	18,62	25,86	28,68	32,38	25,14	0,121	0,001*	0,859

Примітки: \*-  $p < 0.05$ ;

Аналіз отриманих даних виявив статистичну значущість позитивних значень показників суб'єктивних ставлень (Оцінки, Сили, Активності) тільки по відношенню до дружини/дівчини і у наркозалежних, і в контрольній групі. Але в наркозалежних дані показники значно нижчі.

Оцінка в нашому дослідженні свідчить про рівень привабливості, симпатії, якими наділена дружина/дівчина, Сила виявляє сприйняття відносин домінування-підкорення, так як вони сприймаються суб'єктом, а Активність відображає бачення особистісних якостей дружини/дівчини, в уяві як наркозалежних, так і в групі без хімічної адикції

Графічно порівняльна характеристика суб'єктивних ставлень (середній ранг) щодо дружини/дівчини – особистостей у наркозалежних та здорових представлена на рис. 4.



Рис. 4. Суб'єктивні ставлення (середній ранг) до дружини/дівчини у досліджуваному контингенті

На нашу думку, дана тенденція показників по відношенню до дружини/дівчини і в групі наркозалежних, і в контрольній групі може бути пов'язана з однаковою віковою категорією досліджуваних респондентів, згідно якої дружина/дівчина виступає як основний емоційний, психологічний та фізичний партнер, що не змінюватись кардинально залежно від



наявності чи відсутності аддикції. Більш низький рівень показників у наркозалежних свідчить про загальне зниження рівня притензійності, в тому числі і системи ставлень.

### Висновки

Система відносин у наркозалежних базується на персоналізації наркотику, при цьому ставлення до інших людей і до себе упредметнюється, а оточуючі сприймаються як предмети для маніпуляції.

Система відносин наркозалежних має особливу сформованість емоційних стереотипів до близьких жінок: матері та дружини/дівчини, які базуються на знеціненні соціального статусу матері та звеличенні негативних якостей партнера (дружини/дівчини) по відношенню до позитивних якостей, що дозволяє зробити припущення про знецінення соціально прийнятних устоїв за рахунок підсвідомого усвідомлення стигматизованого ставлення суспільства до маргінальності їхньої поведінки.

### Список літератури

1. Мясищев В. Н. Психология отношений: избранные психологические труды. М., 2003. 400 с.
2. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1999. 350 с.
3. Змановская Е. В. Клинико-экспериментальное исследование объектных отношений пограничных пациентов // Вестник психоанализа. 2006. № 1-2. С. 91- 98.
4. Бодалев А. А. О психологическом понимании «Я» человека // Мир психологии - 2002 - №2 - С. 12-17.
5. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб., 2001. - 367 с.
6. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Самара: Самарский университет, 2000.
7. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. Л.: Медицина, 1990. - 206 с.
8. Кузнецова Л. Э., Хошаби К. Э. Система отношений личности как основа формирования психологической готовности к рождению ребенка // Молодой ученый. — 2015. — №9. — С. 1257-1259.
9. Гроф К., Гроф С. Неистовый поиск себя: Руководство по личностному росту через кризис трансформации: [Пер. с англ.]. - М.: Изд-во
10. Иващенко А. В. О дефинициях «Я», «Я-концепция» //Методологические и теоретические аспекты формирования и развития личности. - М.: Институт молодежи. - С. 48-52. // Мир психологии. - 2002. - № 2 (30). -с. 30
11. Горбатов С. В., Шелонина Т. В. Техника тематической апперцепции Э. Шнейдмана в изучении лиц с деструктивным поведением // Вестник СПбГУ, серия 12. 2011. Выпуск 2, С. 94-100.
12. Шелонина Т. В. Особенности системы отношений лиц с наркотической зависимостью / Татьяна Валериевна Шелонина. // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2012. – С. 10.

УДК: 616.89-008.442:[316.367.2+176.8]

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ  
МАСТУРБАЦИЕЙ, СОЧЕТАЕМОЙ С ПОРНОГРАФИЕЙ****Кочарян Г.С.**

Приводятся две классификации мастурбации: классификация Г. С. Васильченко (1977), в которой выделяются различные ее типы, а также предложенная нами классификация патогенных влияний мастурбации на общее и сексуальное здоровье человека. Делается вывод, что совместное использование двух этих классификаций позволяет всесторонне оценить возможности ее влияния, в том числе и патогенного, на организм человека. Главными негативными последствиями мастурбации, которые имеют место в настоящее время, следует считать формирование патологических сексуальных стереотипов, чему в значительной степени способствует использование порнографии. Приводятся клинические примеры, демонстрирующие такую возможность.

**Ключевые слова:** мастурбация, порнография, патологические сексуальные стереотипы, формирование.

Наводяться дві класифікації мастурбації: класифікація Г. С. Васильченко (1977), в якій виділяються різні її типи, а також запропонована нами класифікація патогенних впливів мастурбації на загальне та сексуальне здоров'я людини. Робиться висновок, що спільне використання двох цих класифікацій дозволяє всебічно оцінити можливості її впливу, в тому числі і патогенного, на організм людини. Головними негативними наслідками мастурбації, які мають місце в даний час, слід вважати формування патологічних сексуальних стереотипів, чому в значній мірі сприяє використання порнографії. Наводяться клінічні приклади, що демонструють таку можливість.

**Ключові слова:** мастурбація, порнографія, патологічні сексуальні стереотипи, формування.

Two classifications of masturbation are submitted: G. S Vasilchenko classification (1977), in which its various types are distinguished, as well as our classification of pathogenic effects of masturbation on general and sexual health of people. It is concluded that the joint use of these two classifications makes it possible comprehensively assess the possibilities of its influence, including pathogenic, on the human organism. The main negative consequences of masturbation that take place at the present time – the formation of pathological sexual stereotypes. This formation is greatly facilitated by using pornography. Clinical examples are given that demonstrate such possibility.

Key words: masturbation, pornography, pathological sexual stereotypes, formation.

В настоящее время широкое распространение получило мнение о том, что единственным негативным последствием неинструментальной мастурбации является чувство вины. Такая установка оказала положительное влияние, так как ранее наиболее частым отрицательным последствием мастурбации было представление о ее вреде. Однако



дело обстоит далеко не столь однозначно. В свое время Г. С. Васильченко [5] разработал классификацию мастурбации и выделил следующие ее «клинические» типы: фрустрационная «псевдомастурбация», мастурбация периода юношеской гиперсексуальности, аместительная (викарная) мастурбация, персевераторно-обсессивная мастурбация, подражательная мастурбация. Также автор выделял особые случаи мастурбации, не поддающиеся классификации. При анализе встречаемости названных типов мастурбации среди больных с сексуальными дисфункциями оказалось, что наиболее часто имела место мастурбация периода юношеской гиперсексуальности (72,9%). Вместе с другими типами мастурбации, которые или не играют патогенной роли в генезе сексуальных расстройств (подражательная мастурбация – 1,4%) или, более того, также как и мастурбация периода юношеской гиперсексуальности, могут позитивно влиять на организм представителей мужского пола (викарная мастурбация – 5,8%, фрустрационная псевдомастурбация – 6,1%), это составляет 86,2%. Негативное влияние персевераторно-обсессивной мастурбации (2,1%), которая может иметь место у больных шизофренией и реже у пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством личности, на организм человека является бесспорным, так как она, являясь проявлением психической патологии, осуществляется в ритме, значительно превышающем конституциональный оптимум. В нашем клиническом архиве есть история болезни пациента с вялотекущей шизофренией, обратившегося в связи с сексуальным расстройством, который мастурбировал в среднем по 10 раз в день 4-5 раз в неделю, а иногда более чем 30 раз в сутки (подчас до 50). Спорной является возможность негативного влияния ранней допубертатной мастурбации (10,6%) на соматическое здоровье. На основании суммирования частоты безусловно непатогенных типов мастурбации (86,2%), можно сделать вывод, что в подавляющем большинстве случаев она не оказывает патогенного влияния на соматическое здоровье.

Позднее нами была разработана классификация патогенных влияний мастурбации на общее и сексуальное здоровье человека [2–4], которая позволяет идентифицировать эти влияния, а также обозначить конкретные варианты их негативных проявлений:

#### **I. КОГНИТИВНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ**

**A.** Представление о вреде мастурбации. Может вести к возникновению следующих неблагоприятных последствий:

1. Мнимых сексуальных расстройств и психогенных сексуальных дисфункций.
2. Психогенных пограничных психических расстройств (неврастении, субдепрессивных/депрессивных, тревожно-фобических, ипохондрических расстройств).
3. Комплекса неполноценности.

**B.** Представление о мастурбации, как о чем-то «грязном», морально недопустимом, греховном (приводит к появлению чувства вины).

**II. ПОВЕДЕНЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ (БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ) ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ (НЕПРАВИЛЬНОЕ НАУЧЕНИЕ), ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ И НАРУШЕНИЯМ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

**A.** Влияние ситуативных стимулов.

**B.** Воздействие физической стимуляции, отличающейся (подчас значительно) от той, которая может быть воссоздана при проведении полового акта, и впечатлений,

обусловленных влиянием внешних психических факторов, сопровождающих мастурбацию.

В. Действие интрапсихических стимулов (фантазий), значительно отличающихся от тех психических стимулов, которые могут быть воссозданы при половых актах.

Г. Исключение возможности возникновения при мастурбации эякуляции.

III. ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ МАСТУРБАЦИЕЙ, ЗНАЧИТЕЛЬНО ПРЕВОСХОДЯЩЕЙ ПО СВОЕЙ ЧАСТОТЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ОПТИМУМ

IV. ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФИЗИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

V. ПАТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МАСТУРБАЦИИ НА СЕКСУАЛЬНУЮ И ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ КОММУНИКАЦИЮ СУПРУГОВ / СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ

Анализ показывает, что в этом подходе различные непатогенные по классификации Г. С. Васильченко типы мастурбации (например, периода юношеской гиперсексуальности) в ряде случаев могут оказывать негативное влияние на психику человека (в настоящее время в основном по поведенческим механизмам: формирование патологических сексуальных стереотипов и нарушение психосексуального развития). Из этого следует сделать вывод, что совместное использование двух представленных выше классификаций позволяет всесторонне оценить возможности ее влияния, в том числе и патогенного, на организм человека [1].

Следует отметить, что в последнее время патогенное влияние бихевиоральных воздействий значительно возросло, что связано с широким использованием порнографии, представленной в интернете. Подчас речь идет о формировании стойкой порноаддикции. Приведем ряд примеров из нашей клинической практики, которые демонстрируют возможность формирования патологических сексуальных стереотипов, обусловленных сочетанием мастурбации с интернет-порнографией.

К нам за лечебной помощью обратился молодой мужчина, у которого были проблемы с женой, связанные с сексуальной дисфункцией. При опросе оказалось, что, являясь небольшим начальником в ВУЗе, где он работает, пациент любит запирается в своем кабинете, включать компьютер и мастурбировать под интернет-порносюжеты. При этом эрекция его полового члена абсолютно нормальная и он получает при этом огромное удовлетворение, чего нет при половом акте с женой. Другой молодой мужчина, который тоже длительно и регулярно мастурбировал с включенным компьютером под интернет-порноматериалы, за свою жизнь совершил 10 половых актов с женщинами, ни один из которых не закончился семяизвержением. Тем не менее при мастурбации у него всегда наступает эякуляция.

Приведем фрагменты двух историй болезни, которые также являются демонстрацией возможности патогенного влияния сочетания мастурбации с интернет-порнографией.

**Больная К.** 25 лет, есть сексуальный партнер («гражданский брак» 2,5 года) (клинический архив автора 2014 г.). Образование высшее экономическое, работает специалистом по рассмотрению претензий. «Гражданскому мужу» 25 лет, образование высшее техническое, работает в хостинговой компании в службе технической поддержки. Живут в однокомнатной квартире, которую снимают.

---

**Жалуется,** что получает большее удовольствие при просмотре интернет-порнографии, сочетающемся с самоудовлетворением, чем при половых актах с партнером. При мастурбации зажимает одеяло между ног. При половом акте тоже наступает оргазм, однако при мастурбации он наступает быстрее, более сильный и «более качественный». Точно такие же сильные ощущения хочет испытывать с партнером. При половом акте половое возбуждение не такое выраженное, как при мастурбации. Партнеру не говорила, что ей лучше с компьютером (мастурбация в сочетании с интернет-порно), чем с ним.

– **КГС** (Кочарян Гарник Суренович). А Вам женщины нравятся?

– **П** (пациентка). В принципе я думала, что возможно да, но если бы я была мужчиной.

– **КГС**. Тяга к женщинам есть, хотелось бы их обнять, поцеловать?

– **П**. Да, хотелось бы, но я ни разу не встречала такую женщину, которую бы хотелось, то есть к представляемой картинке женщины тяга есть, но я никогда не встречала реальную женщину, с которой могла бы...

– **КГС**. В девушек никогда не влюблялась?

– **П**. Нет. Никогда никаких эротических и сексуальных контактов с представителями женского пола не было.

Любит смотреть интернет-порносюжеты с двумя женщинами и одним мужчиной. Нравятся сюжеты с оральными ласками и грубым сексом. Под грубым сексом она понимает половой акт без предварительных ласк, когда мужчина сразу резко «берет» женщину. Ее партнер, напротив, «берет» ее ласково, «мы пробовали грубо, и тогда мне это не нравится, у меня болевые ощущения. Если бы не было болевых ощущений, то тогда бы понравилось. У меня смазки тогда не хватает, а когда она есть, если «берет» грубо, то тоже нравится. Не все позы мне подходят, в некоторых возникают болевые ощущения». Когда она очень сильно возбуждена, то тогда вообще нет никаких болевых ощущений.

– **КГС**. Пробовали сочетать секс с интернет-порнографией?

– **П**. Пробовали, но это меня не возбуждает, меня больше тянет на какое-то комментирование, хиханьки-хаханьки, почему-то становится смешно, это нереально кажется, не вызывает возбуждения вообще, я просто смотрю это как какое-то дешевое неинтересное кино, которое не вызывает никаких ощущений.

Не знает, возникает ли у нее оргазм при воздействии на клитор или на влагалище. «Только в нескольких позах я могу достичь оргазма». О зоне Джи читала, но не знает, где она находится. Оргастичность составляет 70-80%. Только недавно решила сообщить партнеру, в каких конкретно позах она достигает оргазма. До того, как с ним обсудила эту тему, оргазмы у нее наступали реже. Сейчас вместо одеяла, что имеет место при мастурбации, использует руку парня. Он прижимает ее к передней стенке живота, «где член трется о переднюю стенку влагалища». «Живем с ним два с половиной года. У нас хорошие отношения, он ко мне иногда относится даже лучше, чем я к нему. Через 1-1,5 года планировали расписаться, а до 30 лет завести детей».

**Мастурбировать** начала в первом-втором классе школы. Как пришла к этому не помнит. В 7-8 лет, а может и раньше, при мастурбации начали возникать оргазмы. «Тогда мастурбировала без картинок (в голове ничего не возникало), просто знала, что если зажать одеяло между ног, то возникают приятные ощущения, если потереться сильнее, то я получу

разрядку». С использованием интернет-порносюжетов начала мастурбировать 6 лет назад, а до этого просто терлась и воображала мужчину с женщиной (не себя).

**Месячные** приблизительно с 13 лет, с самого начала регулярные, по 6 дней, через 24 дня. Бывает, что месячные сдвигаются на 1-2 дня «сами по себе, непонятно почему».

**Платоническое либидо.** В детском саду мальчики начали нравиться лет с 6-ти (тогда не влюблялась). В 13 лет первый раз влюбилась. **Эротическое либидо.** Желание, чтобы «прижали, сильно поцеловали» появилось в 13 лет. **Сексуальное либидо.** Фантазии о половом акте возникли в 15 лет.

**Первый половой акт** в 16 лет, но оргазма не испытала. **Первый оргазм** при половой близости возник в 20 лет «случайным образом в определенной позе».

**Партнеры.** До «гражданского мужа» (с 16 до 22,5 лет) было еще 6 сексуальных партнеров. С одним из них были длительные отношения – 7 лет, а в промежутках (когда мы с ним сходились и расходились) были другие мужчины. В один и тот же период времени был не один партнер (половые акты совершала с ними в разные дни). Отмечает, что *при половом акте с каждым из мужчин ощущения были менее острые и менее сильные, чем при мастурбации под интернет-порно!*

**Состояние здоровья.** Соматически здорова.

Алкогольными напитками не злоупотребляет, курит очень редко, наркотики не употребляет.

Таким образом, сделан вывод, что менее сильные и качественные оргазмы, так же, как и менее выраженные эротические ощущения возникают при сексуальных контактах у этой молодой женщины из-за сформировавшегося у нее патологического сексуального стереотипа, обусловленного мастурбацией, которая в течение последних 6 лет сочеталась с интернет-порнографией.

**Больной X.** 24 г., холост, высшее экономическое образование, не работает, живет с родителями (клинический архив автора 2014 г.).

**Жалуется** на плохую эрекцию: «она либо есть, либо ее нет вообще, или напряжение члена все время колеблется – он то встанет, то упадет, его удастся ввести во влагалище с большим трудом. «Мне удастся совершить половой акт, но с большим трудом, член вялый, и я очень быстро кончаю – 20 секунд и я уже ни на что не способен». Т. е. дополнительно предъявляет жалобы на преждевременную эякуляцию.

**Анамнестические данные.** Только в этом году начал жить половой жизнью. Сексуально контактировал с 4 девушками. Первые 2 девушки были массажистками (эротический массаж). Ходил к ним, чтобы «адаптироваться». Они ему член массировали (глубокий петтинг), но это ему не помогло. Потом были проститутки. Половой акт и то, что ему предшествует, протекает следующим образом: «пришел в салон, выбрал девушку, чувствую себя напряженно, не могу сказать, что сильно волнуюсь, но все же чувствую себя некомфортно, не ощущаю себя полностью раскрепощенным. Вначале она член берет в рот, эрекция возникает сразу, но сильно твердым он (член) не становится. Потом она на него пытается сесть, но тогда либо вообще ничего не получается (член мягкий), либо все же удается его ввести, но спустя несколько мгновений он падает, и она снова пытается его поднять».

Все это он практикует в течение 1 часа много раз подряд, потом в конце концов что-то

---

получается. Эрекция выражена где-то на 50-60%. Спустя 20 сек после начала фрикций наступает семяизвержение. Длительность сношения при этом не зависит от того, совершает ли он его с презервативом или без него. Идет в салон без желания, но по необходимости (для тренировки). Когда уже пришел, то ложится в постель с мыслью «что будет, то будет». Всего имел контакт с двумя проститутками (с каждой по 1 разу). Проститутки говорили, что у него какие-то проблемы, что он напряжен, и что его надо расслабить. С первой проституткой чувствовал себя спокойнее (она говорила, что он «витает в облаках»), а со второй более напряженно, так как она была с характером («бросало в жар, сердце стучало»).

При активном расспросе отмечает, что во время мастурбации с использованием интернет-порно член стоит отлично, «как кол», никаких проблем нет!

**Мастурбирует** с 4-5 лет. Сперма начала сходить приблизительно в 14 лет (между 13 и 15 годами). Первое в жизни семяизвержение произошло именно при мастурбации. Техника мастурбации была следующей. Сначала ложился на живот и терся о кровать, а лет с 7-8 мастурбировал с помощью руки. Оргазм при мастурбации впервые возник в 4-5 лет.

**О контакте с порнопродукцией** рассказывает следующее. Вначале (начиная с 9-11 лет) «воровал» у старшего брата порножурналы, которые он приносил домой, и, рассматривая их, мастурбировал. С 15 лет был видеоплеер и порно-диски, а с 16 лет для просмотра порнографических материалов уже использовал интернет-порно. Сейчас тоже этим занимается. При этом эрекция полная. Длительность фрикционной стадии при мастурбации без остановок и без специального стремления быстро «кончить» составляет, по его мнению, 1 мин. При мастурбации охватывает не только тело члена, но и полностью его головку. Максимальный эксцесс при мастурбации – 5 (на протяжении 2-3 часов). Из порно нравится либо классический секс, либо женская мастурбация.

**Половое влечение** – гетеросексуальное. Отмечает, что ему трудно находить общий язык с лицами противоположного пола.

– **КГС.** Кто Вас больше привлекает, натуральная женщина или женщина на порно?

– **П.** Когда я иду по улице, мне хочется подойти и поцеловать девушку, обнять ее, хлопнуть ее по одному месту – иногда даже так сильно хочется, что аж крышу сносит, а вот так, чтобы заняться сексом, – я бы не сказал. Лучше помастурбировать под порно (там меня женщины больше сексуально возбуждают). При петтинге я сильно возбуждаюсь, но что-то подавляет, что-то сильнее есть, чем это возбуждение, оно как-то перекрывает, не дает... Это когда девушка меня целует, телом об меня трется. Я ее беру за заднее место, меня это возбуждает, но что-то есть в этом, какой-то негативный оттенок, что перекрывает сексуальное возбуждение, я не знаю как с этим бороться, я вроде бы естественно воспринимаю эту ситуацию, я не боюсь, но нормально не получается.

**Развитие.** Физически в детстве развивался нормально, занимался спортом, но врачи запрещали из-за сильной близорукости. В школе учился плохо, был и на индивидуальном обучении, в основном из-за плохого зрения. В институте тоже учился плохо («за деньги»).

**Объективно:** четкая дорожка к пупку, на ногах достаточное количество волос, на груди и на спине волос нет. Член и яички нормальных размеров. Придатки при пальпации не уплотнены, безболезненны. Достаточная пигментация члена, достаточная складчатость и пигментация мошонки. Бреется ежедневно (начал бриться со школы, точно не помнит с какого возраста).



Таким образом, в данном случае речь идет о сформировавшемся патологическом сексуальном стереотипе, обусловленном мастурбацией с привлечением порнографии, который усугубился синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи.

В заключение следует отметить, что современный человек, который занимается мастурбацией, вооружен гораздо более сильными средствами (интернет-порно), чем те, которые имелись раньше, что многократно увеличивает риск формирования патологических сексуальных стереотипов. Образно можно выразиться так. Если раньше при мастурбации он был вооружен копьем, кинжалом, пистолетом и т. п., то в настоящее время – самым современным ядерным оружием.

### **Список литературы**

1. Кочарян Г. С. О необходимости дихотомической оценки влияния мастурбации на организм человека // *Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання) – 2014: матеріали науково-практичної конференції, 16 – 17 жовтня 2014 р., курорт «Березівські мінеральні води».* – Харків, 2014. – С. 73–74.
2. Кочарян Г. С. Патогенные влияния мастурбации и их последствия как проблема клинической сексологии // *Здоровье мужчины.* – 2006. – №4 (19). – С. 84–93.
3. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
4. Кочарян Г. С. Патогенные детерминанты и негативные последствия мастурбации: мифы и реальность. Современный анализ проблемы Сексология и сексопатология. – 2006. – №1. – С. 3–19.
5. *Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко.* – М.: Медицина, 1977. – 488 с.

### **References**

1. Kocharyan GS. 2014: O neobxodimosti dixotomicheskoy ocenki vliyaniya masturbacii na organizm cheloveka. Innovacijni metodi diagnostiki i likuvannya psixichnix i somatichnix rozladiv psixogenного pochodzhennya (XVII Platonivski chitannya): materialy naukovo-praktichnoї konferencii. 16–17 zhovtnya 2014 r., kurort «Berezivski mineralni vodi». Xarkiv. S. 73–74.
  2. Kocharyan GS. 2006. Patogennyye vliyaniya masturbacii i ix posledstviya kak problema klinicheskoy seksologii. Zdorove muzhchiny. No 4 (19): 84–93.
  3. Kocharyan GS. 2007. *Sovremennaya seksologiya.* K.: Nika-Centr. 400 p.
  4. Kocharyan GS. 2006. Patogennyye determinanty i negativnyye posledstviya masturbacii: mify i realnost. sovremennyj analiz problem. Seksologiya i seksopatologiya. No 1: 3–19.
  5. *Obshhaya seksopatologiya.* 1977. Rukovodstvo dlya vrachej. Pod red. GS Vasilchenko. M.: Medicina. 488 p.
-

УДК 159.9.075

## ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПСИХОСЕМАНТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

**Мозговий В. І.**

кандидат психологічних наук

докторант

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Україна

У статті проведено аналіз психосемантичних досліджень військовослужбовців в Україні та Росії. В дослідженні було висунуто вирішення таких завдань: проаналізувати основні змістовні напрямки психосемантичних досліджень з військовими та визначити фокус подальших досліджень з військовими. Загальний аналіз психосемантичних досліджень військовослужбовців умовно можна поділити на три групи:

Перша група – дослідження особливостей особистісної та смислової сфери військовослужбовців, а також професійної ідентичності.

Друга група - вивчення поведінки військових, особливостей їх комунікації та мотивації до несення служби. Виконання ними службових обов'язків, що обумовлені регламентованістю та ієрархічністю військової служби.

Третя – вивчення формування соціальних уявлень про імідж військового та армії загалом.

Ознайомлення з результатами та висновками психосемантичних досліджень військовослужбовців, отриманих фахівцями, дозволило визначити фокус подальших досліджень в цьому напрямку. В подальших дослідженнях, на нашу думку, постає актуальним питанням вивчення соціальних уявлень призовної молоді та солдат строкової служби про армію та військовослужбовців, а також її вплив на суспільство у якості важливого соціального інституту. Вивчення цих соціальних уявлень може якісно вплинути на формування у молоді мотивації до проходження військової служби, їх адаптацію до військової діяльності та якості виконання ними військових професійних завдань. Потреба у проведенні цих досліджень визначена динамікою розвитку суспільства, особливостями сучасного світогляду і важливості воєнних структур для кожної країни.

**Ключові слова:** психосемантичне дослідження, військова служба, військовослужбовець.

The article analyzes psychosemantic researches of servicemen in Ukraine and Russia. The study proposed solutions to the following tasks: to analyze the main content of psychosemantic research with the military and determine the focus of further research with the military. The general analysis of psychosemantic studies of servicemen can be divided into three groups:

The first group is the study of the peculiarities of the personal and semantic sphere of servicemen, as well as professional identity.

The second group is the study of the behavior of the military, the features of their communication and motivation to serve. Performance of their official duties due to the regularity and hierarchy of military service.

The third is the study of the formation of social representations about the image of the military and the army in general.

Familiarization with the results and conclusions of the psychosemantic researches of military personnel, received by specialists, allowed to determine the focus of further research in this direction. In further studies, in our opinion, the actual question arises of the study of social representations of conscripts and soldiers of the regular service for the army and the military, as well as its impact on society as an important social institution. The study of these social representations can have a qualitative effect on the formation of young people's motivation to undergo military service, their adaptation to military activity, and the quality of their military professional tasks. The need for conducting these studies is determined by the dynamics of society development, the peculiarities of the modern worldview and the importance of military structures for each country.

**Key words:** psychosemantic research, military service, serviceman.

**Постановка проблеми.** У зв'язку із відомими суспільно-політичними подіями та розгортанням «гібридної війни» між Росією та Україною свідомість громадян, зокрема військовослужбовців піддається певному інформаційному впливу і як наслідок, відповідним трансформаціям та змінам на ціннісно-орієнтаційному особистісному рівні. Психосемантичний напрямок має свою унікальність у дослідженні цих процесів та вибудові відповідних шляхів і заходів, направлених на формування самосвідомості військовослужбовців, перш за все, патріотичного спрямування.

Структура психосемантичних досліджень має свою специфіку, зумовлену орієнтацією на вивчення змісту свідомості військовослужбовця. Основними обов'язковими етапами дослідницької роботи є збір семантичного матеріалу, кількісна обробка даних та математичне моделювання свідомості.

Так, в Україні останнім часом, чимала увага приділяється вивченню закономірностей функціонування різних аспектів свідомості військовослужбовця: насамперед, національної, громадянської, політичної, економічної, екологічної та релігійної сфер.

Деякі з попередніх теоретичних міркувань та емпіричних розвідок при цьому переосмислюються, тоді як інші моменти досліджуються на теренах вітчизняного наукового простору вперше. Розпочинаючи власні дослідження будь-який науковець зустрічається із проблемою більш-менш чіткої дефініції того чи іншого термінологічного конструкту. Так, ще О. Леонт'єв проблему вивчення свідомості називав центральною таємницею людської психіки [1]. Незважаючи на вагомні зусилля авторитетних дослідників, ситуація мало в чому змінилася. Розуміючи цю ситуацію, Ю. Швалб розглядає свідомість як своєрідну "Попелюшку" сучасної психології, котру всі використовують, але якою ніхто серйозно не займається, у зв'язку з чим для більшості психологічних теорій відповідний феномен перетворився у зручне "порожнє" місце, куди можна "звалювати" все, що "усвідомлюється" [2]. В.Аллахвердов взагалі описує предмет нашого інтересу як "логічний парадокс", обґрунтовуючи це тим, що він має чи не сотню різних і суперечливих тлумачень, які переважно залишаються в межах емпірики у формі констатації і так очевидних переживань [3].

Все більшої популярності набувають, наприклад, психосемантичні дослідження

---



пов'язані з соціальними уявленнями військовослужбовців. Гнучкі за структурою, вони відкривають широкі можливості вивчення особливостей сприймання та інтерпретації військовослужбовцями різних сфер військового життя та діяльності. Більшість публікацій на згадану тему представлені статтями у наукових виданнях, які не стільки розкривають структуру та закономірності побудови і проведення психосемантичного дослідження, скільки описують результати авторських досліджень. Звичайно, це є важливим і необхідним, однак не завжди задовольняє потреби дослідників.

**Мета статті.** Метою статті є огляд та аналіз проведених психосемантичних досліджень за участю військовослужбовців в Україні та закордоном.

Виходячи з мети дослідження нами були сформовані наступні **завдання**:

1. Проаналізувати основні змістовні напрямки психосемантичних досліджень з військовими.
2. Визначити фокус досліджень, які відповідають актуальним вимогам часу та потреб військовослужбовців щодо їх морально-психологічного забезпечення при виконанні службових завдань за призначенням.

**Виклад основного матеріалу.** Вивчення питань самосвідомості та самосприйняття у військовослужбовців, як представників військової професії займалися, як російські, А. А. Утюганов, М. Ю. Лукін, так і українські дослідники І. І. Приходько та ін.

В роботі А. А. Утюганова основний акцент було зроблено на розкриття питань смислової сфери особистості військовослужбовців у взаємозв'язку з переживанням ними бойового стресу [4]. Дослідження проводилося на базі військової частини № 6607 внутрішніх військ МВС Росії в пункті їх постійної дислокації у м. Кемерово та в пункті тимчасової дислокації у республіці Чечня, населений пункт Ножай-Юрт в період з 2006 по 2008 рр. У дослідженні взяли участь 189 військовослужбовців 27-го загону спеціального призначення.

В основу його роботи були покладені наступні гіпотези:

1. Осмисленість життя у військовослужбовців при бойовому стресі може наростати, знижуватися або залишатися без змін, але напрямок цих змін залежить від рівня свідомості життя до переживання бойового стресу.
2. Динаміка актуального смислового стану при бойовому стресі може протікати за кількома типами: позитивному (підвищення осмисленості минулого, сьогодення і майбутнього), негативному (зниження осмисленості минулого, сьогодення і майбутнього) або змішаному; при цьому будь-яка динаміка актуального смислового стану поєднується з більш м'яким переживанням бойового стресу, ніж відсутність динаміки.

В результаті цього дослідження було виявлено, що переживання бойового стресу у військовослужбовців поєднується зі змінами смислової сфери їх особистості. Цей факт свідчить про те, що стрес і стресові розлади не можуть і не повинні вивчатися лише на рівні психотичних і невротичних порушень.

В роботі М. Ю. Лукіна досліджувався вплив самооцінки на успішність професійної діяльності військовослужбовця [5]. В результаті свого дослідження, яке проводилося на курсантах спеціальності «Організація морально-психологічного забезпечення військ», він отримав результати, щодо позитивної динаміки зростання рівню самооцінки курсантів в залежності від курсу навчання. Так на третьому курсі навчання відбувається значне збільшення показників з завищеною і неадекватно завищеною самооцінкою. При цьому

повністю зникають показники низької самооцінки і самооцінки нижче середнього рівня. Знижуються і показники середнього і вище середнього рівня.

Дослідженням особливостей сприйняття професійної діяльності у військовослужбовців займалась старший викладач російського учбового військового центру Далекосхідного федерального університету Бузина Е.А. [6]

Її стаття присвячена дослідженню образу світу військовослужбовців, що проходять військову службу в частини постійної бойової готовності і в умовах відрядження до громадянського освітнього закладу, за допомогою ідентифікації семантичних універсалій понять «робота», «професіонал», «професія». Було виявлено, що у військовослужбовців з однаковими умовами проходження служби є схожі особливості понять професійного образу світу. Між фактором «тривалість служби» і якісними характеристиками поняття «професіонал» значної залежності виявлено не було. Виявлені дані дозволили припустити що загальні уявлення професіонала про професійний образ світу військовослужбовця не залежать від характеру служби, її тривалості, умов і звань.

Розуміння процесів смислової обробки інформації людиною допомагає краще прогнозувати її поведінку, а значить, і коригувати цю поведінку в разі потреби, що може бути використано психологами, які працюють з військовослужбовцями.

У роботах українського дослідника Приходько І. І. за допомогою психосемантичного методу було розкрито зміст компонента «внутрішній комфорт» психологічної безпеки особистості у військовослужбовців Національної гвардії України з різним соціально-професійним статусом. [7]

Так, у молодших офіцерів було виявлено прагнення до змін, відкритість, що також відбивається і на системі самооцінювання: переоцінюванні минулого і актуального досвіду як мірила самовідношення. Їм притаманна здорова критичність в оцінюванні власних можливостей, використання нових алгоритмів спричиняє в них певну напруженість при виконанні професійної діяльності, але вони впевнені у правильності обраного шляху розвитку, що відбивається у позитивному самоставленні.

У офіцерів з життєвим і професійним досвідом знижуються протиріччя у самооцінюванні та потреба у захисних механізмах свідомості, зростає впевненість у собі, довіра власним знанням, вмінням і навичкам, знижується напруженість як у вирішенні поточних життєвих і професійних ситуацій, так і у загальному ставленні до життя. Більшість нових складних життєвих і професійних ситуацій сприймаються ними не як екстремальні події, а як чергове випробування набутих професійним знанням, вмінням, навичкам, яке ще раз підтверджує високий рівень їх кваліфікації. Переживання таких ситуацій лише підсилює їх впевненість в обраному шляху розвитку і відсутності необхідності його змінювати.

Недосвідчені військовослужбовці за контрактом у ході виконання службової діяльності також змінюють власні навички і ставлення до оточуючого світу, проте такі зміни не завжди супроводжуються їх усвідомленням. Вони менше, ніж молодші офіцери, готові до зміни критеріїв самооцінювання, довше використовують захисні механізми свідомості, які певним чином скривають від їх свідомості невідповідність наявних знань, вмінь, навичок актуальним життєвим і професійним ситуаціям. Проте у підсвідомості, на рівні емоцій ця невідповідність проявляється в емоційній нестабільності та дискомфорті, очікуванні критики з боку оточення та у зниженні самосприйняття. Прагнучи позбавитися від цих негативних

---

переживань, вони намагаються зробити свій соціально-психологічний простір більш контрольованим, звужуючи його за рахунок менш актуальних сфер самореалізації.

З набуттям професійного досвіду успішні військовослужбовці за контрактом все частіше переживають впевненість в собі у типових професійних ситуаціях, проте не відчувають себе такими вже успішними у широкому колі життєвих ситуацій. Їх намагання не виходити з успішної для них професійної ролі сприяє формуванню ознак професійної деформації і використанню захисних механізмів у структурі самовідношення – вони надмірно високо оцінюють власні знання, вміння, навички, стають нечутливими до критики оточуючих, їх сприйняття власного образу «Я» спрощується. Внаслідок цього психологічна безпека особистості частково втрачає свою продуктивність, що проявляється у звуженні сфер самореалізації особистості військовослужбовців за контрактом, зниження здатності використовувати зміни в оточуючому світі для власного розвитку, у недиференційованому сприйнятті власних можливостей щодо уникнення небезпеки у ситуаціях, не пов'язаних з професійною діяльністю.

За допомогою психосемантичного методу та методики «Незакінчені речення» він розробив трансформаційну модель психологічної безпеки особистості фахівця екстремального виду діяльності та розкрив зміст морально-комунікативного компонента психологічної безпеки особистості (ПБО) у військовослужбовців з різним соціально-професійним статусом [8].

В результаті вивчення цього питання він дійшов наступних висновків:

1. Недосвідчені військовослужбовці мають порівняно менший, ніж у досвідчених військовослужбовців, репертуар ролей, прийомів налагоджування стосунків чи уникнення конфліктів. У недосвідчених військовослужбовців за контрактом до цих факторів, які створюють потенційну загрозу життєдіяльності, додаються менш розвинені комунікативні навички, недостатність (плутаність) знань про моральні норми, а іноді і законодавчі акти. Їм також притаманний більший прояв егоїстичності у стосунках: імпульсивність, жорсткість та недипломатичність.

На відміну від них, молодші офіцери мають достатній рівень знань для адекватного керування власними стосунками, розвинуті комунікативні навички, прагнення у своїй поведінці відповідати очікуванням значущого соціального оточення (просоціальність). Проте відсутність досвіду реалізації набутих під час професійної освіти знань, несамостійність і пов'язана з цим затримка у виборі способу реагування на актуальну соціальну ситуацію (орієнтація на старших товаришів, конформізм) дещо знижують безпечність їх життєдіяльності.

2. Набуття професійного досвіду розширює репертуар ролей, способи взаємодії з соціальним оточенням. Так, молодші офіцери проявляють активну позицію у підкоренні соціального оточення, в освоєнні професійних способів взаємодії з оточуючим світом. Недосвідчені військовослужбовці за контрактом навпаки займають позицію очікування: вони егоїстично вимагають допомоги від оточення, при цьому не надто намагаючись докладати зусиль для підтримання стосунків з ними.

У досвідчених військовослужбовців за контрактом є великий досвід виконання професійних ролей, проте професійні комунікативні навички деколи переносяться на особисті стосунки, що може погіршувати їх якість, самореалізацію у сферах життєдіяльності,

не пов'язаних з професією.

3. Дослідження морально-комунікативної складової ПБО у військовослужбовців з різним соціально-професійним статусом дозволяє припустити, що наявні в ній розбіжності між недосвідченими військовослужбовцями за контрактом і молодшими офіцерами з часом під впливом професійної діяльності і життєвого досвіду трансформуються у різні шляхи розвитку та різні типи організації ПБО.

Російський дослідник М. В. Сидоренко досліджував особливості уявлень військовослужбовців про певне соціальне середовище, до якого вони мають безпосереднє відношення [9].

Метою його дослідження було виявлення найбільш загальних поглядів на Батьківщину у діючих військовослужбовців Міністерства Оборони і військовослужбовців, які звільняються в запас, а також визначення у них значущих компонентів цього образу.

В ході проведення емпіричного дослідження дослідником було виявлено відсутність істотних відмінностей образу Батьківщини в обох групах військовослужбовців за винятком критерію, що відображає образ Батьківщини, як держави. Образ Батьківщини, що представляється у свідомості як держава, більш виражений у діючих військовослужбовців. У звільнених військовослужбовців він менш виражений, що свідчить про вплив процесу скорочення на цінність особистісних установок, який відображає держава.

При аналізі даних було виявлено також кореляційний зв'язок між виразністю компонентів образу Батьківщини в обох групах військовослужбовців, що свідчить про стійкість категорії образу Батьківщини у свідомості, як діючих, так і звільнених військовослужбовців.

У проведеному опитуванні було виявлено високі значення за критеріями-репрезентантам - "сім'я", "мати" (батьки, опікуни), що може говорити про високу значимість цих соціальних категорій, як ціннісно-особистісних орієнтирів для кожного із військовослужбовців.

Дослідження особливостей уявлень військовослужбовців про представників своєї національності, вивчення питань самоідентичності вивчалися в роботі українського дослідника Шмиглюка А. Г., який ставив перед собою завдання виявити семантичне значення поняття «українець» у свідомості військовослужбовців. [10]

Узагальнюючи теоретичний аналіз проблеми, що були поставлені в його роботі та результати психосемантичного дослідження, можна зазначити, що етнічна самосвідомість являє собою уявлення індивіда чи групи людей про себе чи свій етнос, який має ієрархічну структуру. Також слід зазначити, що формування етнічної самосвідомості осіб відбувається під впливом тих суспільних процесів, які існують у державі та мають сильне емоційне забарвлення. Так у учасників АТО сучасна категорія «українець» має таке змістове наповнення, як патріот, Україна, родина, прапор, працелюбний, чесний, добрий, людина яка любить свою батьківщину, гімн, домівка, матір, сім'янин. Також цікавим та дискусійним є факт продукування досліджуваними асоціацій, які мають лише «позитивне» або ж «нейтральне» емоційне забарвлення.

Психосемантичними дослідженнями особливостей мотивації військовослужбовців займався В. Степанченко. Основою його роботи було виявлення основних типів мотивів серед усього розмаїття мотивувань, якими керуються офіцери ЗСУ при виконанні

---

директивних документів. [11]

В результаті багатомірного математичного аналізу семантичного простору запропонованих офіцерам мотивувань дослідником було виділено 12 основних мотивів. Аналіз отриманих даних щодо виконання чи ухилення від виконання офіцерами директивних документів дозволило виявити типові мотивування, які найчастіше презентують той чи інший мотив. В таблиці 1 представлено ці мотиви та їх мотиваційні конструкти.

Таблиця 1

з/п	Мотиви	Мотиваційні конструкти
1	Мотив очікування неприємностей	Я виконую такі накази, бо розумію, що сім'ю потрібно годувати
2	Мотив небажання виявляти ініціативу	Вважаю, що такі накази виконують лише ті, на кому звикли „їздити”
3	Мотив ухилення	Думаю, що виконання таких наказів є неможливим, бо в них, як правило, не вказані конкретні шляхи виконання
4	Мотив підлабузництва	Я виконую такі накази, тому що не хочу втрачати довіру командира і не бажаю псувати відносини з начальством
5	Мотив особистої відданості	Я виконую їх, тому що поважаю рішення командира та не звик підводити свого начальника
6	Мотив догодити начальству	Виконую такі накази, бо бажаю виправдати довіру до мене, відчуваю, що це потрібно іншим
7	Мотив альтруїзму	Я виконую їх, бо розумію, що за мною стоять люди, які залежать від мене і моєї роботи
8	Мотив кар'єризму	Розглядаю виконання таких наказів як свій обов'язок
9	Мотив обізнаності в справах	Виконання наказів розглядаю як шлях удосконалення професійної майстерності
10	Мотив владності	Це мій професійний обов'язок, кар'єра
11	Мотив дисциплінованості	Виконую такі накази, бо не бачу себе поза армією
12	Мотив самоствердження	Я виконую такі директиви, бо вважаю себе стараним і сумлінним офіцером, розглядаю їх виконання як можливість проявити себе

На нашу думку, визначені мотиви можна класифікувати за трьома напрямками: протестні (2) - небажання виявляти ініціативу, ухилення, нейтрально-байдужі (3) - очікування неприємностей, догодити начальству, підлабузництва та налаштованих на співпрацю і особистісний розвиток (7) – самоствердження, дисциплінованості, обізнаності в справах, кар'єризму, альтруїзму, владності, особистої відданості. В умовній ієрархії серед цих мотивів переважають мотиви співпраці та особистісного зросту, що дозволяє зробити висновок про досить високу мотивацію щодо виконання директивних документів військовими.

Дослідженням іміджу військовослужбовців та їх уявлень про представників мілітаризованих структур серед цивільного населення займалися Воробйова І.В.,



Мацегора Я. В. та російський дослідник Давидов Д. Г.

Основу роботи Воробійової І. В. та Мацегори Я. В. склали дослідження іміджу військовослужбовців Національної Гвардії України (НГУ), визначення його типів за описами цивільного населення Харківщини, що засновані на подіях «Євромайдану». [12]

В результаті проведеного науковцями дослідження вдалося виявити, що спосіб зниження конфліктності іміджу військовослужбовця НГУ в уявленнях цивільного населення вирішується за рахунок відокремлення особистого ставлення і оцінки та перенесення наголосу на виконання професійних функцій (спосіб „відбілення” іміджу військовослужбовців, який використовується зараз) має право на існування. Це відображує діючі у свідомості певної частини громадян захисні механізми: „не військовослужбовці погані – служба така”; „хтось має виконувати цю роботу”. Втім, науковці вважають, що «наряд чи сформований на таких підставах імідж буде сприяти подоланню відчуження між цивільним населенням і військовослужбовцями (протиставлення за принципом „ми – вони”), налагодженню взаємодії і співпраці у підтримці та захисті правопорядку». [12] Нажаль, Вихолощення змісту норм і цінностей громадянського суспільства, наприклад, поширення уявлень про можливу виправданість жорстокості правоохоронців для захисту демократії, прав і свобод громадян призводить до спотворення самої місії правоохоронної діяльності і, відповідно, спотворення іміджу правоохоронців (уявлення про них, як про „карателів” тощо).

Події ж „Євромайдану” показали можливість, коли військовослужбовці мають покладатися на волю і моральність цивільних громадян.

Російський дослідник Д. Г. Давидов у своєму дослідженні зосередився на виявленні соціально-психологічних особливостей іміджу Збройних Сил Російської Федерації в молодіжному середовищі. [13]

У результаті проведеного ним дослідження було виявлено різні типи іміджу ЗС РФ серед молодих росіян та їх ставлення до військової служби. «Позитивного» типу ставлення до військової служби не було виявлено взагалі. Найбільш негативне ставлення до військової служби пов'язане з «Негативним» типом іміджу ЗС РФ. «Відсторонений» тип впливає на формування позитивної установки до служби за призовом, а «Співчуваючий» пов'язаний з формуванням позитивного ставлення тільки до військової служби за контрактом. «Ситуативно-прийнятний» тип іміджу лежить в основі позитивних установок на військову службу, як за призовом, так і за контрактом. Молоді люди, яким властивий «Співчуваючий» і «Ситуативно-прийнятний» типи іміджу є найбільш вірогідними кандидатами на військову службу за контрактом і повинні розглядатися як цільова група в рекламі військової служби.

Соціально-психологічні механізми формування іміджу ЗС РФ являють собою сукупність процесів, спираючись на які, суб'єкт сприйняття конструює образ ЗС РФ. Такі механізми проявляються в стійких і повторюваних особливості іміджу ЗС РФ. Основними соціально-психологічними механізмами формування іміджу ЗС РФ в молодіжному середовищі є: Ідентифікація з військовослужбовцем, Військово-соціальна ідентифікація та Порівняння з ідеалом.

Дослідженням особливостей взаємодії та комунікації у військовому колективі займалися російська дослідниця Осинцева А. В. [14]

Основу дослідження Осинцевої А. В. склало застосування психосемантичного підходу до розгляду службової взаємодії молодших командирів та курсантів в системі «начальник-

---

підлеглий» (молодший командир-курсант), виявленні суб'єктивних картин (імпліцитних теорій), що існують у курсантів, та описують їх службову взаємодію з молодшими командирами, а також виявити методи спрямування цієї взаємодії в конструктивному напрямку. [14]

У своєму дослідженні Осинцева А. В. дійшла висновків, що в процесі службового спілкування формування семантичних основ взаємодії провідна роль належить смисловим утворенням, а саме: а) в опорі на суб'єктивний досвід при виборі стратегій поведінки; б) утворення спільного семантичного простору партнерами по спілкуванню, яке створюється відповідно до індивідуальних вкладам і намірам сторін; в) структуруванні семантичного простору і формування міжособистісних відносин. У зв'язку з цим в дослідженні були спрямовані зусилля на зміни смислових сфер у курсантів з метою підвищення конструктивності їх службової взаємодії.

Експериментально нею було виявлено відмінності в уявленнях різних категорій осіб, які вступають до навчального закладу воєнізованого типу. Показано, що ці відмінності залежать від отриманого раніше досвіду в аналогічних соціальних ситуаціях. Відмінності формують різні очікування до процесу взаємодії з безпосередніми керівниками навчальних груп, сформовані відповідно до власного суб'єктивним досвідом партнерів по спілкуванню. Образ командира в уявленнях «армійців» близький до стереотипного за змістом, але з опорою на отриманий життєвий досвід в ситуаціях взаємодії в регламентованій системі управління. Образ командира в уявленнях «ліцеїстів» має дезорієнтований характер, не стереотипний, відмінний від сформованого в конкретних соціальних ситуаціях системи воєнізованого типу і знаходиться на стадії формування іншої свідомості. Образ командира в уявленнях групи «школярів» носить стереотипний, ідеалізований і романтичний характер.

У «ліцеїстів» сформувався невизначений образ негативного командира і деструктивної взаємодії з ним. Це обумовлено наявністю перехідного періоду у формуванні смислових систем «ліцеїстів».

Смислові сфери курсантів здатні змінюватися в конструктивному напрямку при цілеспрямованому впливі на їх уявлення про образ молодшого командира і взаємодії з ним у всіх трьох сферах: інструментальної, потребо-смислової та когнітивної.

**Висновки.** Проаналізувавши наукові дослідження науковців Росії та України які проводились із військовослужбовцями за останні роки з використанням психосемантичного методу нами було визначено наступні напрямки:

- вивчення самосвідомості та особливостей самосприйняття військовослужбовців, як представників військової професії та характерних для них рис та особливостей характеру;
- дослідження особливостей уявлень військовослужбовців про певне соціальне середовище, до якого вони мають безпосереднє відношення;
- дослідження особливостей уявлень військовослужбовців про представників своєї національності, вивчення питань самоідентичності;
- психосемантичні дослідження особливостей мотивації військовослужбовців;
- дослідження іміджу військовослужбовців та уявлень про представників мілітаризованих структур серед цивільного населення;
- дослідження особливостей взаємодії та комунікації у військовому колективі.

Узагальнюючи фокус цих досліджень умовно їх можна поділити на три групи:

Перша група – дослідження направлені на вивчення особливостей особистісної та смислової сфери військовослужбовців та її проявів у військовій діяльності та процесі професійної ідентифікації до військової діяльності.

Друга - вивчення поведінкових потреб, побудові ефективної комунікації та мотивації щодо виконання службової діяльності, обумовленої регламентованістю та ієрархічністю військової служби.

Третя – вивчення формування соціальних уявлень щодо іміджу військового, як у свідомості цивільного населення, так і у свідомості самих військових, а також уявлень та механізмів ідентифікації з образом Батьківщини, представником національності, захисником інтересів якої ти є.

Хоча отримані дані в описаних наукових дослідженнях є досить змістовними та мають достатньо широкий спектр різноманітності фокусу самого дослідження, проте, існує ще велика прогалина в психосемантичних дослідженнях уявлень військовослужбовців про специфіку своєї професійної діяльності та про себе, як безпосередніх представників військової служби. Потреба у проведенні цих досліджень обумовлена певною динамікою розвитку, як самого суспільства, його світогляду в цілому, так і ролі армії і військовослужбовця на рівні ментальності та культури кожної країни зокрема.

В подальших дослідженнях, на нашу думку, постає актуальним питанням вивчення соціальних уявлень призовної молоді та солдат строкової служби про армію та військовослужбовців, а також її вплив на суспільство у якості важливого соціального інституту. Вивчення цих соціальних уявлень може якісно вплинути на формування у молоді мотивації до проходження військової служби, їх адаптацію до військової діяльності та якості виконання ними військових професійних завдань. Потреба у проведенні цих досліджень визначена динамікою розвитку суспільства, особливостями сучасного світогляду і важливості воєнних структур для кожної країни.

### Список літератури

1. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. / А.Н. Леонтьев – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
  2. Швалб Ю. М. Целеполагающее сознание (психологические модели и исследования). / Ю. М. Швалб //– К.: Миллениум, 2003. – 152 с.
  3. Аллахвердов В. М. Поддается ли сознание разгадке?/ В. М. Аллахвердов // Психология сознания / Сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – С. 98-108.
  4. Утюганов А. А. Особенности смысловой сферы военнослужащих, переживших боевой стресс. / А. А. Утюганов // диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. Томск, 2011 с. 140
  5. Лукин М. Ю. Влияние самооценки военнослужащих на эффективность профессиональной деятельности / М. Ю. Лукин // IV международная студенческая электронная научная конференция «студенческий научный форум» 2012 год, с.-31 url: <https://www.rae.ru/forum2012/pdf/2087.pdf>
  6. Бузина Е.А. Профессиональная специфика образа мира военнослужащего в части постоянной боевой готовности и в условиях прикомандирования к гражданскому
-



образовательному учреждению // Психология, социология и педагогика. 2015. № 11 ([Электронный ресурс]. URL: <http://psychology.snauka.ru/2015/11/6081>)

7. Приходько І. І Функціональний зміст компонента "Внутрішній комфорт" психологічної безпеки особистості у військовослужбовців з різним соціально-професійним статусом / І. І. Приходько // [Проблеми екстремальної та кризової психології](#). - 2014. - Вип. 16. - с. 175-186

8. Приходько І. І. Особливості морально-комунікативного компонента психологічної безпеки особистості у військовослужбовців з різним соціально-професійним статусом. /І.І. Приходько // Вісник Національного університету оборони України № 5 (42) /2014 с. 314-319

9. Сидоренко М. В. Образ Родины и особенности его репрезентации у военнослужащих. / М. В. Сидоренко// Выпускная квалификационная работа г. Москва, 2013 С.- 48

10. Шмиглюк А. Г. Особливості уявлень учасників ато про сучасного українця. / А. Г. Шмиглюк // Наука і освіта. – 2016. – №5. – С. 261-266

11. Степанченко В. Провідні мотиви виконання офіцерами військових директивних документів. / В. Степанченко // Соціальна психологія. - 2004. - № 6 (8). - С.94-105

12. Воробйова І.В., Мацегора Я.В. Типи іміджу військовослужбовців Національної гвардії України (за описами цивільного населення Харківщини). / І.В. Воробйова, Я.В. Мацегора // Вісник Національного університету оборони України 3 (46) /2015 С.54-63

13. Давыдов Д. Г. Социально-психологические особенности имиджа Вооруженных Сил России в молодежной среде./ Д. Г. Давыдов : Дис. канд. психол. наук : М., 2005 с. – 217.

14. Осинцева А. В. Исследование представлений курсантов о служебном взаимодействии с младшими командирами учебных групп (На примере учебного заведения военизированного типа). / А. В. Осинцева : Дис. ... канд. психол. наук : Ярославль, 2004 С.-242

### References

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

2. Shvalb Ju. M. Celepolagajushhee soznanie (psihologicheskie modeli i issledovanija). / Ju. M. Shvalb //– К.: Millennium, 2003. – 152 s.

3. Allahverdov V. M. Poddaetsja li soznanie razgadke?/ V. M. Allahverdov // Psihologija soznaniya / Sost. i obshh. red. L. V. Kulikova. – SPb.: Piter, 2001. – S. 98-108.

4. Utjuganov A. A. Osobennosti smyslovoj sfery voennosluzhashhih, perezhivshih boevoj stress. / A. A. Utjuganov // dissertacija na soiskanie uchenoj stepeni kandidata psihologicheskikh nauk. Tomsk, 2011 s. 140

5. Lukin M. Ju. Vlijanie samoocenki voennosluzhashhih na jeffektivnost' professional'noj dejatel'nosti / M. Ju. Lukin // IV mezhdunarodnaja studencheskaja jelektronnaja nauchnaja konferencija «studencheskij nauchnyj forum» 2012 god, s.-31 url: <https://www.rae.ru/forum2012/pdf/2087.pdf>

6. Buzina E.A. Professional'naja specifika obraza mira voennosluzhashhego v chasti

postojannoj boevoj gotovnosti i v uslovijah prikomandirovanija k grazhdanskomu obrazovatel'nomu uchrezhdeniju // Psihologija, sociologija i pedagogika. 2015. № 11 ([Elektronnyj resurs]. URL: <http://psychology.snauka.ru/2015/11/6081>)

7. Pryhod'ko I. I Funkcional'nyj zmist komponenta "Vnutrishnij komfort" psihologichnoi bezpeky osobystosti u vijs'kovosluzhbovciv z riznym social'no-profesijnym statusom / I. I. Pryhod'ko // Problemy ekstremal'noi' ta kryzovoi' psihologii'. - 2014. - Vyp. 16. - s. 175-186

8. Pryhod'ko I. I. Osoblyvosti moral'no-komunikatyvnogo komponenta psihologichnoi bezpeky osobystosti u vijs'kovosluzhbovciv z riznym social'no-profesijnym statusom. / I. I. Pryhod'ko // Visnyk Nacional'nogo universytetu oborony Ukrainy № 5 (42) /2014 s. 314-319

9. Sidorenko M. V. Obraz Rodiny i osobennosti ego reprezentacii u voennosluzhashhikh. / M. V. Sidorenko // Vypusknaja kvalifikacionnaja rabota g. Moskva, 2013 S.- 489..

10. Shmygljuk A. G. Osoblyvosti ujaven' uchasnykiv ato pro suchasnogo ukrai'ncja. / A. G. Shmygljuk // Nauka i osvita. – 2016. – №5. – S. 261-266

11. Stepanchenko V. Providni motyvy vykonannja oficeramy vijs'kovykh dyrektyvnykh dokumentiv. / V. Stepanchenko // Social'na psihologija. - 2004. - № 6 (8). - C.94-105

12. Vorobjova I.V., Macegora Ja.V. Typy imidzhu vijs'kovosluzhbovciv Nacional'noi' gvardii' Ukrainy (za opysamy cyvil'nogo naselennja Har'kivshhyny). / I.V. Vorobjova, Ja.V. Macegora // Visnyk Nacional'nogo universytetu oborony Ukrainy 3 (46) /2015 C.54-63

13. Davydov D. G. Social'no-psihologicheskie osobennosti imidzha Vooruzhennyh Sil Rossii v molodezhnoj brede./ D. G. Davydov : Dis. kand. psihol. nauk : M., 2005 s. - 217

14. Osinceva A. V. Issledovanie predstavlenij kursantov o sluzhebnom vzaimodejstvii s mladshimi komandirami uchebnyh grupp (Na primere uchebnogo zavedenija voenizirovannogo tipa). / A. V. Osinceva : Dis. ... kand. psihol. nauk : Jaroslavl', 2004 S.-242.

---

УДК 159.923

## ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СЕПАРАЦІЙНОЇ ТРИВОГИ В УМОВАХ ЛІКУВАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Гайдучик П.Д.

Статтю присвячено аналізу ідентифікаційної специфіки переживання сепараційної тривоги в умовах лікувальної реабілітації. Обґрунтовано ідентифікаційну детермінацію успішно завершеної сепарації особистості та емпірично перевірено ідентифікаційний зміст переживання сепараційної тривоги хворих, які перебувають на лікуванні у стаціонарних відділеннях. Емпірично визначено відмінності особистісних характеристик осіб з різними рівнями ідентичності; окреслено психологічні профілі (автономна тривожність, захисний егоцентризм, фрустраційна депресивність, самовіддана активність та емоційна домінантність) для респондентів з різними рівнями особистісної ідентичності.

**Ключові слова:** сепарація, сепараційна тривога, ідентичність, лікувальна реабілітація.

Статья посвящена анализу идентификационной специфики переживания сепарационной тревоги в условиях лечебной реабилитации. Обосновано идентификационную детерминацию успешно завершённой сепарации личности и эмпирически проверено идентификационное содержание переживания сепарационной тревоги больных, находящихся на лечении в стационарных отделениях. Эмпирически определены отличия личностных характеристик лиц с различными уровнями идентичности; определены психологические профили (автономная тревожность, защитный эгоцентризм, фрустрационная депрессивность, самоотверженная активность и эмоциональная доминантность) для респондентов с разным уровнем личностной идентичности

**Ключевые слова:** сепарация, сепарационная тревога, идентичность, лечебная реабилитация.

The article is devoted to the identification specifics analysis of the separation anxiety experience in the medical rehabilitation conditions. The identification determination of a personality's successfully completed separation has been grounded and the identification content of the separation anxiety experience of patients undergoing treatment in the stationary departments has been empirically verified. The differences of personality characteristics of people with different identity levels have been empirically determined; the psychological profiles (autonomic anxiety, protective egocentrism, frustration depressiveness, selfless activity and emotional dominance) for respondents with different identity levels have been outlined.

**Key words:** separation, separation anxiety, identity, medical rehabilitation.

**Постановка проблеми.** Психологічний феномен сепарації є одним з психологічних явищ, що потребує свого уточнення, адже на сьогоднішній день є відсутнім його єдине визначення, і як результат, вимір, типологія і закономірності функціонування. Загалом, можна виокремити дві області акцентування дослідницької уваги: суб'єкти сепарації і ситуації сепарації (наприклад втрата, депривація, порушення, розрив відношень прив'язаності). Основний масив теоретико-емпіричного матеріалу стосується переважно аспектів опису суб'єктів сепарації через трансформацію дитячо-батьківських відносин (Д. Боулбі, К. Вітакер, А. Дитюк, Ж.-М. Кінодо, Н. Каліна, М. Малер, З. Фройд та ін.), в той час як поза увагою залишаються відкритими питання щодо аналізу супроводжуваних сепарацію інтрапсихічних процесів для позначення суб'єктивного переживання втрати частини Еґо в результаті потрапляння в ситуацію, коли людина переживає втрату чи то розрив з об'єктом прив'язаності. Саме у такому контексті актуальними є дослідження психологічного змісту

сепараційних переживань людини, яка потрапила на довготривале лікування, і певний період знаходиться у відриві від рідних, близьких, звичного кола професійних і соціальних обов'язків тощо.

Вважаємо, що саме зазначений психологічний фрагмент вивчення проблеми, дасть змогу деталізувати не тільки специфіку особистісного розвитку пацієнтів, але й окреслить шляхи швидшого видужання.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** В системі психологічного знання можна виокремити різновекторні дослідження феномену сепарації особистості, серед яких особливої уваги заслуговує психоаналітичний підхід (М. Малер) та системний підхід в сімейній психотерапії (А. Варга). В психології конкретизовано роль сепараційних процесів, які відбуваються протягом життя людини від раннього дитинства до ранньої дорослості (Я. Гошовський, Б. Кочубей, О. Новікова, О. Захаров, В. Кисловська, А. Прихожан та ін.); рівні сепарації, які людина проходить задля повноцінного почуття зрілості (Д. Боулбі, В. Дубінська, А. Маслоу, Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд, Е. Еріксон та ін.); та зовнішні і внутрішні критерії сепарації, які пов'язані з певними стадіями в розвитку особистості та її соціальними умовами життя (Н. Авдєєва, А. Маленова, Ю. Потапова, А. Реан, Дж. Хофман та ін.).

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

**Виокремлення невирішених раніше частин загальної проблеми.** На фоні досліджених аспектів зазначеної проблеми варто виокремити аспекти вивчення сепараційної тривоги в межах клінічної психології, а саме вплив сепараційних переживань на стан хворого, які визначають ефективність лікувального процесу. Коли йдеться про тяжкі захворювання, які вимагають від людини постільного режиму, і, як наслідок її відриву від повсякденної діяльності, звичного способу життя, можливо й на довгий період, то їй приходить розлучатись із звичним середовищем, а відповідно переживати сепараційну тривогу з цього приводу. При цьому значним навантаженням є відрив від звичного середовища. Хворому дуже не вистачає діяльності, яка складає ціль його життя. Все це порушує не тільки його соціальні зв'язки, але й відносини із зовнішнім середовищем та торкається душевної рівноваги хворої людини. Звичне середовище, любов і турбота сім'ї, турбота про дітей, звичне місце роботи означають внутрішню впевненість, створюють спокій і гармонію, а при захворюванні спокійне життя тимчасово або надовго підлягають небезпеці. Ця небезпека, що загрожує його звичним умовам існування людини, так і стабільність її внутрішнього світу, викликає страх і тривогу. В медичній практиці спостерігаються й описані різноманітні форми проявів подібних опасань і страхів (М. Боухал, Ю. Зубарев, А. Квасенко, Р. Конечний, М. Лебединський, В. Матвєєв, В. Мясіщев, В. Оранський тощо), а в психології вони є малодослідженими.

На нашу думку, дослідження психологічних особливостей сепараційної тривожності в умовах лікувальної реабілітації потребує детального виокремлення і аналізу особистісних характеристик хворого, які дозволять провести їх диференціацію на таких, що успішно завершили сепарацію (вони вміють брати на себе відповідальність, співпрацювати, адекватно справлятися з фрустрацією, без заздрощів реагувати на авторитет інших, здоровим способом виражати свої почуття, говорити «ні» і переживати глибинну близькість), і на таких, які не завершили сепарацію, і є носіями несформованої особистісної зрілості. Саме категорія таких хворих є однією з проблемних в плані успішності протікання лікувального процесу.

**Метою** даного емпіричного огляду є поповнення психологічного матеріалу щодо ідентифікаційної специфіки переживання сепараційної тривожності в умовах лікувальної реабілітації.

---

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Передусім, розробляючи програму емпіричного вивчення, зазначимо, що сепараційна тривога зазвичай проявляється в емоційних реакціях, які можна описати, як почуття, що виникають в ситуації розставання, коли людина переживає самотність, відчуття покинутості, смуток або злість, фрустрацію або відчай. Залежно від ступеня тривоги, емоційна реакція на сепарацію може приймати будь-яку форму афективного ряду. Ці реакції можуть бути виражені відносно слабо, у формі неспокою і смутку, і можуть бути важко переживатися як прояви психічних (депресія, манія, суїцид), функціонально-соматичних (вражаючих функцій) або психосоматичних (викликають ушкодження органів) розладів. Загалом сепараційна тривога є однією з найбільш поширених безпосередніх причин патологічних проявів, що суттєво впливають на перебіг захворювань людини.

Одним з визначальних чинників успішно завершеної сепарації є особистісна ідентичність. Так як уже зазначалося, ситуацію сепарації можна віднести до ситуацій, в яких каталізуються процеси формування психологічної зрілості особистості, то саме у сформованій особистісній ідентичності відображено «послідовне усвідомлення дорослою людиною та її батьками своєї віддаленості та емоційне переживання, в ході якого формується почуття незалежності і відбувається побудова своєї унікальної особистісної ідентичності» [3].

Для емпіричного підтвердження сформульованих нами теоретичних висновків щодо ідентифікаційних особливостей переживання сепараційної тривоги особистістю в умовах лікувальної реабілітації та визначення правомірності використання запропонованих діагностичних засобів був проведений констатувальний експеримент на вибірці осіб віком від 28 до 40 років, які перебувають на денному стаціонарі (до 21 діб), яка склала 262 респонденти. Під час формування вибіркової сукупності нами було дотримано вимог щодо її змістовності, які дотримувались шляхом підбору вибірки.

Серед діагностичних методик було використано: шкалу тривожності Дж. Тейлора, методика вивчення особистісної ідентичності (МВОІ) Л. Шнейдер, методика оцінки психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруженості і комфортності Л. Курганського і Т. Немчіна, опитувальник визначення невротичних станів К. Яхіна і Д. Менделевича, опитувальник самооцінки психічних станів Г. Айзенка, методика вивчення стратегій копінг-поведінки, фрайбурзький особистісний опитувальник FPI, методика виявлення домінуючого інстинкту В. Гарбузова, опитувальник діагностики самоактуалізації особистості (О. Лазукін в адаптації Н. Каліної).

При обробці результатів констатувального експерименту використовувались різносторонні методи математистики: критерій нормальності Колмогорова-Смирнова, дискримінантний аналіз, критерій Краскела-Уоллеса [1; 2].

Використання Z-критерію нормальності Колмогорова-Смирнова показало, що значення  $A_{\text{asympt. Sig}}$  Z-критерію для усіх діагностичних критеріїв менше або рівне  $p \leq 0,05$ , що свідчить про те, що розподіл істотно відрізняється від нормального. Для додаткової перевірки доцільності диференціації груп респондентів залежно від рівня сформованої ідентичності і візуалізації територіального розміщення і співвідношення виділених субвибірок була застосована процедура дискримінантного аналізу. Основні результати розрахунків дискримінативного аналізу представлені у таблицях 1, 2.

Як бачимо, повний набір функцій володіє дуже високою дискримінативною здатністю, яка дещо зменшується, проте не виходить за межі  $p \leq 0,001$  після виключення перших трьох функцій. Таким чином, отримані дані дозволяють подальшу роботу з

результатами дискримінативного аналізу та їх інтерпретацію.

Таблиця 1

Власні значення канонічних функцій за результатами дискримінативного аналізу

Функція	Власне значення	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %	Канонічна кореляція
1	4,828	45,1	45,1	.910
2	3,362	31,4	76,5	.878
3	1,363	12,7	89,2	.760
4	1,154	10,8	100,0	.732

**Примітка: а** – в аналізі використовувалися перші 4 канонічні функції.

Таблиця 2

Показники  $\lambda$ -Уїлкса та  $\chi^2$  за результатами дискримінативного аналізу

Перевірка функції(й)	Лямбда Уїлкса	Хі-квадрат	Ступінь свободи	Знч.
від 1 до 2	.005	1232,437	216	.000
від 2 до 3	.029	823,077	159	.000
від 3 до 4	.129	474,687	104	.000
4	.425	198,032	51	.000

Статистично достовірні показники та  $\chi^2$ -тест на рівні  $p \leq 0,001$  підтверджують доцільність розрізнення саме п'яти груп респондентів залежно від рівня сформованої ідентичності. Візуалізація територіального співвідношення між виділеними групами графічно представлена на рисунку 1.

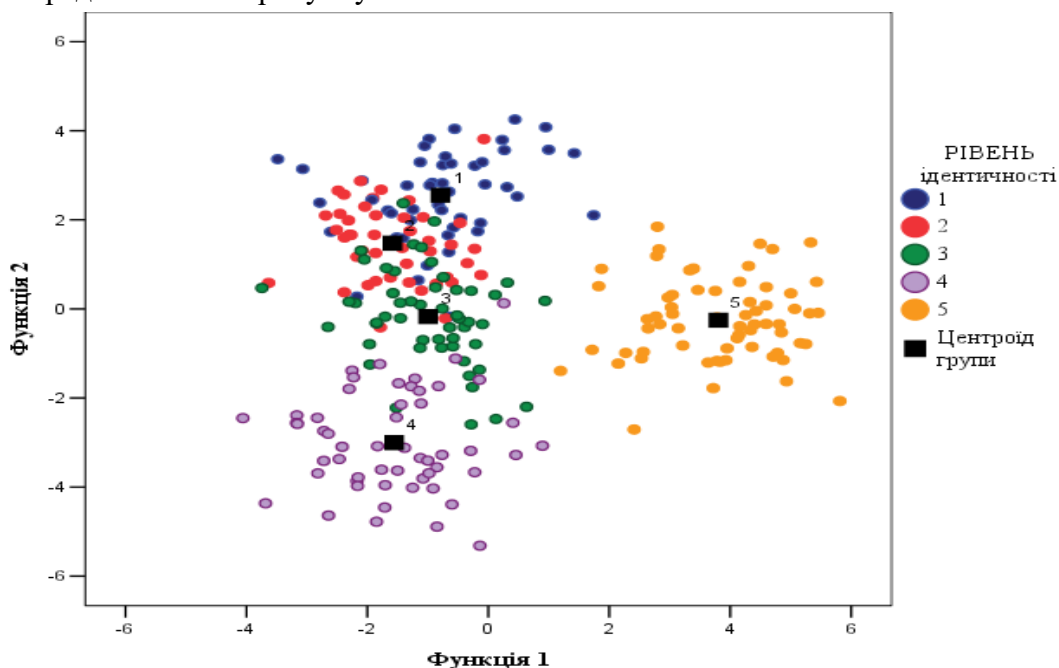


Рис. 1. Графічне відображення канонічних дискримінативних функцій



**Примітка:** Рівень ідентичності 1 – передчасна ідентичність; 2 – дифузна ідентичність; 3 – мораторій (криза ідентичності); 4 – досягнута позитивна ідентичність; 5 – псевдопозитивна ідентичність.

Щодо класифікації в цілому, то відсоток збігів реальної класифікації і класифікації об'єктів за допомогою канонічних функцій становить, за результатами дискримінантного аналізу, майже 97 % (табл. 3).

Таблиця 3

## Результати класифікації у ході дискримінативного аналізу

Показники			Належність до групи					Всього
			1	2	3	4	5	
Вихідні	Частота	1	93,8	2,1	2,1	0	2,1	100
	%	2	2,3	95,5	2,3	0	0	100
		3	0	1,9	98,1	0	0	100
		4	0	0	3,7	96,3	0	100
		5	0	0	0	0	100	100
96,9 % вихідних згрупованих спостережень класифіковано вірно								

Подальша обробка отриманих емпіричних даних передбачала перевірку статистичної значущості відмінностей у особистісних характеристиках респондентів з різним рівнем сформованої ідентичності за допомогою критерію Н Крускала-Уоллеса. Статистично значущими виявились відмінності між переважною більшістю діагностичних критеріїв ( $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ ,  $p \leq 0,001$ ) (табл. 4).

Таблиця 4

## Результати обрахунку критерію Н Крускала-Уоллеса для психологічних характеристик респондентів з різними рівнями ідентичності

Діагностичні показники	Рівень сформованої ідентичності					X <sup>2</sup>	Ст. св.	P
	1	2	3	4	5			
Тривога	183,9	68,3	126,5	110,2	157,6	65,937	4	.000***
Інтерес	180,8	110,7	88,1	146,7	131,3	43,641	4	.000***
Емоційний тонус	162,9	141,3	54,4	164,9	135,7	74,646	4	.000***
Напруженість	138,7	143,8	91,5	165,7	121,4	28,973	4	.000***
Комфорт	140,2	109,9	141,8	158,3	108,9	18,103	4	.001***
Невротична депресія	143,5	143,6	126,2	149,2	103,6	14,290	4	.006**
Тривожність	165,1	105,7	142,7	143,5	104,9	25,609	4	.000***
Фрустрація	168,3	105,1	162,3	130,3	98,1	38,274	4	.000***
Агресивність	175,2	100,1	154,0	133,4	100,5	40,514	4	.000***
Ригідність	183,6	97,0	145,8	137,8	99,2	47,162	4	.000***
Асертивні дії	80,4	145,0	124,5	144,3	155,4	32,033	4	.000***
Обережні дії	155,1	103,5	113,8	67,9	201,1	107,87	4	.000***

Діагностичні показники	Рівень сформованої ідентичності					X <sup>2</sup>	Ст.	P
	1	2	3	4	5			
Імпульсивні дії	161,5	168,3	140,0	110,0	95,0	38,004	4	.000***
Уникнення	135,7	166,8	131,3	108,3	123,8	15,547	4	.004**
Непрямі дії	120,3	131,8	101,1	61,4	223,5	151,39	4	.000***
Асоціальні дії	142,0	160,4	152,1	145,9	74,8	49,223	4	.000***
Агресивні дії	128,6	186,2	157,7	163,8	47,6	117,90	4	.000***
Депресивність	134,1	106,0	151,7	121,8	130,4	9,260	4	.045**
Роздратованість	101,2	96,5	158,4	136,2	152,4	29,654	4	.000***
Комуникабельність	163,5	170,6	127,3	109,0	103,0	35,740	4	.000***
Врівноваженість	148,9	183,6	89,6	137,4	111,7	45,956	4	.000***
Реактивна агресивність	90,9	79,6	151,6	192,9	129,6	74,870	4	.000***
Відкритість	159,7	184,0	88,4	118,5	120,2	48,700	4	.000***
Емоційна лабільність	90,7	93,8	130,9	133,5	186,9	60,440	4	.000***
Егофільність	100,4	102,1	171,9	106,9	160,9	48,330	4	.000***
Генофільність	141,3	163,8	131,7	118,9	112,4	16,120	4	.003**
Дослідницький тип	96,0	86,5	105,1	181,0	168,8	74,702	4	.000***
Домінантність	107,6	109,9	109,7	156,2	161,2	31,120	4	.000***
Лібертофільність	111,3	86,3	106,7	170,3	165,2	54,567	4	.000***
Дігнітофільність	106,5	101,1	109,3	159,3	165,7	39,887	4	.000***
Орієнтація у часі	159,7	165,5	129,5	99,5	115,7	28,825	4	.000***
Потреба у пізнанні	140,2	157,8	141,4	99,6	125,8	17,337	4	.002**
Автономність	154,8	149,4	138,6	100,4	122,2	17,815	4	.001***
Саморозуміння	157,0	146,5	132,9	114,7	115,1	13,172	4	.010*
Гнучкість у спілкуванні	130,1	160,1	149,2	97,4	127,4	20,570	4	.000***

**Примітка:** рівень достовірності: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

Рівень ідентичності: 1 – передчасна ідентичність; 2 – дифузна ідентичність; 3 – мораторій (криза ідентичності); 4 – досягнута позитивна ідентичність; 5 – псевдопозитивна ідентичність.

Щодо вираження особистісних характеристик для респондентів із зазначеними рівнями сформованої ідентичності, то для респондентів із вираженої *передчасною ідентичністю* властиві ознаки високої тривожності, різноманітних фрустраційних переживань, які можуть проявлятися у агресивності щодо складеної ситуації та оточуючих людей; їх розвинута комунікативність межує із сформованою уважністю, бажанням працювати і внутрішньою захопленістю, але ситуація обмеження лікувально-реабілітаційними вимогами, генерує виражені ознаки ригідності, про що засвідчують виражені захисні стратегії «обережних дій». З огляду на психологічний портрет цих випробуваних, спробуємо узагальнити його психологічний зміст як «автономно тривожні».

Для респондентів із вираженої *дифузною ідентичністю* властиві ознаки сформованої захисної поведінки у її різноманітних проявах від імпульсивно-агресивних до уникаючих дій, що ймовірно пов'язано із вираженим у цій групі досліджуваних генофільного типу щодо домінування базового інстинкту, що проявляється у сформованому егоцентризмі на інтересах дітей і сім'ї, і, як результат надмірна любов до своїх дітей, сімейність, надмірна

турбота про безпеку і здоров'я своїх дітей, тенденція до заперечення свого «Я» на користь «Ми», знаходить вияв у потребі постійного пізнання і гнучкості в спілкуванні. Узагальнення зафіксованих особистісних характеристик дало змогу виокремити психологічний портрет «захисного егоцентризму».

Що стосується респондентів із вираженою *кризою ідентичності* («мораторій»), то за рахунок зафіксованого егофільного типу прояву базового інстинкту, що проявляється у таких характеристиках як консерватизм, готовність поступитися соціальними потребами заради власної безпеки, заперечення ризику, тривожність щодо свого здоров'я і благополуччя, та яскравих проявів репресивності і роздратованості, їх психологічний портрет узагальнено як «фрустраційно депресивні».

*Досягнута позитивна ідентичність* досліджуваних визначається комплексом таких виражених домінуючих інстинктів як «дослідницький тип» в таких ознаках як спрямованість на творчість, самовідданість у реалізації творчих прагнень та «лібертофільність», що знаходить вияв у схильності до протесту, прагнення до незалежності, схильності до реформаторства, революційних перетворень та нетерпимості до будь-яких форм обмежень чи то придушення «Я». Звичайно це не позбавляє проявів невротичної депресивності і реактивної агресивності, але загалом емоційний тонус цих досліджуваних визначається витривалістю, активністю і захопленістю, що узагальнено у їх психологічний портрет як «самовіддана активність».

Респонденти із вираженою *псевдопозитивною ідентичністю* увібрали ознаки захисних стратегій асертивної та прихованої поведінки; зафіксовані домінуючі дігнітофільний тип прояву базового інстинкту знаходить вияв у безкомпромісності і прямоті у стосунках з лідерами, нетерпимості до всіх форм утиску прав людини та домінуванні честі та гордості над безпекою, та домінуючий тип в характеристиках готовності до жорсткої боротьби за лідерство, за перше місце, пріоритет загального (інтересів справи, колективу) над особистим (інтересами однієї людини), супроводжуються яскравими проявами емоційної лабільності, що загалом оформлено у психологічний портрет «емоційна домінантність».

Проведений емпіричний аналіз є підтверджуючим психологічним фактом положення, що зміст сепараційної тривоги людини, яка перебуває на довготривалому стаціонарному лікуванні, відрізняється специфікою сформованої особистісної ідентичності хворих, що обов'язково повинно враховуватися у ході лікувальної реабілітації. Особливої уваги потребують хворі, які належать до таких форм сформованої ідентичності як «передчасна ідентичність», «мораторій» і «псевдо позитивна ідентичність», адже саме у них спостерігається високий рівень сепараційної тривоги в ознаках фрустрованості, депресивності, роздратованості і емоційної лабільності.

**Висновки і перспективи.** Презентований теоретичний і емпіричний матеріал дав змогу підтвердити ідентифікаційний зміст переживання сепараційної тривоги хворих, які перебувають на лікуванні у стаціонарних відділеннях. Визначені відмінності особистісних характеристик осіб з різними рівнями ідентичності та окреслення психологічних профілів (автономна тривожність, захисний егоцентризм, фрустраційна депресивність, самовіддана активність та емоційна домінантність) для респондентів з різними рівнями особистісної ідентичності, дали змогу виокремити проблемні ідентифікаційні зони, які за своїм

психологічним змістом перешкоджають формуванню адаптаційного поведіння у ході лікування.

Визначаючи перспективи дослідження, хотілося б зазначити, що проведене дослідження актуалізує необхідність вивчення когнітивних та поведінкових ознак ідентифікаційної детермінації сепараційних переживань людини в умовах лікувальної реабілітації, а також розробку заходів, спрямованих на розвиток здатності людини адекватно переживати сепараційний вплив.

### **Список літератури**

1. Бююль А. SPSS: Искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: пер. с нем. – СПб. : «ДиаСофтЮП», 2005. – 608 с.
2. Наследов А.А. Математические методы психологических исследований. Анализ и интерпретация данных / А.А. Наследов. – СПб. : ООО «Речь», 2004. – 392 с.
3. Маленова А.Ю. Зрелость личности и ее критерии как предикторы изучения ситуации сепарации / А.Ю. Маленова, Ю.В. Потапова. – Вестник Омского университета ; серия «Психология», 2014. – № 3. – С. 21-29.

### **References**

1. Buhl A., SPSS: Iskusstvo obrabotki informatsii. Analiz statisticheskikh dannykh i vosstanovleniye skrytykh zakonornostei [Art of information processing. Statistical data analysis and hidden regularities restoration.], SPb: DiaSoftYuP Publ., 2005. – 608p.
  2. Nasledov A.A., Matematicheskiye metody psikhologicheskikh issledovaniy. Analiz i interpritatsiya dannykh [Mathematical methods of psychological researches. Analysis and data interpretation], SPb: ООО “Rech” Publ., 2004. – 392p.
  3. Malenova A.Yu. Zrelost lichnosti i eye kriterii kak prediktoryi izucheniya situatsii separatsii / A.Yu. Malenova, Yu.V. Potapova. – Vestnik Omskogo universiteta ; seriya «Psihologiya», 2014. – # 3. – S. 21-29.
-

УДК 159. 96

**РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ЕМОЦІЙНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ЯК СКЛАДОВОЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ****Компанович М. С.**

Проаналізовано різні теорії та концепції, що висвітлюють включеність емоційних переживань у виникнення та перебіг психосоматичних захворювань. Виявлено спільні та відмінні риси у наукових та практичних підходах, що розкривають природу психосоматичних захворювань. Також, розглянуто причини виникнення психосоматичних захворювань на різних життєвих етапах, з апеляцією до раннього, несвідомого досвіду. Описано похідні та супроводжуючі феномени, що перебувають в континуумі психосоматичних захворювань (алекситимія, стресогенність, депресивність, конверсія).

**Ключові слова:** емоційні переживання, психосоматичні захворювання, психоаналітичний підхід, психосоматичні теорії, депресивність, внутрішній конфлікт, конверсія, стресогенність, алекситимія, ресоматизація, десоматизація.

Проанализированы различные теории и концепции, которые освещают включенность эмоциональных переживаний в возникновение и течение психосоматических заболеваний. Выявлены общие и отличительные черты в научных и практических подходах, раскрывающие природу психосоматических заболеваний. Также, рассмотрены причины возникновения психосоматических заболеваний различных жизненных этапах, с апелляцией к раннему, бессознательному опыту. Описаны производные и сопровождающие феномены, находящиеся в континууме психосоматических заболеваний (алекситимия, стрессогенность, депрессивность, конверсия).

**Ключевые слова:** эмоциональные переживания, психосоматические заболевания, психоаналитический подход, психосоматические теории, депрессивность, внутренний конфликт, конверсия, стрессогенность, алекситимия, ресоматизации, десоматизации.

Different theories and concepts that cover the inclusion of emotional experiences in the emergence and course of psychosomatic diseases are analyzed. The common and distinctive features in scientific and practical approaches revealing the nature of psychosomatic diseases are revealed. Also, the causes of the occurrence of psychosomatic diseases at different stages of life, with an appeal to the early, unconscious experience, are considered. The causative, derivative and accompanying phenomena, which are in the continuum of psychosomatic diseases (alexithymia, stress-induced, depressive, conversion).

**Key words:** emotional experiences, psychosomatic illnesses, psychoanalytic approach, psychosomatic theories, depression, internal conflict, conversion, stress-relatedness, alexithymia, resomatosis, desomatization.

**Постановка проблеми.** Актуальність ретроспективного дослідження емоційної складової психосоматичних захворювань детермінується науковим та практичним запитом. Оскільки, розглядається здебільшого вузько в контексті теорій, що виходять з окремих психологічних шкіл чи психотерапевтичних напрямів, проте в науковому дискурсі самого

психосоматичного підходу є потреба у їхньому континуальному включенні та цілісній інтеграції.

**Постановка завдання.** Мета статті – теоретично дослідити емоційну складову психосоматичних захворювань в контексті фундаментальних для психосоматичного підходу теорій та концепцій, а також проаналізувати їхні особливості як науково-методичної бази для досліджень та практики.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Перші наукові психосоматичні дослідження, як в контексті «класичних» психосоматичних захворювань, так і в контексті самого підходу (є значно ширшим за розуміння лише функціональних симптомів чи розладів і є осмисленням будь-якої соматичної патології) пов'язані з психоаналізом. Психосоматичні ідеї З. Фрейда базувались на єдності психічного та тілесного. В контексті психоаналітичної думки причиною розладу є афект, афективний конфлікт, ідея символічної конверсії, в основі якої лежить тілесне ореальнення психічної проблеми. Модель конверсії трактує захворювання вмістилищем символічного вияву пригнічених інтрапсихічних конфліктів через «логічно зрозумілий» зв'язок між вмістом афективного конфлікту і клінічними симптомами. У пізніх роботах З. Фрейд розглядав психосоматичні захворювання як одну з форм регресивного захисту, що допомагає особистості справитись з напругою. У такий спосіб регресивне ставлення до своєї тілесності через симптом дає можливість переключитись від своїх внутрішніх переживань, сублімуючи їх на тілесний рівень. В межах психоаналізу психосоматична проблема досліджувалася такими послідовниками З. Фрейда, як М. Кляйн, М. Малер, Д. Боубі, Л. Крейслер, Ф. Александер, Ф. Данбар. Завдяки дослідженням психоаналітиків, у взаємодії з клініцистами, психосоматика трансформувалась у міждисциплінарну науку і продовжує розвиватися в цьому напрямі.

Важливим внеском у дослідження психосоматики стала теорія «об'єктних стосунків», у співвідношенні з якими функціонування людської психіки можна зрозуміти з точки зору зв'язків – як їхнього розвитку, так і можливих порушень. Положення теорії «об'єктних стосунків», що довгий час існували окремо від психосоматичної проблематики, поступово з'єдналися з емпіричними даними, що свідчать про вплив міжособистісних аспектів та подій на розвиток захворювання. Згідно з цією теорією хвороба розуміється як наслідок психобіологічного дисбалансу, яка може з'явитися в будь-якій частині живої системи і на будь-якому рівні [2]. Описані М. Малер процеси «сепарації – індивідуалізації» є підготовкою до незалежного, відокремленого функціонування. Відповідно до теорії дослідниці, матір, що несвідомо відкидає спроби дитини сепаруватись, може затримати її розвиток на фазі симбіозу, що призведе до виникнення порушеного Его і створить схильність до хвороби. Психосоматична матір описується авторкою як авторитарна, домінуюча, відкрито тривожна і латентно ворожа, вимоглива, нав'язлива. Батько, як правило, слабка особистість, тому не спроможний протистояти домінуючій і авторитарній матері та є дистанційованим від материнсько-дитячої діади.

Значний вплив на формування психосоматики як вчення мала теорія специфічності інтрапсихічного конфлікту Ф. Александера. Ця теорія дозволила не лише специфікувати психологічні фактори для різних хвороб, але і описати можливі механізми психосоматичного зв'язку для багатьох хвороб. Ф. Александер заперечував думку надання симптомам виключно символічного значення. Він виокремив групу психогенних розладів у

---



вегетативних системах організму, назвавши їх вегетативними неврозами. При цьому симптоми характеризувались не як символічне заміщення, в основі якого пригнічений конфлікт, а як природній фізіологічний наслідок хронічних емоційних переживань. Ф. Александер побудував лінійну модель розвитку психосоматичного захворювання та запропонував концепцію специфічності інтрапсихічного конфлікту. Проте, концепції психосоматичних захворювань Ф. Александера властиві певні недоліки, маючи більш констатуюче значення вона не давала відповіді на питання, чому хвороба виникає не у всіх людей з однотипними переживаннями? Не дивлячись на це, ідея про те, що інтрапсихічний конфлікт може стати пусковим для циклу емоційних, фізіологічних, біохімічних процесів здатних призвести до серйозного органічного захворювання, виявилася досить значимою [1, 6, 9].

Ф. Данбар, маючи значний клінічний досвід роботи в громадській клініці та спостерігаючи за пацієнтами, запропонувала підхід до психосоматичної класифікації хворих за профілями особистості, в основі якого покладена думка про те, що пацієнти з одним діагнозом мають схожі особистісні властивості, які власне і є поштовхом до виникнення захворювання, дослідниця також наголошувала й на значимості анамнестичних даних (частота виникнення симптомів чи рецидив хвороби, травматизація як самого пацієнта, так і його рідних, кількість розлучень, втрата батьків, родинні стосунки, історії минулих хвороб, операції, соціальне становище, освіта та інтелектуальні задатки). Цілісно ця інформація дає вичерпну характеристику особистості. Ф. Данбар, описала профілі особистості для восьми хвороб.

Серед основних причин психосоматичних розладів Л. ЛеКрона виокремлював проблему ідентифікації, яка переходить у внутрішній конфлікт, тому на його думку багато функціональних симптомів виникають через бажання особистості, часто несвідоме, як найповніше «злитися» з носієм симптому. В основі такої ідентифікації часто криється проблема самопокарання, хворий відчуває провину (часто уявну) та намагається знайти для себе виправдання або ж символічно розділити тягар хвороби [2].

Причини психосоматичних хвороб, згідно теорії М. Шур, є пов'язані з неузгодженою діяльністю Его і регресії, за якої Его стає на нижчий рівень психосоматичного функціонування. В процесі розвитку Его психіка і тілесність поступово розділяються і зникає зчеплена пряма «психофізіологічна властивість», але в різних, як правило, несприятливих ситуаціях можлива і регресія. Таким чином, згідно М. Шур, тілесні захворювання подаються як моделі становлення фізичних і душевних рухів. З дорослішанням особистості біль і страх при переживаннях стає більш внутрішнім, проявляючись у відчуттях та думках. Замість дифузної емоційної розрядки формується відповідне ситуації афективне опрацювання. Це подолання дифузної-тілесного реагування є процесом десоматизації. У цих межах відбувається нейтралізація сексуального потягу і агресивності. У процесі ж психосоматичного регресивного симптомоутворення відбувається обмеження особистісного функціонування і переважання «прегенітальних потреб» – процес ресоматизації. Цей процес характерний для особистостей, що переживали психічні травми. Вибір ураженого органу, на думку дослідника, може залежати як від характеру ранніх дитячих переживань, так і від спадковості.

А. Мітчерліх ввів концепцію «двофазного витіснення», яка схожа на модель М. Шур. Він вважав, що при реальній або уявній втраті значимого об'єкту відбувається збіднення Его і виникає психосоматичне захворювання. Під втратою значимого об'єкта дослідник розумів втрату базально необхідного для життя особистості. Згідно цієї концепції, психосоматичне захворювання в своєму розвитку проходить дві фази – неврозу і соматичної хвороби. До першої фази відноситься особистісна криза, яка призводить до формування симптому, що свідчить про слабкість психологічного захисту, неспроможного до аналізу фрустраційної тривоги. У другій фазі відбувається порушення в динаміці тілесних захисних механізмів. Цей механізм реалізується таким чином, що місце втрачених зовнішніх об'єктів для подолання реально виниклої несприятливої ситуації займають внутрішні об'єкти, які починають впливати на тіло, деформуючи його відповідно до своїх цілей. Порушується функціонування тілесних функцій і афект виявляється пов'язаним безпосередньо з фізіологічними симптомами [8].

Г. Енгель експериментально довів, що важкі соматичні захворювання, дітей та дорослих часто розвиваються услід за втратою «ключової фігури». Дослідник підкреслив, що суб'єктивне переживання втрати, значно важливіше за її об'єктивність. Він виокремив «загрозу втрати», «символічну втрату» і «дієву втрату». Кожна з них рівноправно може спровокувати початок захворювання. Г. Енгель висунув ідею про те, що психосоматичні хворі використовують «ключову фігуру» як «засіб», життєво необхідний їм для успішної адаптації. Втрата «ключової фігури» сприймається як втрата частини себе, провокуючи надзвичайно сильні емоційні переживання, безнадійності, суму, що збільшує вразливість організму і ризик виникнення хвороби. Поняття «об'єктна втрата» стало використовуватися в багатьох психосоматичних теоріях. Найважливішим чинником формування психосоматичного біотипу хворої особистості стала вважатися рання психотравма, спричинена втратою батьків чи одного з них або ж навпаки, затримкою симбіотичних стосунків з ними.

Психодинамічні теорії значною мірою базуються на результатах нейробіологічних і соціальних досліджень. Згідно з сучасним поглядом на виникнення психосоматичних захворювань, на думку В. Брайтінгама та П. Крістіана для конверсії характерні: відсутність меж між психічною та соматичною сферою; символізація висловлених несвідомих емоційних переживань, які стають доступними; латентний лібідинозний конфлікт; наявність симптомів зі сфери довільної моторики і сенсорних функцій.

Б. Любан-Плоза та У. Полдінгер допускають наступну послідовність подій в розвитку психосоматичних захворювань: конфлікт → нездатність знайти рішення → збільшення внутрішньої напруги → тривожність → депресія → конверсія → регресія на орган → стадія функціональних відхилень з можливим переходом в органічне захворювання. Специфічність соматичного розладу автори пов'язують з періодом раннього дитинства, коли певний орган був «емоційно захоплений», і з наявністю початкових патологічних змін в органах [3].

У сучасних психосоматичних дослідженнях провідне місце посідає феномен алекситимії, введений П. Сіфнеозом, що характеризується відсутністю, або нестачею слів для вияву емоцій, [4]. Алекситимія – це соціально-особистісний конфлікт, в основі якого лежить нездатність до усвідомлення емоцій та вербалізації почуттів. У літературі феномен алекситимії описується, бідністю мови у самохарактеристиці та спілкуванні, слабкою уявою

---

на минулі події, нездатністю прогнозувати власну діяльність, обмеженою ініціативністю та активністю в пошуку засобів для досягнення бажаного; залежністю від близької людини при спільному виконанні завдань, нестійкістю і неадекватністю самооцінки, невизначеністю або повною відсутністю перспективи майбутнього, зв'язком феномена алекситимії з особливостями психологічної саморегуляції, стійкими соматичними змінами в організмі, а також може відбуватися трансформація психосоматичних розладів у соматопсихічні [3, 4].

Розрізняють первинну (вроджену) та вторинну (набуту) алекситимію. Первинна алекситимія може бути результатом дисфункцій у біологічному розвитку особистості, ускладненням у пренатальному розвитку, наслідком пологової травми чи перенесеного дитиною захворювання. Вторинна алекситимія виявляється у результаті психотравмуючих ситуацій, стресів, неврологічних дисфункцій, також може бути наслідком затяжних соматичних розладів чи симптомом психічних захворювань.

Ключовими детермінантами у трактуванні феномену алекситимії за В. Бройтінгамом та П. Крістіаном [2] є такі аспекти: первинне застрягання на ранніх стадіях онтогенезу; регрес внаслідок переживання психотравмуючої ситуації; концепція про психологічне успадкування алекситимічних патернів поведінки; нейрофізіологічні порушення діяльності ЦНС; трактування алекситимії як наслідок соціально-приспосувальних потреб особистості.

Можемо простежити, що теорія алекситимії П. Сіфнеоза перегукується із концепцією «втрати значимих для індивіда об'єктів» Х. Фрайбергера як одним із компонентів трактування алекситимії. В контексті об'єктних стосунків симбіотична прив'язаність з відчуттям страху втрати значимої особи як нарцистичного розширення дитини, сепарування від якої несе загрозу загубити власну ідентичність. Більшість авторів вбачають джерелом алекситимії дисфункціональні стресові стосунки в сім'ях, де не заохочується вільне вираження почуттів, особливо при зіткненнях з реальністю і зміні життєвих стереотипів. Можемо виокремити чотири основні концепції походження алекситимії як: генетична проблема (А. Хейберт); нейрофізіологічна проблема – концепція «функціональної комісуротомії» про локалізовану в палеостріарному тракті блокаді імпульсів від вісцелярного (емоційного) мозку до кори (К. Хоппе, Н. Гундел, Ж. Ларсен); соціально-культурний феномен – теорія про переважання алекситимічних меж в осіб з низьким соціальним статусом, невисоким рівнем інтелекту та вербальної культури (Р. Буреус); психоаналітична проблема – концепція соматизації як недосконалого типу захисту «Я». Психосоматичні хвороби мають первинніші за порівняння з неврозами коріння розвитку, що беруть початок з до символічних стадій розвитку психіки (Г. Толлер) [3].

В теорії патології раннього розвитку М. Сперлінг вивчав особливості перших контактів дитини з навколишнім світом. В контексті цих досліджень описано важкі депресії та психотичні зриви в матерів, діти яких намагалися зруйнувати симбіотичний зв'язок. Хвора дитина слабка і залежна, відповідає несвідомим бажанням матері, що створює додаткове підкріплення хвороби. Автор розглядала соматичний симптом в контексті цих стосунків як одночасне символічне підпорядкування матері і повстання проти неї. Дуже важливим в цій концепції є винесення хвороби з внутрішньо особистісного аспекту і включення її в соціальний контекст.

М. Хофер експериментально на тваринах дослідив, що мати є біологічним регулювальником, вбудовуючись в гомеостатичну організацію новонародженої дитини.

Багато біологічних процесів, зокрема, такі, як регуляція температури, серцевого ритму, вестибулярної поведінки і станів сну та активності прямо залежать від функціонування матері як регулювальниці. Не дивлячись на те, що результати були отримані на тваринах, є підстави передбачати існування подібних механізмів і у людини. Непрямим підтвердженням служать дані про ефекти госпіталізації, які свідчать про те, що розлучені з матір'ю новонароджені більшою мірою, ніж діти, які такого досвіду не мають, схильні до інфекцій, серед них спостерігається висока смертність, вони гірше розвиваються. Цей факт може бути результатом руйнування біологічно регулятивних процесів системи матір – дитина. Тож, можна передбачати, що порушення ранніх дитячо-батьківських стосунків роблять патогенний вплив на фізіологічне функціонування, через емоційну ланку. Н. Аммон вважав, що порушення здорового симбіозу призводять до первинного дефіциту «Я» дитини. Психосоматична матір емоційно тепло реагує лише на тілесні потреби дитини або звертає на неї увагу в тих випадках, коли вона хворіє. Взаємодія з матір'ю за таких обставин починає здійснюватися через психосоматичний симптом. З дитиною поводяться як з предметом, а не як з особистістю, і симптом заповнює перепад «Я». Психосоматичне захворювання має подвійну функцію. З одного боку, воно дозволяє матері підтримувати з дитиною таку форму контакту, яка знаходиться в співзвуччі з її несвідомими страхами і потребами. З іншого – воно дозволяє дитині, що пристосувалося до несвідомого конфлікту матері, створити собі міст для контакту. Таким чином, психосоматичне захворювання в дорослому віці стає обраним засобом контакту, регресією до раннього досвіду.

Г. Тейлор створив нову концепцію в розумінні природи хвороб, яку назвав «психобіологічною моделью». Це багатофакторна нелінійна концепція, яка описує процеси, що відбуваються в організмі під впливом негативних емоційних переживань та є базованою на теорії «об'єктних стосунків». Згідно цієї концепції, фізичне здоров'я залежить від здатності регулювати складні фізіологічні і біохімічні процеси. Ця концепція мала певні переваги, але модель все ж залишалася малоказовою і неопераціоналізованою для експериментальної перевірки, послідовниками теорії є Р. Маундер, Дж. Гентер.

Згідно теорії П. К. Анохіна про «функціональні системи», вирішальним чинником, що обумовлює вибіркоче залучення будь-якого органу або фізіологічної системи до патологічного процесу за принципом вимушеного функціонування, служить, біологічна архітектоніка самої емоції як функціонального процесу. Положення про вимушену діяльність робочого компоненту лягло в основу ідеї про масковану депресію, зовнішнім вираженням якої є соматичні прояви. При цьому увага хворого фіксована на діяльності найбільш значимого для нього органу (за «рейтингом-органів»), який і виявляється уразливішим.

На думку Н. Пезешкіана, психосоматичні захворювання можуть розглядатись як однобічне переживання конфлікту, «втечею в тіло» можна коротко позначити генез психосоматичних захворювань. В значній мірі від виховання, культурних особливостей і традицій залежить, які з варіативних форм переживань опиняються в перевазі тілесного вияву. При виникненні і прояві психосоматичного захворювання велику роль, за Н. Пезешкіаном, відіграє «актуальний конфлікт», який може бути результатом дії макropsихотропів (об'єктивні втрати) або формується під впливом постійних психотравмуючих чинників, що діють, як мікрropsихотропи [6].

---

Нейрогуморальна теорія розвитку психосоматичних захворювань базується на тому, що психосоматична патологія виникає унаслідок порушень емоційної рівноваги. Ці порушення розуміються як прояви загального неспецифічного адаптаційного синдрому. За нейрогуморальною теорією психосоматичні хвороби є результатом відповіді на фізичні або психічні дії. Ця теорія пояснює хворобу, в першу чергу, порушеннями внутрішнього гомеостазу. Г. Сельє сформулював ідею «загального неспецифічного адаптаційного синдрому» [2]. Цей синдром пояснює фізіологічні процеси в організмі у відповідь на стресові фактори. Основні компоненти реакції охоплює вегетативна нервова система, ендокринний апарат і гуморальні фактори.

У дослідженнях Е. Г. Ейдемільера та В. В. Юстицького причиною психічної травматизації особистості, що призводить до психосоматичних захворювань є порушення сімейної взаємодії, в якій зростає та розвивається дитина. Патогенез психосоматичних захворювань, на думку дослідників, не може бути пояснений дією лише одного етіопатогенного чинника. Сукупність цих чинників постійно знаходиться в складній кореляції та ієрархізації. Сім'я, в якій народилась та виросла особистість, посідає провідну роль у формуванні таких патогенних чинників психосоматичних захворювань як конверсія, профілі особи (тип акцентуації характеру), інфантильність («десоматизація – ресоматизація»), алекситимія. Дослідники відзначили, що від типу стосунків в батьківській сім'ї залежить схильність дитини до психосоматичних захворювань. У своєму дослідженні вони використовували класифікацію типів сімей хворих психосоматичними розладами, розроблену Н. Стерліном, у якій описані такі моделі сімейної взаємодії: «скріплення» – сім'я з жорсткими стереотипами комунікацій, діти в такій сім'ї стають інфантильними, відстають в емоційному розвитку, комунікація в цих сім'ях відбувається за принципом виконання наказів; «заперечення» – дитина наче «відмовляється» від своєї особистості через, що як природна тенденція до автономності в неї починає розвиватися психосоматичне захворювання; «делегування» – у батьків втрачена дистанційованість сприйняття досягнень своєї дитини, вони сприймають її як продовження себе, покладають на неї надії на здійснення своїх нереалізованих планів. Таким чином дитині делегується дуже багато функцій, з якими вона не може справитись і починає соматично «вирішувати» або «ухилились» від тих завдань які є для неї непосильними [5].

Батьківська та власна сім'я хворого може сприяти зниженню толерантності до стресових ситуацій, сенсibilізації до «вtrat значимого об'єкту» і схильності до соматизації депресій. Д. Н. Ісаєвим запропоновано патогенез психосоматичних захворювань, що включає такі чинники: неспецифічна спадковість і вроджена обтяженість соматичними порушеннями і дефектами (відхилення із-за хромосомної аберації підвищують ризик розвитку психосоматозів, що пов'язують з ураженням лімбічної структури); успадкована схильності до психосоматичних розладів; порушення діяльності ЦНС, що сприяють накопиченню афективного збудження, напрузі вегетативної активності, прискоренню кровообігу; особистісні властивості (у вигляді замкнутості, стриманості, недовірливості, тривожності, сенситивності, схильності до легкого виникнення фрустрацій, переважанню негативних емоцій, невисокого рівня інтелектуального функціонування у поєднанні з вираженою нормативністю і установкою на досягнення високих результатів); психічного і фізичного стану під час психотравмуючих подій (виникнення у момент переживання життєвих



труднощів, відчуття безвихідності, зневіри у власній сили, відчуженості, відсутність активності і завзятості призводить до захворювання); фон несприятливих родинних та інших соціальних чинників (якщо кількість подій, що призводять до серйозних змін, зростає більш ніж в 2 рази в порівнянні з середньою кількістю, то вірогідність захворювання складе 80%; внутрішньосімейні конфлікти в ранньому віці збільшують ризик розвитку психосоматозів); особливості психотравмуючих ситуацій (сприйнятливість до стресора у різних людей різна і залежить від їхньої психологічної значущості для певної людини, а також від джерела і масштабу дії, наприклад, страх війни, екологічного лиха, страх нападу або переживання родинних конфліктів).

Нову клінічну гіпотезу механізмів формування психосоматичних розладів висунула А. Б. Смульович. Відповідно до неї формування системи психосоматичних співвідношень розглядається не в аспекті однотипно спрямованого (психо-і-соматоцентрований вектор) впливу психічних або соматичних чинників, а з врахуванням їхньої взаємодії. Висунута гіпотеза розглянута авторами на моделі взаємодії особистості (як характерологічної або патохарактерологічної структури) і соматичних захворювань, що свідчить про те, що сучасні психосоматичні вчення розвивається, з'являються нові концепції та напрями. Цікавими в контексті національної парадигми взаємозв'язку здоров'я та хвороби є дослідження емоцій А. Б. Холмогорова та Н. Р. Гараняна, які базуються на вивченні специфічних психологічних чинників, ціннісних орієнтацій та установок, що набувають властивостей ментальних інтроєктів та створюють психологічну передиспозицій до певного захворювання.

Дослідження у психосоматичній парадигмі активно розвивається в останні десятиліття в контексті клінічної психології такими дослідниками як К. С. Максименко, Т. Б. Хмуленко, Т. Б. Єфименко, М. Рейзер, Р. Х. Сінгх, Б. Н. Синга, С. Сторкебаум, Т. Сівік, В. В. Ручкін, Г. А. Фава, Н. Саніні, К. Кубо, Д. Окен, В. Пірінгер, М. Г. Орі, М. Чесні, Д. Бенгер, Р. М. Готтліб, Д. С. Шепс, М. Греко, Д. Фромер, Р. Балон.

**Висновки.** Розглянуті нами теорії та наукові концепції описують виникнення психосоматичних захворювань в контексті порушення раннього розвитку та подальших акцентованих проблем виховання, зокрема їх наслідків втрата стресостійкості, алекситимічність та втеча хворобу. І досі залишається багато неоднозначностей та недосліджених аспектів в науковому осмисленні. Позитивною тенденцією цих досліджень є врахування цілої низки факторів в етіології захворювання. Все ж більшість дослідників, не зважаючи на основний модус їх наукового осмислення сходяться в основних складових психосоматичних захворювань до яких відносяться наступні: початок хвороби практично завжди пов'язаний з певними життєвими подіями, які сприймаються особистістю як загрозові або тригеруючі для психосоматогенезу. Дослідження підтверджують, що найчастіше початок соматичного захворювання виявляється пов'язаним із несприятливою динамікою емоційних переживань яка переходить у хронічний стрес, як правило викликаний значимою втратою, що має суб'єктивний чи об'єктивний характер.

### Список літератури

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер / Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – С. 152 – 164.
-



2. Бройтингам Б. Психосоматическая медицина / Б. Бройтингам, П. Кристиан, М. Рад / пер. с нем. Г. А. Обухова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
  3. Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка / М. Кляйн // Психоанализ в развитии: Сб. пер. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 59 – 107.
  4. Компанович М. С. Особливості проявів алекситимії у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями / М. С. Компанович // Психологія і особистість: Збірник наукових праць Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка. – Київ – Полтава, 2017. – №1 (11). – С. 109 – 120.
  5. Компанович М. С. Стигматизованість сімейного середовища підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями / М. С. Компанович // Вісник Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. – Серія «Психологія». – Том 21, Вип. 4. – Одеса: «Астопринт» 2016. – 93 – 103.
  6. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
  7. Петрова Н. Н. Психотерапия в лечении психосоматических расстройств / Н. Н. Петрова, А. В. Коновалова // Обзорение психиатрии и мед. Психологи. – 2004. – №3. – С.25 – 27.
  8. Проворотов В. М. Алекситимия и внутренние болезни / В. М. Проворотов, Ю. Н. Чернов, О. В. Лышова, А. В. Будневский. – Журнал неврологии и психиатрии. – №6. – 2000. – С. 66 – 70.
  9. Хамуленко Т. Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід: навч.-метод. посіб. / Т. Б. Хамуленко, І. О. Філенко, К. І. Фоменко, О. С. Шукалова, М. В. Коваленко. – Х.: «Диса плюс», 2015 – 264 с.
-

**РОЗДІЛ: ПСИХОТЕРАПІВТИЧНІ МОДАЛЬНОСТІ, МЕТОДИ ТА МЕТОДИКИ**

УДК 159.98:615.851:616.89-008.442.6

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З НАРЦИСИЧНО  
ОРГАНІЗОВАНИМИ ОСОБИСТОСТЯМИ****Свинаренко Ю. В., Чичихіна Н.А.**

У статті представлено особливості психотерапевтичної роботи з нарцисичною проблематикою, що є актуальною для сучасного суспільства. Зростання інтересу до проблеми нарцисизму обумовлене двома взаємопов'язаними причинами: по-перше, соціальні трансформації, становлення нарцисичної культури; по-друге, збільшення випадків клієнтів з нарцисичною організацією особистості. Зростання нарцисичної патології пов'язане з соціальними змінами у сучасному суспільстві. Суспільство споживання, що є актуальним для сьогодення, провокує особистість на нестримне прагнення до успіху та перфекціонізм. Це є сприятливими умовами для напруження нарцисичних механізмів особистості. Розглянуто різні підходи до розуміння нарцисизму у рамках психоаналітичного мислення. Г. Розенфельд першим розробив теорію патологічного нарцисизму. Згідно його ідеям нарцисична особистість завдяки своїй «всемогутності» інтроецює «хороший» частковий об'єкт (у термінологічній традиції школи об'єктних стосунків) та всемогутнім чином приписує власне Я цьому об'єкту. У нарцисичних об'єктних стосунках всемогутність Я відіграє ключову роль. О. Кернберг розуміє нарцисизм з точки зору структурних особливостей психіки. Він класифікує нарцисизм у широкому діапазоні від норми до патології. Х. Кохут вважав, що нарцисизм є невід'ємною частиною нормального психічного розвитку людини. Розуміння нарцисизму з позиції Х. Кохута відображається в ідеї про те, що зміст проблеми нарцисизму полягає не в тому, наскільки та чи інша особистість нарцисична, а у тому, як вона регулює свій нарцисизм. Описані особливості психотерапевтичного контакту з нарцисично організованими особистостями. Наведені деякі стратегії психотерапії для нарцисичних клієнтів.

**Ключові слова:** нарцисизм, нарцисично організована особистість, психотерапія.

The article presents the features of psychotherapeutic work with narcissistic problems, which relevant for modern society. There are two interrelated reasons which are connected with the growth of interest in the problem of narcissism: the first one –social transformations, the formation of narcissistic culture; and these condone – an increase in cases of clients with narcissistic personality organization. The growth of narcissistic pathology is associated with social changes in modern society. The consumption society, which is relevant for the present, provokes a person to the unbridled striving for success and perfectionism. This is a favorable condition for the strain of narcissistic mechanisms of personality. Different approaches to the understanding of narcissism in the frame work of psychoanalytic thinking are considered. G. Rosenfeld first developed the theory of pathological narcissism. According to his ideas, the narcissistic personality, due to it is "omnipotence", introduces a "good" partial object (in the terminology tradition of the school of object relations) and, in an omnipotent manner, as cribs itself to this object. In narcissistic object

relations omnipotence I play key role. O. Kernberg understands narcissism in terms of structural peculiarities of the psyche. He classifies narcissism in a wide range from norm to pathology. H. Kohut believed that narcissism is an integral part of normal mental development of man. Understanding narcissism from the stand point of H. Kohut is reflected in the idea that the content of the problem of narcissism lies not in the extent to which one or another person is narcissistic, but in how it regulates its narcissism. Features of psychotherapeutic contact with narcissistically organized individuals are described. Some strategies of psychotherapy for narcissistic clients are given.

**Keywords:** narcissism, narcissistically organized personality, psychotherapy.

Актуальність досліджень нарцисичної проблематики у психотерапевтичній практиці обумовлена двома взаємопов'язаними причинами. Це соціальні трансформації, становлення нарцисичної культури та збільшення випадків клієнтів з нарцисичною організацією особистості [5, 7, 10]. Тому важливими й актуальним є поглиблення знань щодо стратегії психотерапії нарцисичного організованої особистості, а також дослідження причинно-наслідкових зв'язків соціальних змін з особливостями нарцисичного напруження сучасної людини.

Кожній людині властива певна вразливість відносно власної цінності. У психоаналізі нарцисично організованою особистістю вважають таку, що спрямована на постійну підтримку самоповаги шляхом зовнішньої оцінки. Для нарцисично організованої людини стурбованість власною цінністю та самоповагою є пріоритетним над іншими переживаннями. Нарцисичній особистості властиве іманентне переживання зневіри у позитивне ставлення до неї з боку оточуючих, відчуття обману та неприйняття.

Н. Мак-Вільямс вважає, що «раніше проблеми нарцисизму не носили такого характеру епідемії, як сьогодні». К. Лаш називає сучасну культуру «культурою нарцисизма», суспільством «конкурентного індивідуалізму, зведеного до рівня війни з усіма і всім, до гонитви за щастям, яка заходить у глухий кут повного занепокоєння собою». А. Купер висловлює думку, що відмінна риса сучасного суспільства: «Оскаженіле споживацтво... Мізерне почуття спільноти на користь окремого просування будь-якою ціною; ефект комерційного телебачення, який спантеличує, роблячи акцент на сексі, насильстві і гламури; нестабільність родини; відсутність відданості у відносинах - все це вже називали як причиною, так і свідоцтвом розквіту патології особистого нарцисизму». О. Лоуен відзначає, що в наш час проблем, які виникають внаслідок почуттів провини, тривоги і фобій менше, ніж проблем, що обумовлені нарцисизмом [5, 7, 10].

З. Фрейд розглядав нарцисизм одночасно як особистісний, так і як клінічний феномен. Під нарцисизмом вчений мав на увазі специфічний стан, згідно з яким людина концентрує повністю свій інтерес на самому собі. Фрейд не включив нарцисизм ні в свою теорію потягів, ні у структурну модель психіки, але у той же час ніколи навіть не робив спроб від нього відмовитися. При цьому він наполягав, що нарцисизм повинен зайняти законне місце у процесі нормального психічного розвитку людини. Це зумовило формування абстрактної концепції нарцисизму, яка відразу ж вийшла за рамки психоаналізу і спровокувала численні дослідження у зарубіжній психології [5, 9]. З. Фрейд не приділяв значної уваги терапії нарцисичних клієнтів можливо тому, що у той час проблеми нарцисизму не мали такої

поширеності. Більшість пацієнтів Фрейда страждали від надлишку внутрішніх переживань стосовно власних переваг та недоліків. Це описувалось як стан, що відбиває «жорстке Супер-Его». Сучасні ж клієнти психотерапії навпаки, частіше відчують себе суб'єктивно спустошеними, аніж переповненими критичними інтерналізаціями. Сучасна людина більш занепокоєна тим, що «не вписується» у оточення, не відповідає ситуації, аніж з-за того, що зраджує своїм принципам. Вони схильні вкрай довго розмірковувати та дискутувати стосовно зовнішніх переваг (красоти, матеріального успіху, привабливості тіла та відповідності моді), при цьому уникають тем власної ідентичності, емоційно-інтимних переживань. Знецінення та приховування власних глибинно-особистісних переживань [3, 5, 10].

Складність роботи с нарцисичними розладами полягає у відносній прихованості ознак та різноманітності нарцисичних переносів під час психотерапії.

Внутрішня ціна нарцисичного голоду особистості зазвичай недоступна сприйняттю оточуючих. Шкода оточуючим, яку завдає нарцисична особистість підчас реалізації свого невротичного сценарію, виправдовується як неминучий побічний ефект конкуренції та раціоналізується («Без кісток м'яса не буває», «Не розбивши яйця, не приготуєш яєшню»). При цьому присутній суб'єктивне емоційне переживання сорому та страху викриття власної «поганості» [1, 3, 5, 8].

У рамках психоаналітичного мислення виділяють три підходи до розуміння патологічного та нормального нарцисизму особистості.

Перший підхід бере свій початок від М. Кляйн та продовжується у роботах Г. Розенфельда [6]. У цьому підході нарцисизм розуміють з позицій психології об'єктних стосунків. Згідно поглядам Г. Розенфельда нарцисична особистість шляхом суб'єктивної всемогутності інтроецює «абсолютно хороший» об'єкт та/або проецює своє Я «всередину» такого об'єкту, таким чином заперечуючи всяку відмінність або відокремленість Я від об'єкту. Це дозволяє нарцисичній особистості заперечувати свою потребу в залежності від зовнішнього об'єкта. Залежність означала б потребу в люблячому і потенційно фруструючому об'єкті, а значить постійний ризик втрати власної цінності. Для таких особистостей властивий занадто ідеалізований образ Я, тому людина жорстко не приймає все, що не вписується до цього образу [3, 6].

Нарцисичні об'єктні стосунки дозволяють уникнути агресивних почуттів, що виникають у відповідь на фрустрацію, страх знецінення. Зовнішній об'єкт, яким в ситуації психотерапії виступає терапевт, часто використовується клієнтом для проєкції всіх небажаних частин своєї особистості "всередину" цього об'єкта. Таким чином, терапевт виконує своєрідну роль контейнера, що містить «погані», травматичні частини психічного життя клієнту. Подібні психотерапевтичні стосунки приносять велике задоволення нарцисичній особистості, оскільки все неприємне «поміщається» у особистість психотерапевта, а все хороше, що є у цих стосунках, клієнт приписує собі.

Другий підхід до розуміння природи та витоків нарцисичної особистості представлений роботами Х. Когута та його послідовників. Розуміння нарцисизму з позиції Х. Когута відображається в ідеї про те, що зміст нарцисичної проблеми полягає не в тому, наскільки та чи інша особистість нарцисична, а у тому, як та чи інша особистість регулює свій нарцисизм. Психічна активність є нарцисичною у тій мірі, в якій її функцією є захист,

---

заповнення та збереження структурної цілісності, тимчасової стабільності і позитивно-афективного забарвлення уявлення про себе. Існують стійкі нарцисичні способи регуляції уявлення про себе, які є універсальними для всіх, хоча вони можуть індивідуально розрізнятися, породжуючи континуум перехідних форм нарцисизму [1, 3, 4].

В рамках теорії психоаналізу Хайнц Когут сформулював нову теорію власного «Селф»: розвиток, можливі порушення та лікування. Внесок Х. Когута [4] виявся корисним не лише у тому, що він намагався зрозуміти і допомогти нарцисичним клієнтам. Він сприяв загальній переорієнтації у бік розгляду пацієнтів з точки зору селф-системи, ставлення до власного «селф» (self -представництва), досліджував як самооцінка стає залежною від внутрішніх процесів. Ненсі Мак-Вільямс наводить клінічний приклад, який підтверджує доцільність такого доповнення до теорії. Два пацієнта можуть бути клінічно депресивними і мати майже ті ж симптоми вегетативного прояву [5]: безсоння, порушеннями апетиту, плаксивість, психомоторну відсталість тощо. Але вони радикально відрізняються за своїм суб'єктивним досвідом переживань. Один відчуває себе погано з точки зору моральної недосконалості. Він розмірковує про самогубство, тому, що вважає, що його існування лише посилює проблеми світу, і він тільки полегшить життя на планеті, коли припинить своє існування. Інший відчуває себе внутрішньо спустошеним, потворним. Він також думає про самогубство, але не для того, щоб зробити світ кращим, а тому, що не бачить сенсу в цьому житті. Перший відчуває почуття сильної провини, другий – всеосяжного сорому. В обох випадках присутні порушення нарцисизму, але якісно різні.

Третій підхід досліджень нарцисизму та особливостей роботи з ним представлений у Его-психології об'єктних стосунків О. Кернберга. Загалом ця позиція розуміння особистісного нарцисизму бере свій початок від класичного психоаналізу, при цьому має значні відмінності. Кернберг вважав, що розвиток нормального і патологічного нарцисизму завжди включає в себе взаємовідносини Я-репрезентацій з об'єкт – репрезентаціями та із зовнішніми об'єктами, а також конфлікти інстинктів, до яких залучені і лібідо, і агресія. Тобто, працюючи з нарцисизмом неможливо уникнути динаміки розвитку лібідо і агресії, особливостей об'єктних стосунків. І хоча нормальний нарцисизм є проявом лібідо, спрямованого на Я, нормальне Я утворює структуру, в якій інтегровано лібідо і агресія. При цьому інтеграція "хороших" і "поганих" Я-репрезентацій в реалістичній концепції Я необхідна для лібідинальних інвестицій нормального Я. О. Кернберг наголошує, що ця обставина ілюструє наступний парадокс - інтеграція любові і ненависті є передумова для здатності нормально любити [3].

Специфічний нарцисичний опір клієнта під час психотерапії виникає у той момент, коли активно проявляється патологічний нарцисизм особистості. Патологічний нарцисизм особистості проявляється тоді, коли лібідо спрямоване не на нормальну інтегровану структуру Я, а на патологічну. Тобто, мається на увазі грандіозне Я, що містить у собі реальне Я, ідеальне Я та ідеальні об'єкт-репрезентації. Відсутність протиріч в концепції Я, властива тим психопатологічним станам, які найближчі до стану здоров'я, є клінічним проявом інтегрованого Я і здатності встановлювати глибокі об'єктні стосунки, яка говорить про те, що ці пацієнти досягли стадії сталості об'єкта.

Отже, ми розглянули загальні засади розуміння структури психіки нарцисично організованих особистостей. Виходячи із вище наведеного матеріалу спробуємо освітити можливі стратегії психотерапевтичного впливу на таких клієнтів.

Найбільш важливою особливістю психотерапії з нарцисично спрямованим клієнтом є систематичний аналіз патологічного грандіозного Я, що постійно проявляється у переносі. Згідно ідеям О. Кернберга, стрижневою особливістю нарцисичної структури характеру є те, що грандіозне Я при переносі дозволяє уникати дисоційованих частин Я та об'єкт-репрезентацій, примітивних об'єктних стосунків. Грандіозне Я у психотерапевтичному процесі відіграє роль нездоланної дистанції між психотерапевтом та клієнтом. О. Кернберг наводить наступний опис «У стосунках між пацієнтом і аналітиком зовні непомітно, але стійко відсутня нормальна «реальна» сторона, відсутні стосунки, при яких пацієнт ставився б до аналітика як до живої людини. Активізація патологічної ідеалізації свого Я у пацієнта, що чергується з проєкцією цього ідеалізованого Я на аналітика, залишає враження, що в кімнаті присутній лише одна ідеальна велична особистість, якій приховано віддається захоплення. Частий рольовий обмін між пацієнтом і аналітиком підкреслює цей стійкий по своїй суті патерн перенесення» [3, 8, 10].

Таким чином, під час психотерапії нарцисичних клієнтів надзвичайно важливо наскільки цінним є психотерапевт у сприйнятті клієнтом. Психотерапевт повинен справляти враження досвідченого професіонала аби нарцисичний клієнт відчував, що відвідує величну постать у психотерапії (наприклад, клієнтка М. 44 роки, з нарцисичною структурою характеру прокоментувала свої сеанси у відомого та визнаного психотерапевта так - «Зірку повинна лікувати лише зірка!»). При цьому, психотерапевт не повинен бути занадто ідеальним. Психотерапевту необхідно дотримуватися тонкої межі самоповаги клієнта – бути таких же хорошим, як і клієнт, але не краще (аби не викликати в клієнті почуття агресії та заздрості) та не гріши (аби уникнути знецінення психотерапії). Це достатньо складна та важлива задача для психотерапевта: з самого початку роботи з нарцисичним клієнтом встановити такий контакт, який би дозволив клієнту одночасно зберегти достатній рівень самоповаги та уникнути знецінення фігури психотерапевта [2, 3, 8].

Критичним моментом у психотерапевтичній роботі з нарцисичними клієнтами є припинення підтримки грандіозного Я, замість цього звернути увагу клієнта на реальну природу його переживань та переносу. Це стає причиною агресії, злості та знецінення самого процесу психотерапії. Зазвичай, подібні реакції відбуваються у то момент, коли клієнт відчув, що психотерапевт зрозумів більше ніж йому сказали та допоміг усвідомити те, що раніше було недоступним для клієнта. О. Кернберг визначає такі етапи психотерапевтичного процесу як періоди пустоти, переживання «нічого не відбувається, все безглуздо». Саме «періоди пустоти» виступають засобом руйнування і знецінення вже пережитих результатів психотерапії, бо прийняти ці результати означає усвідомити свою залежність у цій ситуації від психотерапевту. Усвідомлення та прийняття своєї слабкості та автономії психотерапевта є болісним для особистості з нарцисичною структурою характеру [2, 3, 5, 8, 10].

Іншим варіантом переживання цього критичного моменту психотерапії є наполегливе прагнення клієнта здобути від психотерапевта вичерпну інформацію про себе. Для нарцисичного клієнта важливе переживання, що він завзято працював та попри всі труднощі здобув чітке розуміння генезу свого неврозу, при цьому його невротична історія унікальна та

---



досі не зустрічалась у практиці психотерапії. Подібна емоційна реакція є ще одним варіантом нарцисичного переносу, що була описана Г. Розенфельдом [6]. Для роботи з подібною емоційною реакцією психотерапевту потрібно мати достатньо терпіння та часу. Тривалі періоди самоаналізу клієнта, які супроводжуються демонстративними, награними інсайтами, змінюються станами спустошення та нудьги. На цьому етапі психотерапевтичного процесу виникає чергування емоційного спустошення та надмірної активності клієнта; він намагається випередити психотерапевта в інтерпретаціях, ніби все сам про себе давно знає, емоційно приймає усі інтеракції з боку психотерапевта [3].

Поступово, шляхом проєкції, клієнт приходять до висновку, що психотерапевт до нього байдужий та маніпулює ним. Це наступний етап психотерапевтичного контакту з нарцисично організованою особистістю. Чим більш травмоване Суперг-Его, тим більш клієнт знецінює психотерапевтичний контакт та досвід емоційної близькості, досвід безумовного прийняття від психотерапевта. Одним із варіантів стратегій психотерапії у цьому випадку є поступова активізація примітивних форм психологічного захисту та переносу. Тобто, ескалація конфлікту дозволить проявити параноїдальну підозрілість та оголитиме пряму агресію на психотерапевта. Очевидний розрив стосунків, які раніше здавалися «ідеальними», є перенесенням в більш справжні, амбівалентні і переповнені конфліктами стосунки, які відображають активізацію примітивних об'єктних відносин. Результатом цього етапу психотерапії, в ідеалі, повинен стати набутий досвід клієнта справжніх, істинних, амбівалентних переживань [2, 3, 5, 8, 10].

При роботі з нарцисично організованими особистостями надзвичайно важливими є умови психотерапевтичного контакту, які повинні стати для клієнта запорукою безпеки для його істинного Я. Клієнт, в першу чергу, сам боїться та соромиться свого істинного Я, тому ключова роль психотерапевта полягає у створенні умов для особистісного росту. Згідно засадам клієнт-центрованої психотерапії К. Роджерса це емпатія, конгруентність та безумовна любов, яка повинна стати цілющою для розщипленого, грандіозного Я.

Таким чином, пріоритетними завданнями психотерапевта при роботі з нарцисично організованою особистістю є наступне: усунення компенсаторних форм поведінки та компенсаторного сприйняття дійсності; супровід та підтримка клієнта на шляху до болісних, але реальних та необхідних переживань власних змін та прийняття істинного Я; схвалення, прийняття та турбота про вираження істинного Я клієнта, прийняття емоційної експресії; створення необхідних умов у психотерапевтичному контакті для самовираження та росту особистості.

### Список літератури

1. Валь Г. Теория нарцисизма / Г. Валь // Ключевые понятия психоанализа. — Санкт-Петербург : Б&К, 2001. — С. 85—93.
2. Джонсон С. М. Психотерапия характера. Методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия» / Стивен М. Джонсон. — Москва : Центр психологической культуры, 2001. — 356 с.
3. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства / Кернберг О. Ф. — Москва : Класс, 2000. — 464 с.

4. Кохут Х. Анализ самости. Системный подход к лечению нарциссических нарушений личности / Х. Кохут. — Москва : Когито-Центр, 2003. — 367 с.
5. Мак-Вильямс Н. М. Психоаналитическая диагностика : Понимание структуры личности в клиническом процессе : пер. с англ. / Мак-Вильямс Н. М. — Москва : Класс, 1998. — 480 с.
6. Розенфельд Г. Деструктивный нарциссизм и инстинкт смерти / Г. Розенфельд // Журнал практической психологии и психоанализа. 2008. — № 4. — С. 13—26.
7. Соколова Е. Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен / Соколова Е. Т. // Вопросы психологии. — 2009. — № 1. — С. 67—80.
8. Соколов С. Е. Нарушение рефлексивной функции и образование защитной фантазии у пациентов с нарциссическим расстройством личности / С. Е. Соколов // Вестник психоанализа. — 2000. — № 1. — С. 57—69.
9. Холмс Дж. Нарциссизм. Проблемы психоанализа / Дж. Холмс. — Москва : Проспект, 2002. — 80 с.
10. Шварц-Салант Н. Нарциссизм и трансформация личности. Психология нарциссических расстройств личности / Н. Шварц-Салант. — Москва : Класс, 2007. — 296 с.

#### References

1. Val G. Teoriya nartsissizma / G. Val // Klyuchevyie ponyatiya psihoanaliza. — Sankt-Peterburg : B&K, 2001. — S. 85—93.
  2. Dzhonson S. M. Psihoterapiya haraktera. Metodicheskoe posobie dlya slushateley kursa «Psihoterapiya» / Stiven M. Dzhonson. — Moskva : Tsentr psihologicheskoy kulturyi, 2001. — 356 s.
  3. Kernberg O. F. Tyazhelye lichnostnyie rasstroystva / Kernberg O. F. — Moskva : Klass, 2000. — 464 s.
  4. Kohut X. Analiz samosti. Sistemnyiy podhod k lecheniyu nartsissicheskikh narusheniy lichnosti / X. Kohut. — Moskva : Kogito-Tsentr, 2003. — 367 s.
  5. Mak-Vilyams N. M. Psihoanaliticheskaya diagnostika : Ponimanie strukturyi lichnosti v klinicheskom protsesse : per. s angl. / Mak-Vilms N. M. — Moskva : Klass, 1998. — 480 s.
  6. Rozenfeld G. Destruktivnyiy nartsissizm i instinkt smerti / G. Rozenfeld // Zhurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza. 2008. — # 4. — S. 13—26.
  7. Sokolova E. T. Nartsissizm kak klinicheskiy i sotsiokulturnyy fenomen / Sokolova E. T. // Voprosyi psihologii. — 2009. — # 1. — S. 67—80.
  8. Sokolov S. E. Narushenie reflektivnoy funktsii i obrazovanie zaschitnoy fantazii u patsientov s nartsissicheskim rasstroystvom lichnosti / S. E. Sokolov // Vestnik psihoanaliza. — 2000. — # 1. — S. 57—69.
  9. Holms Dzh. Nartsissizm. Problemyi psihoanaliza / Dzh. Holms. — Moskva : Prospekt, 2002. — 80 s.
  10. Shvarts-Salant N. Nartsissizm i transformatsiya lichnosti. Psihologiya nartsissicheskikh rasstroystv lichnosti / N. Shvarts-Salant. — Moskva : Klass, 2007. — 296 s.
-

УДК 159.942.6:355.1-057.36(477.61/.62)АТО

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ТРАВМАТИЧНИМ  
ЕМОЦІЙНИМ ДОСВІДОМ КОМБАТАНТІВ****Харченко А.О.**

У статті представлено особливості психотерапевтичної роботи з травматичним емоційним досвідом комбатантів. Актуальність даної проблематики різко зросла за останні 3-4 роки в першу чергу у зв'язку з подіями на сході України, а саме – Антитерористичною Операцією (АТО), що обумовило зростання комбатантів з різними особливостями емоційних травм. Специфіка умов, в яких перебувають комбатанти, особливості комунікації з керівництвом, підлеглими та товаришами по службі, особливості травматичного емоційного досвіду, важливість роботи з емоційними структурами, на яку вказує О.С. Кочарян та його учні в багаточисельних працях, обумовлює необхідність розробки психотерапевтичної стратегії роботи з комбатантами. В статті розглянуто можливість застосування клієнт-центрованої психотерапії, як стержневої складової терапії, доповненої елементами когнітивної психотерапії, психокаталізом за А. Ф. Єрмошиним та напрямком, запропонованим David Bercei, а саме TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises, які сумарно дають можливість уникнути можливої деструктивної специфіки взаємодії з клієнтами-комбатантами-чоловіками. Можлива специфіка терапевтичної роботи з жінками не розглядається. Характерними для емоційного травматичного досвіду комбатантів, які були розглянуті на конкретному прикладі з терапевтичної практики є: фрагментарність спогадів, “склеювання емоцій та почуттів”, втрата зв'язку між змістом та самою емоцією, дисоціація від певних емоцій (страх, відраза, плач), виникнення “заторних” емоцій, алекситимічність та усвідомлення емоцій лише на рівні відчуттів, ригідність емоційної сфери, високий рівень роботи таких захисних механізмів, як психологічне витіснення, заперечення, ізоляція афекту.

**Ключові слова:** психотерапія комбатантів, травматичний емоційний досвід.

This article introduces the features of psychotherapeutic work with the traumatic emotional experience among combatants. The applicability of this issue has sharply increased over the past 3-4 years, primarily due to the events in eastern Ukraine, namely, the Antiterrorist Operation (ATO), which determined the growth of combatants with different features of emotional trauma. The specific conditions for the combatants, the peculiarities of communication with the executives, subordinates and comrades, the features of the traumatic emotional experience, the importance of working with emotional structures, pointed out by O.S. Kocharian and his students in numerous researches, make it necessary to develop a psychotherapeutic strategy for working with combatants. The article considers the possibility of using client-centered psychotherapy as a core component of therapy, complemented by elements of cognitive psychotherapy, psychotherapy by A.F. Yermoshin, and the direction proposed by David Bercei, namely TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises, which in general give the opportunity to avoid possible destructive specificity of interaction with clients-combatants-men. A possible specificity of therapeutic work with women is not considered. Characteristics of the emotional traumatic experience among combatants, based on

a concrete example of therapeutic practice is: fragmentation of memories, "gluing of emotions and feelings", loss of connection between meaning and emotion, dissociation from certain emotions (fear, aversion, crying), the generation of "blocked" emotions, alexithymia and awareness of emotions only at the level of sensations, rigidity of the emotional sphere, high level of work of such protective mechanisms as psychological displacement, negation, isolation of the affection.

**Key words:** psychotherapy of combatants, traumatic emotional experience.

За даними Генерального Штабу України за три роки проведення Антитерористичної операції на сході України загинуло більше трьох тисяч військовослужбовців Збройних сил України та більше двадцяти тисяч отримали поранення. Зі слів президента України П.О. Порошенко, за шість перших хвиль мобілізації до Збройних сил України вступило двісті десять тисяч військовослужбовців. Враховуючи те, що хвилі по мобілізації продовжуються, певна кількість військовослужбовців після демобілізації повторно йдуть служити, підписуючи контракт, можна зрозуміти, що до подій на сході України залучені сотні тисяч військовослужбовців.

Вищезазначена статистика свідчить про ріст актуальності професійної психологічної допомоги та профілактики як демобілізованим, особливо тим, у кого виникають складнощі при інтеграції в соціум, в повернення до звичного життя, так і тим, хто продовжує нести службу в рядах Збройних сил України, але, при цьому, є свідками каліцтв, поранень, загибелі товаришів, що, безумовно, має певний вплив на психіку.

Паралельно із загостренням зазначеної ситуації, існує недостатня кількість теоретичних уявлень, практичних напрацювань та результатів емпіричних досліджень, особливо в Україні, які давали б підставу максимально ефективно допомагати комбатантам у цій проблематиці, тим більш, що в Україні, як мінімум, за роки незалежності, майже не було підстав для актуалізації даної феноменології клієнтських запитів, хоча, звичайно, є психологи які займалися даною тематикою поза українського питання, серед яких: В.М. Ахутін, О.С. Лобастов, С.Д. Максименко, В.С. Новиков, Н.В. Оніщенко, , О.Д. Сафін, О.В. Тімченко, О.Ф. Хміляр, С.В. Чермянін, Є.Б. Шустов, В.Ф. Місюра, Г.І. Ломакін М. Горовіц, В.І. Алещенко, Р. Грінкер, Н.А. Агаєв, А. Кемпінські, Д. Лінді, Д. Шпігель та ін. В той же час, є очевидним те, що буде збільшуватись кількість комбатантів, в яких проявлятиметься посттравматичний стресовий розлад, проблеми соціальної інтеграції та адаптації, різного роду емоційні розлади та ін. Тобто, отриманий травматичний емоційний досвід буде погіршувати психологічне здоров'я та якість життя цих комбатантів.

Існує певна специфіка психотерапевтичної роботи з комбатантами, адже, усвідомлюючи наявність проблем психологічного характеру, вони досить часто позиціонують себе в рамках терапії, реалізуючи те, що О.С. Кочарян зазначив, як несприятливе для терапії, а саме: 1) регресія, 2) наповнення терапевтичного контакту трансферентними відносинами, 3) стійке відтворення інфантильних когнітивних, емоційних та поведінкових паттернів, 4) резистентність до змін. О.С. Кочарян, вказуючи на несприятливі для психотерапії компоненти, також вказує на запропоновані К.Р. Роджерсом[6] характеристики людей, які знаходяться на першій та другій стадіях психотерапевтичного процесу, а саме: небажання повідомляти будь-що про себе, готовність говорити тільки про зовнішні обставини, не усвідомлюються почуття та особистісний сенс,

---

статичність особистісних конструктів, страх психологічної інтимності, тенденція заперечувати наявність особистісних проблем, відсутність бажання змінюватися, блокування спілкування з самим собою[5]. Важливим є те, що саме ці особливості поведінки досить часто характерні для комбатантів в спілкуванні на теми травматичного емоційного досвіду, отриманого під час служби.

Надзвичайно сильно напружені емоційні структури не дають можливості клієнту рефлексувати ті почуття та емоції, які необхідно вивільнити для гармонізації цієї структури. Дану особливість можна розглянути на конкретному прикладі: чоловік 37 років, демобілізований, звернувся по проханню дружини, яка помітила виражені зміни в поведінці чоловіка, а саме: замкнутість, часта зміна настрою, сновидіння-жахіття, спалахи гніву, періодичні панічні атаки, хронічна напруга. До проходження служби в зоні АТО подібних особливостей поведінки у чоловіка не спостерігалось. Сам чоловік до психотерапевтичної роботи спочатку ставився досить скептично. В більшій мірі, з його слів звернувся до терапевта, бо дружина сподівається, що терапевт зможе допомогти. При найменших спробах говорити про події, які він пережив за час участі в бойових діях, у чоловіка спостерігався сильний емоційний спротив, впевненість в тому, що його ніхто не зрозуміє, гнів щодо того, що цивільне населення не розуміє, наскільки тяжко тим чоловікам, які отримали бойовий досвід, відчуття болю та втрати, пов'язане з загибеллю товариша. До зазначеної скарги додалася також алекситимічність висловлювань. Тобто чоловік часто міг говорити про деякі відчуття в тілі, а не про почуття та емоції, що теж є досить характерною особливістю для комбатантів. В той же час, зазначені відчуття, чоловіком ніяк не виражалися конструктивно, що обумовлювало хронічну напругу в тілі та періодичні сновидіння-жахи. Тобто, емоційна напруга була настільки сильною, що витіснялася зі свідомості, а найменша спроба терапевтичної роботи викликала сильну фрустрацію і, як наслідок, - бажання залишити терапію. Виникає ідея схожості даного травматичного досвіду із запропонованою ідеєю “заторних” емоцій О.С. Кочаряном[4]. Тобто існує певна емоційна складова як пласт, який блокує прояв звичайних емоцій, таким чином обумовлюючи певну ригідність та періодичну фрустрацію до певних станів. О .С. Кочарян підкреслює необхідність вивільнення “заторних” емоцій та підвищення емоційного тону та врівноважування емоцій як терапевтичного механізму, що має бути однією з основних цілей в терапевтичній стратегії[5]. Таким чином, клієнт-центрована психотерапія може бути основним вектором в роботі з комбатантами, адже саме її концептуальні засади орієнтовані на можливість відреагування тих “заторних” емоцій, які представляють собою майже всю сумарність клієнтських запитів комбатантів. Але виникає проблема “фасадної ” неготовності, відсутності досвіду на початковому етапі роботи працювати на рівні почуттів, бути в контакті зі своїми емоціями, звичка комбатантів раціоналізувати дійсність, звичка до директивності в компетентній комунікації, а відповідно і очікування допомоги від того, хто позиціонує себе в рамках даної специфіки комунікації, що суперечить традиційному розумінню позиції психотерапевта в клієнт-центрованій психотерапії по відношенню до клієнта, що, в свою чергу, може призвести до знецінення фігури психотерапевта таким клієнтом. Тож виникає необхідність створення оптимальної моделі психотерапевтичної роботи з комбатантами, враховуючи специфіку травматичного емоційного досвіду, а, відповідно, і клієнтських запитів, в якій клієнт-центрована психотерапія буде виступати



стержневою складовою терапевтичної стратегії у взаємодії з іншими терапевтичними напрямками, які могли б допомогти ефективно подолати зазначені вище загрози для ефективної роботи з комбатантами.

В рамках оптимізації та адаптації клієнт-центрованої психотерапії для роботи з комбатантами було запропоновано доповнення класичного уявлення про роботу в рамках даного підходу, деякими іншими терапевтичними методами. Так, у вищезазначеному прикладі з психотерапевтичної практики, для початкового етапу роботи була залучена когнітивна психотерапія. Такі представники когнітивної психотерапії, як А. Бек, Р. Макмаллін, А. Еліс, вказують на існування неадаптивних когніцій, що по своїй природі є автоматичними, у зв'язку з чим досить складно піддаються рефлексії[1]. Звичайно (це вже, частково, було показано вище), у комбатантів достатньо таких сформованих когніцій: не розуміють, не підтримають, не оціняють, це нікому не потрібно крім мене, я ніколи з цим не зможу нічого зробити, ці спогади завжди будуть мене переслідувати та ін. Разом з цим, в даному сприйнятті реальності більш ніж достатньо викривлень дійсності, до яких належать необгрунтовані висновки, надмірна генералізація, вибіркоче абстрагування, персоналізація, катастрофізація, дихотомічне мислення та ін. Представники когнітивної психотерапії підкреслюють деструктивність впливу даного когнітивного фільтру в сприйнятті реальності. Враховуючи те, що досить часто у чоловіків-комбатантів, адже в першу чергу в даній статті річ йде саме про них, переважає раціональність, звичайно важливим на початковому етапі було створення колаборативних відносин, тобто, відносин партнерства, консолідації зусиль у роботі над проблемою. Саме такий початок терапії і був реалізований на початку роботи з зазначеним клієнтом. Інформування клієнта про хід психотерапії, важливість поетапності роботи, розкриття суті застосування тих чи інших технік, розвінчування клієнтських міфів за допомогою технік когнітивної психотерапії (наприклад, порівняння з іншими, перевірка логічності, реатрибуції, децентрації, три колонки та ін.), допомогло встановити довірливі відносини з клієнтом. На цьому етапі було мінімально задіяно роботу з почуттями, що зменшило вірогідність втрати клієнта для можливої терапевтичної роботи. Важливою також є можливість психотерапевта займати не характерну для клієнт-центрованої психотерапії більш батьківську позицію. Тобто не безумовно приймаючи, емоційно наповнену, емпатичну, конгруентну позицію, а більш раціональну, в першу чергу компетентну, директивну позицію, в якій клієнт має бачити авторитет, позицію. Це більш знайома та зрозуміла для чоловіків-військовослужбовців, модель взаємодії, в якій більше вірогідність побудувати спілкування, в якому можлива довіра та порозуміння, що, власне і виникло в психотерапевтичній роботі в описаному випадку.

Виникнення довіри та готовності працювати над собою, звичайно не змінює інтенсивність переживань, які були пов'язані у клієнта з травматичним емоційним досвідом, які він отримав під час служби, а саме – бойових дій. Розуміння клієнтом присутності тієї фігури, з якою стає пов'язаною надія на зміну свого психічного стану не дає самих змін і залишає мало можливою конструктивну роботу з даними емоційними структурами, про важливість якої говорить багато психологів[2]. Тож на даному етапі необхідно знижувати афективність напруги для можливості продуктивної роботи (для якої потрібне напрацювання ресурсу), а не повторної травматизації та постійного тримання в дистресі клієнта, в якому він й так знаходився довгий час, що часто спричиняє ПТСР. Більш того, зменшення напруги

---



необхідно проводити “в обхід” усвідомлення. Для цього етапу констуктивним було залучення методу запропонованого David Bercei, а саме TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises. David Bercei вказує на те, що під час стресової реакції, на досить глибинному рефлексиному та інстинктивному рівні, запускаються програми роботи організму, а, зокрема, і певних груп м'язів, орієнтованих на захист[8]. Прикладом може бути так звана “поза ембріона”, яку займають люди інтуїтивно, коли їм потрібен захист, коли на них діє певний стресовий фактор. David Bercei також зазначає про важливість пам'яті м'язів, яка відіграє важливу роль в адаптації, в накопиченні досвіду реагування, але може відігравати і негативну роль, адже при довготривалому впливі на організм певного подразнювача, впливає і на виникнення хронічної напруги, при відсутності можливості її дренажу, що, власне і відбувається з комбатантами під час бойових дій. Тобто, після різкої зміни стану м'язів під час стресу, необхідне відпускання, яке веде до гомеостазу[8]. Саме цієї складової повноцінного циклу реагування на стрес не відбувається у багатьох із комбатантів. В той же час, David Bercei вказує на виникнення психологічного еквіваленту реагування на стрес, в рамках якого травма залишається жити в психіці, часто не помітно зовні для оточуючих. Виникає її “замерзання”, що детермінує і одночасно являється психологічною напругою, разом з описаною м'язовою напругою. David Bercei запропонував ряд вправ, систематичне виконання яких дає можливість зняти цю напругу, без необхідності вербалізації змісту травматичного досвіду чи усвідомлення емоцій та почуттів. Важливо зазначити, що даний метод пройшов апробацію в роботі з військовослужбовцями в багатьох країнах, в яких виникали військові конфлікти, а саме: Ливан, Палестину, Ізраїль, Судан, Ємен, Ефіопію, Уганду, Афганістан та Сирію[8].

Клієнту було запропоновано пройти комплекс вправ по TRE[8]. Після двох місяців клієнт повідомив, що почав краще себе почувати і відчувати. Стало менше сновидінь-жахіть, знизилася дратівливість, менше став думати про пережиті події, знизилася кількість панічних атак. Отже, можна було стверджувати про отримання певного результату. Потрібно також зазначити, що даному комбатантові пропонувалася техніка психокаталізу по А.Ф. Єрмошину, суть якої полягає в роботі з відчуттями в тілі. Ця техніка допомагає візуалізувати дискомфортні відчуття в тілі та дренувати їх, таким чином, не маючи необхідності знаходити емоційне підґрунтя даних відчуттів, що було дуже актуальним для алекситимічності клієнта[3].

В комплексі когнітивна складова початку терапевтичної роботи, техніки TRE та психокаталізу, дали можливість через три місяці отримати той результат, який зробив можливим застосування клієнт-центрованого підходу в більш класичному варіанті. Покращення як психологічного так і фізичного станів стало вдалою передумовою до бажання продовжувати терапію та виводити її на більш довірливий рівень, що обумовило можливість клієнта розповідати про різні сфери життя, в тому числі (поступово, спочатку фрагментарно, а далі все більш чітко), й про емоційний досвід в бойових умовах, що супроводжувалося підтримкою психотерапевта, про важливість чого говорять багато хто з психологів, працюючих в даній сфері[9]. Безумовність прийняття психотерапевтом клієнта, конгруентність та емпатія, довіра в роботі спонукали клієнта до поетапного вивільнення емоцій, які заважали повноцінному психологічному функціонуванню клієнта. В роботі виникали такі тематики, як почуття провини по відношенню до загиблих, одночасний страх і

бажання (з яким пов'язана ця вина) бути на їх місці, тематика безпорадності, страх смерті, невивільнений гнів, пов'язаний з необхідністю та вимушеністю брати участь в бойових діях, почуття самотності, нерозділене почуття слабкості, невпевненості в собі, ненависті, відрази до тих картин та ситуацій, які довелося бачити, почуття безвиході, ідеї очікування загрози кожної секунди. Позиція психотерапевта на цьому етапі вже більш в традиційній ролі клієнт-центрованого терапевта, дала можливість пройти рекапітуляцію травматичного досвіду та отримати ту підтримку та віру, яку було складно отримати під час травматичних подій, враховуючи те, що більшість із зазначених тематик не були озвучені. Під час роботи спостерігалися фрагментарність спогадів, "склеювання емоцій та почуттів", втрата зв'язку між змістом та самою емоцією, дисоціація від певних емоцій (страх, відраза, плач), виникнення "заторних" емоцій, алекситимічність та усвідомлення емоцій лише на рівні відчуттів, ригідність емоційної сфери, високий рівень роботи таких захисних механізмів, як психологічне витіснення, заперечення, ізоляція афекту. Всі ці особливості травматичного емоційного досвіду в різній мірі вдалося пропрацювати, надавши, таким чином, можливість клієнтові вийти на інший рівень взаємодії з оточенням, що допомогло в конструктивній інтеграції в соціум та повернення до звичного образу життя. Для підтримки та закріплення отриманих результатів, клієнтові було запропоновано групову форму роботи зі збереженням практики психокаталізу та TRE та перенесення в повсякденне життя досвіду конструктивного емоційного прояву та реагування.

#### Список літератури

1. Бек Аарон // Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б.Д. Карвасарского. – Изд. 2-е, доп. И перераб.. – СПб.: Питер, 2000. – С. 81-82.
  2. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия / О.В. Бермант-Полякова. – СПб. : Речь, 2006. – 248 с.
  3. Ермошин А.Ф. Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями / А. Ф. Ермошин – М.: Независимая фирма "Класс", 1999. – 320 с.
  4. Кочарян А.С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии / А.С. Кочарян // Психологічне консультування і психотерапія. – 2014 – випуск 1-2. – С. 24-36.
  5. Психотерапия как невербальная практика: коллективная монография / [А. С. Кочарян, И. А. Кочарян, М. Е. Жидко, Н. Н. Терещенко, А. М. Лисеная, Л.П. Роголева, С.А. Кочарян]; под ред. д. психол. н., проф. А.С. Кочаряна. - Х.: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2014. – 260 с.
  6. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека: Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. Исениной Е.И.. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.
  7. Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. – СПб. : Речь, 2007. – 256 с.
  8. David Berceci: "The Revolutionary Trauma Release Process (Transcend Your Toughest Times)" - Namaste Publishing, Vancouver, Canada 2009.
-

**References**

1. Bek Aaron // Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya / Eds. B.D. Karvasarskogo. – Pub. 2-nd, added and reshaped. – Spb.: Piter, 2000. – P.81-82.
  2. Bermant-Polyakova O.V. Posttravma: diagnostika i terapiya / O.V. Bermant-Polyakova. – SPb. : Rech', 2006. – 248 p.
  3. Yermoshin A.F. Veshchi v tele: Psikhoterapevticheskiy metod raboti s oshchushcheniyami / A. F. Yermoshin – M.: Nezavisimaya firma “Klass”,1999.–320p.
  4. Kocharyan A.S. Perekhivaniye kak mishen' kliyent-tsentrirovannoy psikhoterapii / A.S. Kocharyan // Psikhologichne konsul'tuvannya í psikhoterapiya.–2014–number1-2.–P.24-36.
  5. Psikhoterapiya kak neverbal'naya praktika: kollektivnaya monografiya / [A.S. Kocharyan, I.A. Kocharyan, M.Ye. Zhidko, N.N. Tereshchenko, A. M. Lisenaya, L.P. Roguleva, S.A. Kocharyan]; eds. psy. D., prof. A.S. Kocharyana. - KH.: V.N Karazina KHNU, 2014. – 260 p.
  6. Rodzhers K. Vzglyad na psikhoterapiyu. Stanovleniye cheloveka: Transl. from engl. / Gen. ed.and intro. Iseninoy Ye.I.. – M.: Publishing group«Progress»,«Univers»,1994.–480p.
  7. Romek V.G. Psikhologicheskaya pomoshch' v krizisnykh situatsiyakh / V.G. Romek, V.A. Kontorovich, Ye.I. Krukovich. – SPb. : Rech', 2007. –256p.
  8. David Bercei: "The Revolutionary Trauma Release Process (Transcend Your Toughest Times)" - Namaste Publishing, Vancouver, Canada 2009.
-

УДК 159.942.5: 615.851

**ПЕРЕЖИВАНИЕ КАК МИШЕНЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ****Лисеная А. М.**

В статье рассматриваются различные подходы в исследовании процесса переживания как элемента эмоциональной жизни человека и как мишени психотерапевтического воздействия. Изложение основного материала исследования посвящено психотерапевтическому контексту переживания, а так же структурным характеристикам переживания, имеющим фундаментальное значение для психотерапевтического процесса. Структура переживания в психотерапевтическом процессе может иметь разные уровни проявления: первично связанную эмоцию, вторично связанную эмоцию, немодальную эмоцию, подавленные эмоции, которые существуют в потенциальной форме. Характеристиками переживания являются: интровертивная (вытеснение) или экстравертивная тенденции (отреагирование), интегральный характер, многоуровневость, текучесть, полимодальность.

**Ключевые слова:** переживание, структура внутреннего опыта, первично связанная эмоция, вторично связанная эмоция, немодальная эмоция, подавленная эмоция.

В статті розглядаються різні підходи дослідження процесу переживання як елемента емоційного життя людини та центру психотерапевтичного впливу. Виклад основного матеріалу дослідження присвячено психотерапевтичному контексту переживання, а також структурним характеристикам переживання, які мають фундаментальне значення для психотерапевтичного процесу. Структура переживання в психотерапевтичному процесі має різні рівні прояву: первинно зв'язану емоцію, вторинно зв'язану емоцію, немодальну емоцію, подавлені емоції, які існують в потенційній формі. Характеристиками переживання являються: інтровертивна (витискування), або екстравертивна (відреагування) тенденції, інтегральний характер, наявність декількох рівнів, текучість, полімодальність.

**Ключові слова:** переживання, структура внутрішнього досвіду, первинно зв'язана емоція, вторинно зв'язана емоція, немодальна емоція, подавлена емоція.

This article deals with different psychological approaches in the investigation of the emotional experience as an element of the emotional life of the person. Review of the basic material is devoted to the study of the psychotherapeutic emotional experience context, and structural characteristics of the emotional experience, as they both are of the essential significance for the psychotherapeutic process.

**Key words:** emotional experience, structure of the interoceptive experience, protopathic connected emotion, secondary connected emotion, nonmodal emotion, atrabiliary emotions.

**Актуальность.** Категория «переживание» в настоящее время исследуется в кризисной, возрастной, дифференциальной психологии и является ядром психотерапевтического воздействия в различных направлениях психотерапии. Для таких направлений психотерапии как эссенциальная, экзистенциальная, процессуальная, переживание, выступая мишенью психотерапевтического процесса, открывает клиенту его личностные смыслы и решает внутренние драматические конфликты. В зависимости от уровня психического расстройства психотерапия может быть направлена как на лечение, так и на обучение, личностный рост и развитие клиента, когда переживание переходит в иную плоскость, стимулируя личностную зрелость. В этом случае переживание субъекта становится похожим на открытие в себе новых «акмэ» территорий. Психотерапия может быть направлена так же на раскрытие неосознаваемых чувств и эмоций, на

прорыв внутреннего травматического переживания и вхождение его в зону сознания. Психотерапевтическая практика высветила новые аспекты процесса переживания и задала новый контекст его анализа.

**Аналитический обзор.** В психологической литературе «переживание» рассматривается как элемент эмоциональной жизни человека в различных контекстах: гедоническом, деятельностном, адаптационном, экзистенциальном.

Представители гедонического подхода (Вяткин Б. А., Дорфман Л. Я., Прохоров А.О/, Ильин Е.П.) связывают понятие «переживание» с психическими состояниями, которые являются активной, системной, приспособительной реакцией личности на внешние и внутренние воздействия и направлены на сохранение ее целостности и обеспечение жизнедеятельности в конкретных условиях обитания. Переживание рассматривается этими авторами в единстве с поведением и физиологическими изменениями как составляющие понятия «психическое состояние». В структуре психического состояния переживание является психическим уровнем реагирования человека на изменения в условиях существования и определяется как совокупность ощущений, эмоций, чувств и аффектов, возникающих в связи с высокозначимой для индивида ситуацией, имеющей для него проблемный характер [5,6,9].

В деятельностном подходе (Василюк Ф. Е.) переживание рассматривается как «внутренняя деятельность субъекта по принятию фактов и событий жизни, по установлению смыслового соответствия между сознанием и бытием, обретению внутренней, смысловой разрешенности действия» [3, с. 28-29]. Необходимость в переживании возникает у субъекта в особых критических жизненных ситуациях, при невозможности жить как раньше и реализовывать внутренние потребности своей жизни (мотивы, стремления, ценности). Такими критическими ситуациями в жизни человека являются стрессы, фрустрации, конфликты и кризисы. Переживание становится для человека, переживающего критическую ситуацию, восстановительной работой, а его целью является добывание осмысленности дальнейшей жизни. С точки зрения Ф. Е. Василюка, ответом человека на критическую ситуацию могут быть три формы активности: деятельность – переживание – молитва. Эти разные формы активности в ситуации беды могут сменять друг друга, дополнять, конкурировать, но в своей совокупности представляют собой весь круг возможных типов реагирования на критическую ситуацию. Эти три категории образуют единую смысловую целостность. Феноменологической предпосылкой переживания является ситуация невозможности желаемых изменений, удовлетворения потребностей и достижения целей. Ситуация переживается как невозвратимость, несбыточность, неизбежность, безнадежность, бессилие, отчаяние, невыносимость. В противоположность этому феноменологической основой всякой деятельности является чувство возможности изменений ситуации, надежда, уверенность, осмысленность, осуществимость, допустимость. В отличие от переживания и деятельности, феноменологическая основа молитвы – возможность невозможного, когда объективно невозможное изнутри преодолевается надеждой и верой, либо ситуацией сверхвозможности (жизненные пики и вершины, щедрые дары, свершившееся чудо, открытие, исцеление, нечаянная радость, немислимое счастье). Молитва зарождается в точках «экзистенциальных экстремумов», как положительных, так и отрицательных, в экстремальных точках переживания, когда наступает кризис в переживании кризиса [4, с. 20]. Каждый из этих трех процессов имеет свою доминирующую направленность: деятельность – к внешнему миру, переживание – к человеку и его внутреннему миру смыслов, молитва - к Богу.

Представители адаптационного подхода (Бондырева С. К., Колесов Д. В.) рассматривают переживание как «способность индивида выдерживать психическое и физическое напряжение, необходимое для благополучного преодоления (разрешения) проблемной ситуации» [1, с. 5]. Переживание осуществляет «аффективную мобилизацию ресурсов психики индивида ради выживания в проблемной ситуации и повышения вероятности выживания в последующих подобных

ситуациях путем обогащения внутреннего мира и сферы деятельности» [1, с. 114].

Представители экзистенциального направления в психологии (Лэйнг Р. Д., Лэнгле А.) рассматривают переживание как способ бытия человека в мире, как целостный внутренний опыт в непосредственной данности сознанию. Жизненный мир как абсолютная данность скорее переживается, чем осмысливается человеком. Приходя в этот мир не по своей воле, человек оказывается «заброшенным в мир» и, находясь в этом мире, переживает его. Переживание представляет собой, с точки зрения экзистенциальной психологии, «точку пересечения» внешнего и внутреннего миров. Оно является основой, опираясь на которую человек может преодолевать обстоятельства и формировать жизнь в конкретном мире условий, возможностей и требований. Экзистенциальный подход определяет «переживание» как особую форму активности субъекта, позволяющую в критической жизненной ситуации перенести тяжелые события, обрести благодаря переоценке ценностей, осмысленность существования. Понятие «переживание» явно указывает на контакт человека с жизнью, который субъект устанавливает в каждой конкретной ситуации. [7, 8].

Основная идея существующих подходов в понимании процесса переживания состоит в том, что «переживание» является формой активности субъекта по преодолению критических жизненных ситуаций. Вместе с тем, очень часто, когда дело касается практики, казалось бы, различные подходы оказываются похожими и малоразличимыми. Основным недостатком этих подходов состоит в том, что данные трактовки процесса переживания ограничивают возможности «входа» в структуры психики и личности и потому не замечают некоторые важные аспекты процесса переживания.

Для того, чтобы проследить субъективную динамику процесса переживания возникала необходимость в возникновении еще одного контекста - психотерапевтического.

Исследования эмоциональной сферы человека общепсихологической традицией оказались недостаточными, когда психология столкнулась с задачей практической помощи людям по преодолению критических состояний и психологических проблем. Оказалось, что психическое состояние невозможно описать с помощью одной единственной эмоции, человек может переживать одновременно множество эмоций, причем разной модальности. Сложное сочетание эмоций (гомерический хохот, смех висельника, смех – рыдание, смех сквозь слезы), перетекание одной эмоции в другую, наложение эмоций друг на друга, когда одна эмоция сверху, другая снизу - известные в психотерапевтической практике феномены эмоциональных состояний. В связи с этим, чисто академический подход к человеческому состоянию показывает недостаток аналитики, разделяющей всю глубину человеческих переживаний на отдельные составляющие.

Кроме этого, эмоциональные составляющие имеют некоторый определенный набор первичных эмоциональных компонентов. Уотсон, рассматривая проблему развития эмоций, выделял три врожденные эмоции: страх, гнев, любовь. К. Изард в качестве первичных выделяет десять фундаментальных эмоций, образующих основную мотивационную систему человеческого существования: интерес, радость, удивление, горе, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина. Плутчик обозначил восемь первичных эмоций: принятие, отвращение, гнев, страх, радость, горе, испуг, ожидание. [10, с. 211]. Очевидно, что вопрос первичных эмоций в психологии все еще не решен. Но еще больше нерешенных вопросов возникает при объединении первичных эмоций во вторичные, например, в какой мере в тревоге находятся страх, печаль, вина, гнев. Неспроста в психотерапевтической практике общепсихологические подходы изучения эмоциональной сферы человека не получили серьезного распространения.

Эмоции и чувства имеют определенную модальность, а переживание полимодальное, или частично модальное, часто протекающее в сочетании с соматическими ощущениями. Если эмоции более подвержены осмыслению, то переживание многокомпонентно и поймать его суть сложно. Это могут быть и горе, и страх, и злость, и печаль одновременно. Но это не горе, не злость, не страх, не печаль отдельно взятые, переживание – больше, чем совокупность эмоций, оно имеет более глубокое

---



психологическое насыщение.

Переживание – внутренне не наполненный, не имеющий строгого значения термин, который скорее отражает субъективное состояние человека, чем является элементом некоторого психологического состояния. Переживание в этом смысле является феноменом, а не понятием.

В качестве феномена термин «переживание» начал формироваться в рамках практической психологии и психотерапевтической практики, где переживание становится важным элементом субъективного мира человека и выступает мишенью психотерапевтического воздействия.

Освоение общепсихологическим подходом психотерапевтической практики поставило психологию перед необходимостью ассимилировать эмпирический опыт о субъективном значении переживания и его динамику в научный аппарат психологии. При психотерапевтической работе топография психики клиента предстает не как гомогенная модель, а как гетерогенная. Психика устроена как «слоеный пирог», причем, в этом «слоеном пироге» проблемы одного уровня не снимаются более высокими уровнями. Первоначально внутреннее травматическое состояние представляет собой единство травматического содержания (события) и соответствующего ему переживания. Затем в психике происходит расщепление, и переживание «уводится» от травматического события, а само событие дезаффектируется и легко подвергается забыванию или другим трансформациям. Переживание пытается найти новое, менее травматическое содержание и одна его часть прикрепляется к нему. Другая часть переживания, остается не связанной ни с каким содержанием и функционирует как свободный радикал, что, в свою очередь, обуславливает наличие произвольного выражения эмоций (страха, злости, обиды) без понимания к чему и к какой ситуации они относятся. Таким образом, переживание может представлять собой свободные радикалы, не прикрепленные к определенному конфликтному или травматическому содержанию, свободно плавающие в системе психики. А могут прикрепляться к новому, менее травматическому содержанию, тем самым защищая психику от серьезных травм.

Более того, как показывает психотерапевтическая практика, в человеке одновременно сосуществуют множество переживаний, относящихся к разным пластам психики, которые соотносятся с разными возрастами онтогенетического развития. Причем, в какой – то момент времени происходит эго – идентификация с переживаниями определенного уровня, остальные переживания либо остаются вне поля сознания (вытесняются, смещаются, подавляются, проецируются, отрицаются и пр.), либо наблюдается конверсия в соматическую сферу.

Таким образом, при психотерапевтической работе мы имеем дело с несколькими структурами внутреннего опыта:

- актуальными переживаниями;
- переживаниями, относящимися к разным возрастам онтогенеза, которые сосуществуют одновременно;
- эго – синтонностью/дистонностью, когда только частью переживаний идентифицирована в «эго»;
- травматическими переживаниями;
- регрессивными переживаниями;
- блокировкой экзистенцией некоторых травматических переживаний в системе психики и попыткой вытолкнуть их из сознания, помещая их, либо в сому (как эквивалент), либо в сновидения, либо обесточить их, окружив системой психологических защит;
- свободно плавающими переживаниями;
- ресурсными переживаниями (ресурсным опытом).

Психотерапевтический процесс может быть инициирован входением в актуальное переживание клиента, и это только начало. Затем клиент может столкнуться с любой структурой внутреннего опыта, который актуальному переживанию придаст совсем другую модальность и

динамику. Фундаментальна характеристика переживання – текучість: переживання по своїй природі не статичні, а динамічні. Динаміка переживання – це внутрішнє рухання психіки по невідомій території, виявлення в собі нового або давно забутого старого змісту, самоисследование і відкриття «зажатої» зони – емоцій, бажань, мислей, тілесних проявлень, енергій. Проявляються переживання на всіх рівнях: когнітивному, емоційному, мотиваційному, тілесному, енергетичному.

Переживання є головною мішенню впливу в процесуальній психотерапії і виражають внутрішнє по відношенню до особистості зміст проблеми поряд з мислями, фантазіями, відношенням до психотравмуючої ситуації. Ідея процесуальності психотерапії пов'язана з її моделями, які фокусуються на безпосередньому досвіді переживання ситуації «тут і зараз» (І. Ялом, А. Минделл і др.). Будучи важливою і, з нашої точки зору, ключовою в психотерапії, ідея процесу не отримала належного поширення в українській середі практикуючих психотерапевтів. Процесуальна психотерапія передбачає, що клієнт рухається в своєму, тільки йому переживаному (не мислимому, а саме переживаному) напрямку зміни, а психотерапевт допомагає йому використати внутрішній ресурс. Переживання в цьому випадку є живим, динамічним, спонтанним і саногенним процесом, який відбувається в клієнті. Важливим в процесуальній психотерапії є не тільки розуміння себе і причин своїх проблем, але і активне переживання.

Травматичний досвід особистості має специфічні характеристики: до нього немає прямого доступу – клієнт не може просто розповісти про свої травми і переживання, доступ до самого переживання, як правило, закритий. Крім того, існує феномен «шаровидності» вираження витиснених переживань. Одно переживання (наприклад, тоска) сменяється іншим (гнівом, агітацією), а потім третім (обидою, стогом, плачем) і т. д.

Наступною характеристикою травматичного досвіду є неосвідомленість і внутрішнє неприйняття. Змістовне поле минулого травматичного досвіду виявляється в системі дорослого поведінки, соматичних проявлень. Коли вдається увійти в дитячий психотравмуючий досвід, останній переживається так бурно, ніби травматизація відбувається в теперішній час, минуле ніби оживає, стає актуальним переживанням. Необхідно підкреслити, що це – не емоційне відношення до минулих травм, не згадка про ці травми і пов'язані з ними переживання, а актуальне переживання «тут і зараз», коли клієнт регресує до віку травми і перебуває в ньому. Не слід розуміти таку регресію як тотальний процес, клієнт входить в якийсь стан свідомості (деякий комплекс почуттів, мислей, фантазій, тілесних проявлень, особливостей поведінки, що утворюють певну цілісність), бачить і переживає світ, перебуваючи в ньому. При цьому, клієнт одночасно перебуває в кількох станах свідомості, відношення між якими у різних клієнтів значно варіюється. Це або бифокальність свідомості, коли інфантильний і дорослий стани свідомості існують одночасно, або стиль «поплавок», коли клієнт «ныряє» в інфантильний стан, де починається якийсь раніше зажатий процес, а потім по якій – либо причині «вискакує» з нього. Травматичний досвід можна вважати «оживленим» в тому випадку, якщо виникають відповідні йому переживання і ініціюється процес оживлення придувлених, витиснених почуттів і бажань. Такий процес представляє собою динамічне взаємодія різних станів свідомості, часто приймаючий форму внутрішнього конфлікту і протікає на різних рівнях: соматичному, емоційному, поведінковому, на рівні фантазій і сновидень.

Переможення травми здійснюється за допомогою активізації «переможуючого переживання» – особливий форми внутрішньої активності, направленої на відновлення душевного рівноваги, втраченого змісту життя і цілісності [3, с. 5]. Результатом внутрішньої роботи «переможуючого переживання» в процесі психотерапії стає звільнення

---

заблокированных эмоций (катарсис), осознание того, что случилось с позиции взрослого человека (новый взгляд на травмирующую ситуацию), осмысление всей своей жизни, что приводит к смене способов реагирования, поведения и жизненных ценностей, как возможности существования в новой реальности. Для понимания механизмов действия «преодолевающего переживания» необходим анализ динамики симптомов, которые свидетельствуют о нарушениях.

Структура переживания в психотерапевтическом процессе может иметь разные уровни проявления:

- первично связанную эмоцию – свободно «плавающая» эмоция, лишенная привязки к биографическому, травматическому опыту;
- вторично связанную эмоцию, которая «прячется» в новом содержании, маскируется и как бы теряет свою травматичность;
- немодальную эмоцию – неоформленная в модальное состояние эмоция, представленная как прочувствованные ощущения (felt sense);
- подавленные эмоции, которые существуют в потенциальной форме.

Характеристиками переживания, имеющими фундаментальное значение для психотерапевтического процесса являются:

- интровертивная (вытеснение) или экстравертивная тенденции (отреагирование);
- интегральный характер переживания, как показателя субъективного, а не психологического состояния;
- многоуровневость переживания – переживание рассматривается как образование, обладающее «слоистой» структурой со множеством измерений;
- текучесть переживания;
- полимодальность переживания.

**Выводы.** Психотерапевтическая традиция рассматривает переживание как важнейший элемент внутренней экзистенции человека, интегрально отражающий актуальное психологическое состояние. Переживание – есть выражение глубинных личностных смыслов, проявляющихся на всех уровнях психики: бессознательном, сознательном и сверхсознательном. Человек непосредственно идентифицирует себя через смыслы своей жизни, где находятся его смыслы, там и переживания.

### Список литературы

1. Бондырева С. К. Переживание (психология, социология, семантика): Учеб. пособие / С. К. Бондырева, Д. В. Колесов. – М.: Издательство Московского психолого – социального института, 2007. – 160 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Психотерапия: Учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживаний / Ф. Е. Василюк. – М., изд – во МГУ, 1985. - 200 с.
4. Василюк Ф. Е. Переживание и молитва (опыт общепсихологического исследования) / Ф. Е. Василюк. – М.: Смысл, 2005. – 191 с.
5. Дорфман Л.Я. О системном анализе психических состояний //Новые исследования в психологии. 1987, №1, с. 3-7, №2, с. 3-7.
6. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2005. – 412 с.
7. Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном / Лэйнг Р. - Львов: Инициатива, 2005. – 352 с.
8. Лэнгле А. Эмоции и экзистенция / А. Лэнгле. – Х.: Гуманитарный центр, 2007. – 332 с.
9. Прохоров А. О. Психические состояния и их функции / А. О. Прохоров.

Казань, 1994. - 234 с.

10. Шадриков В.Д. Мир внутренней жизни человека / В. Д. Шадриков. – М.: Логос, 2006, 392 с.

---

УДК 159.9

**МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД  
МЕНТАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІЄНТА****Гордієнко К. О.**

Київський національний лінгвістичний університет

[katyagord1994@gmail.com](mailto:katyagord1994@gmail.com)**Бондаренко О. Ф.**

Академік АПН України, доктор психол. наук,

Професор

У статті розглядаються теоретико-емпіричні засоби підвищення успішності психологічної допомоги в умовах використання адекватної парадигми, відповідно до обраного напрямку психотерапії та соціально-особистісних особливостей клієнтів.

**Ключові слова:** ментальність, когнітивний, емоційний, ціннісний, поведінковий компоненти ментальності, психотерапія, моделі психотерапевтичного впливу у роботі психолога.

Theoretical-empirical means for increasing the success of psychological care in the conditions of using an adequate paradigm, in accordance with the chosen direction of psychotherapy, social and personal characteristics of clients is considered in the article.

**Key words:** mentality; cognitive; emotional; value; behavioral components of mentality; psychotherapy; models of psychotherapeutic influence in the work of a psychologist.

В статье рассматриваются теоретико-эмпирические средства повышения успешности психологической помощи в условиях использования адекватной парадигмы, в соответствии с выбранными направлением психотерапии и социально-личностных особенностей клиентов.

**Ключевые слова:** ментальность; когнитивный; эмоциональный; ценностный; поведенческий компоненты ментальности; психотерапия; модели психотерапевтического воздействия в работе психолога.

**Постановка проблеми.** В сучасних реаліях сьогодення актуальною є проблема ефективної взаємодії практикуючого психолога та клієнта. Виходячи з того, що людське суспільство розподіляється на певну кількість ментально-відмінних груп, які мають свої особливості (етнічні, релігійні, світоглядні, гендерні, соціальні, вікові, психологічні тощо), практикуючому психологу необхідно володіти навичками спілкування та диференціювання психологічних специфік клієнта.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Проблеми ментальності та психотерапевтичної специфіки розглядаються у працях таких вчених як К. Р. Роджерс, К. Віткер, Р. Янг, О. Є. Алексейчик, Б. С. Братусь, Ф. Ю. Василюк, І. В. Дубровіна, Ю. М. Ємельянов, А. Ф. Єрмошин, О. В. Зінченко та ін. [1; 3; 5; 6; 7; 8; 9; 11]. Однак проблема визначення шляхів підвищення розуміння ментальних особливостей клієнта та урахування парадигмальних особливостей роботи психолога під час надання психологічної

допомоги потребує подальших досліджень. Це й зумовило проведення теоретико-емпіричного дослідження, на тему дослідження.

**Формулювання мети статті.** На основі теоретичного аналізу психолого-педагогічної літератури розкрити суть проблеми дослідження, її основних питань та ключових понять. З'ясувати можливий характер зв'язку між моделлю психологічного впливу в залежності від ментальних особливостей клієнта.

**Основна частина.** Вивчення праць Р. О. Додонова, Л. М. Пушкарьова, Т. Г. Стефаненко, С. С. Сулакшина, А. Я. Гуревич, В. О. Шкуратова та ін. показало, що ментальність – це сукупність соціально-психологічних установок і автоматизмів свідомості, які формують способи бачення світу і уявлення людей, що належать до тієї або іншої соціально-культурної спільноти [4; 10; 14].

Визначення суті ментальності показало, що структуру цього психічного явища складають когнітивний, емоційний, ціннісний, поведінковий компоненти. Узагальнення даних щодо розуміння суті кожного компонента дозволило нам визначити зміст кожного з них. Під когнітивним компонентом ми розуміємо знання людини про себе, під емоційним – суб'єктивну оцінку своїх характеристик, під ціннісним – ціннісні орієнтації, під поведінковим – рольові позиції чи психологічна готовність (підготовленість) до них [12; 13].

Відповідно до загального розуміння суті кожного компонента у ментальності особистості ми визначаємо:

Когнітивний компонент ментальності особистості виражається у самоідентифікації особистості, тобто у адекватності, повноті, усвідомленості знань людини та характеристик про саму себе (образу «Я» / Я-концепції).

Емоційний компонент ментальності особистості виявляється в емоційному забарвленні когнітивних складових ідентифікації, самоставленні людини до власних особистісних характеристик та її самооцінка.

Ціннісний компонент ментальності особистості виражається в життєвих ідеалах, ієрархії життєвих цілей, цінностей-засобах і уявлення про норми поведінки, які особистість розглядає як еталон.

Поведінковий компонент ментальності особистості виявляється у рольових позиціях, у приналежності до тієї чи іншої групи людей, у моделях поведінки, стереотипних реакціях, традиціях, життєвому укладі.

Відповідно до розуміння суті кожного компонента особистісної ментальності, ми визначаємо, що основними показниками прояву ментальності у когнітивному компоненті є ідентичність особистості; у емоційному компоненті – самоставлення людини до власних особистісних характеристик; у ціннісному – наявність еталонних ціннісних орієнтацій; у поведінковому – широта соціальних рольових позицій та приналежність до соціальних груп [12, с. 95; 13, с. 89].

Під моделлю психологічного впливу ми розуміли напрям психотерапії, у якому працює психолог, займаючи певну позицію по відношенню до клієнта, орієнтуючись на різні ідеали психотерапії в цілому та використовуючи відповідні методи роботи для досягнення ефекту та результату.

Аналіз психологічної літератури свідчить, що проблема сучасної психотерапії розглядається у контексті певної філософської, методологічної та, глибше, релігійної

---



традиції (О. Є. Алексейчик, О. Ф. Бондаренко, К. Ясперс, І. Д. Ялом, С. С. Хоружий, С. Д. Хантингтон та ін.). **Поняття психотерапія** (грец. *psyche* — душа і *therapeia* — лікування) — це галузь психології, що вивчає механізми, способи і прийоми професійного надання психологічної допомоги з метою розв'язання проблем, звільнення від психосоматичних симптомів або актуалізації резервів особистісного зростання[1; 2].

Ми виходили з припущення, що ефективність консультативної роботи та психотерапії залежить від застосованої парадигми, розуміння та успішності її використання відповідно до ментальних особливостей клієнта, що визначаються як сукупність соціально-психологічних установок і автоматизмів свідомості, які формують способи бачення світу і уявлення людей, що належать до тієї або іншої соціально-культурної спільноти.

Практикуючі психологи, що працюють у певному напрямі психотерапії (гуманістична психологія, когнітивно-поведінкова, психоаналіз, гештальт-терапія), орієнтуються на різні ідеали психотерапії (класична чи посткласична раціональність), характеристики методу роботи (ідеологія чи технологія), трактування клієнта (суб'єктність чи об'єктність), позиції психотерапевта (залучений чи відокремлений), модель (новаторська чи традиційна), досягнення ефекту (швидкий чи якісний), результат (гомеостаз чи розвиток).

Враховуючи ментальні особливості клієнта, спеціаліст може надати психологічну допомогу в контексті філософської, методологічної, релігійної, тобто соціокультурної традиції, що вільно чи мимоволі відтворюється і транслюється психологом-психотерапевтом [4, с. 5].

Попередній аналіз цих змінних формує підставу для загального висновку: ефективність психологічної допомоги залежить від парадигми використаної психотерапії, відповідно до ментальних та фізичних особливостей клієнта.

Таким чином, огляд наукової літератури з проблеми дослідження виступає вихідною позицією для подальшого емпіричного вивчення засобів підвищення успішності психологічної допомоги в умовах використання адекватної парадигми відповідно до обраного напрямку психотерапії, соціально-особистісних і фізичних особливостей клієнтів.

**Емпірична база дослідження.** У діагностиці взяли участь практикуючі психологи, що працюють в певному напрямі психологічного знання (гуманістична психологія, когнітивно-поведінкова, психоаналіз, гештальт-терапія) у Соборній мечеті "Ар-Рахма" (2 психолога та 4 клієнта), Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» (3 психолога та 6 клієнтів), приватній психологічній практиці (2 психолога та 4 клієнта) та викладають психологічні науки у Київському національному лінгвістичному університеті (6 психологів та 12 клієнтів), Відкритому міжнародному університеті розвитку людини «Україна» (1 психолог та 2 клієнта), Національній академії внутрішніх справ (3 психолога та 6 клієнта). Всього досліджуваних: 51 осіб.

#### **Результати дослідження та їх аналіз.**

**1. На першому етапі дослідження** ми виявили моделі психологічного впливу психолога на клієнтів, розуміння власної парадигми роботи та успішність її використання, використовуючи метод контент-аналізу за методикою «Діагностика розуміння психологом власної парадигми роботи» О. Ф. Бондаренка.

Аналіз отриманих даних показав, що у психологів домінує високий рівень розуміння власної моделі роботи та успішність її використання (34,1%), що характеризується розумінням напряму психологічного консультування та психотерапії, орієнтуванням на відповідні ідеали, володінням методологією роботи, умінням трактувати клієнта, займати відповідну позицію, досягати ефекту та результату під час роботи. Ілюстративно дані щодо моделі психологічного впливу психологів представлено на рис. 1.

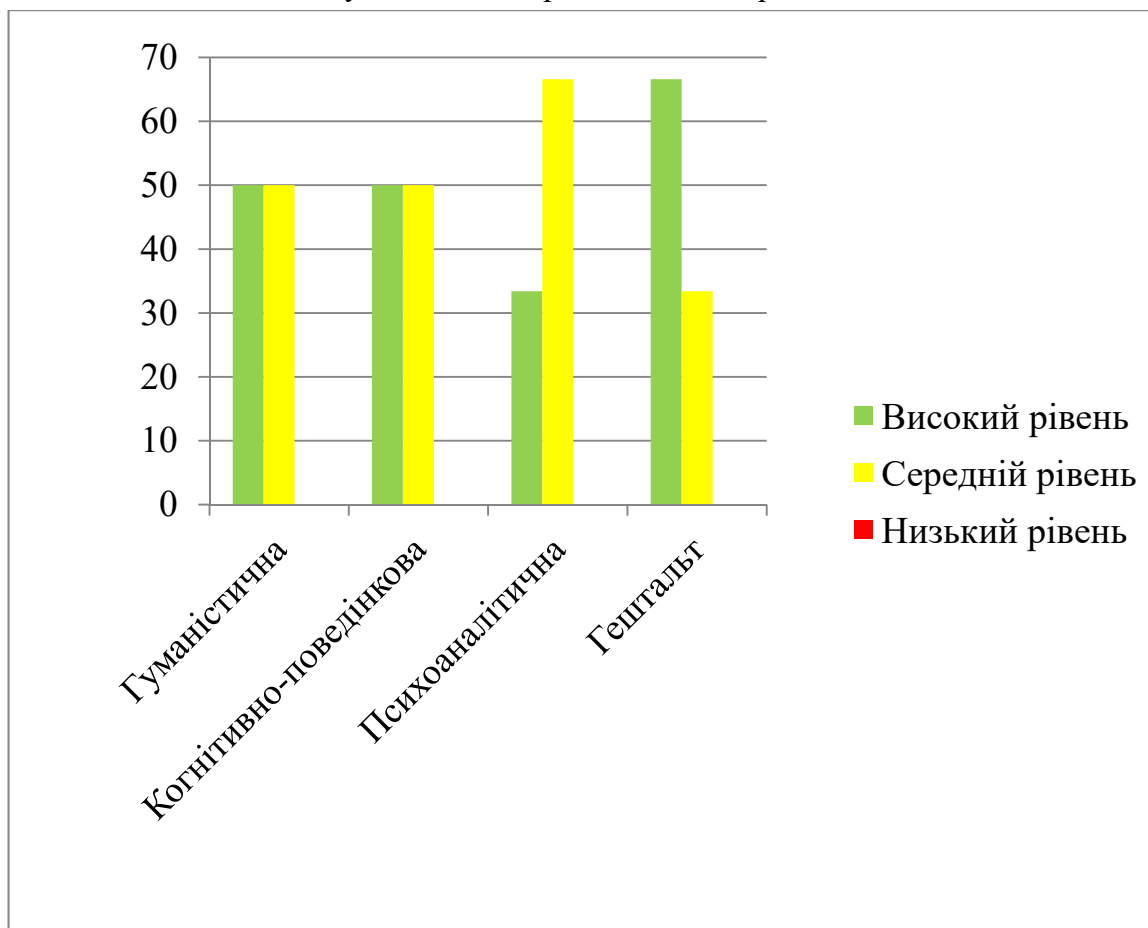


Рис. 1. Дані щодо моделі психологічного впливу психологів

Отримані дані, таким чином, показали наявність професіоналізму та компетентності у досліджуваних психологів.

**2. Другий етап дослідження** передбачав вивчення ментальних особливостей клієнта. Ментальні особливості клієнта ми вивчали відповідно до її структури (когнітивний, емоційний, ціннісний, поведінковий компоненти) і показників, використовуючи низку психологічних методик та методів.

Для вивчення когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів менталітету особистості клієнта, використовувалась методика «Тест двадцяти висловлювань» М. Куна та Т. Макпартленда в модифікації Т.В.Румянцевої. Для вивчення ціннісного компонента ментальності, показниками якого є відповідні свідомі, еталонні цінності, які надають когнітивним складовим ідентифікації закріплення, використовувалась методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича, що являє собою тест-опитувальник.

Отримані якісні дані узагальнено представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

## Дані вивчення ментальних особливостей особистості клієнтів

Компонент ментальності	Рівні прояву	Показники
Когнітивний (самоідентифікації особистості)	високий	«соціальне Я», «рефлексивне Я», «діяльнісне Я»
	низький	«фізичне Я», «ситуативний стан» та «перспективне Я»
Поведінковий (соціальні рольові позиції)	високий	сімейна
	низький	світоглядна, сексуальна, етнічно-регіональна
Емоційний (самоствлення до власних особистісних характеристик)	високий	емоційно-позитивне ставлення
	низький	відчужене ставлення
Ціннісний (еталонні цінності)	високий	цінності здоров'я, освіченість та чесність
	низький	Суспільне визнання, задоволення, непримиренність до недоліків у собі та інших

Якісний аналіз табличних даних показав, що у клієнтів домінує середній рівень розвитку когнітивного та високий рівень розвитку поведінкового компонентів ментальності, емоційно-позитивне ставленням до власних особистісних характеристик та спрямованість на еталонні цінності суспільства, а не особистості.

Виходячи з отриманих даних, можна виділити особливості компонентів менталітету та відповідні їх моделі психологічного впливу.

Гуманістична модель найефективніше буде використана для роботи з «діяльним Я» ( $r^s=0,62$ ), «рефлексивним Я» ( $r^s=0,4$ ), навчально-професійною ( $r^s=0,51$ ) та сімейною соціальною роллю ( $r^s=0,43$ ), при емоційно-позитивному ( $r^s=0,65$ ) та нейтральному ставленні до власних особистісних характеристик ( $r^s=0,54$ ) та спрямованістю на еталонні цінності чуйності ( $r^s=0,8$ ) та здоров'я ( $r^s=0,76$ ). Дана модель приділяє головну увагу становленню здорової творчої особистості, допомагає особистісному зростанню, завдяки якому людина сама розв'язує свої проблеми (особисті, сімейні, професійні).

Когнітивно-поведінкова модель найефективніше буде використана для роботи з «рефлексивним Я» ( $r^s=0,76$ ), «соціальним Я» ( $r^s=0,6$ ), «діяльним Я» ( $r^s=0,57$ ) та сімейною соціальною роллю ( $r^s=0,4$ ), при емоційно-полярному ставленні до власних особистісних характеристик ( $r^s=0,73$ ;  $0,43$ ) та спрямованістю на еталонні цінності освіченості ( $r^s=0,72$ ) та чесності ( $r^s=0,71$ ). Дана модель приділяє головну увагу пізнавальним структурам психіки,

займається особистісними конструктами (чесність) та спрямована на зміну мислення, внаслідок чого трансформуються патерни поведінки клієнта.

Психоаналітична модель найефективніше буде використана для роботи з «соціальним Я» ( $r^s=0,53$ ), «комунікативним Я» ( $r^s=0,57$ ), «проблемною ідентичністю» ( $r^s=0,4$ ), сімейною соціальною роллю ( $r^s=0,76$ ), при емоційно-позитивному ( $r^s=0,53$ ) та нейтральному ставленні до власних особистісних характеристик ( $r^s=0,42$ ) та спрямованістю на еталонні цінності раціоналізму ( $r^s=0,8$ ), чуйності ( $r^s=0,79$ ), здоров'я ( $r^s=0,72$ ) та на активне діяльне життя ( $r^s=0,7$ ). Дана модель базується на визначенні впливу минулого досвіду та несвідомих потягів на формування світовідчуття, певної манери поведінки людини, її внутрішніх (ідентифікація) і зовнішніх проблем (соціум), заохочує розвиток активної, діяльної, раціональної, здорової, чуйної до себе та інших особистості та звільнення особистості від контексту попередніх поколінь.

Гештальт модель найефективніше буде використана для роботи з «соціальним Я» ( $r^s=0,67$ ), при емоційно-позитивному ( $r^s=0,5$ ) та нейтральному ставленні ( $r^s=0,62$ ) до власних особистісних характеристик та спрямованістю на еталонні цінності здоров'я ( $r^s=0,83$ ) та освіченість ( $r^s=0,73$ ). Дана модель орієнтована на зростання потенціалу людини, або підвищення її сили і можливостей шляхом процесу інтеграції у зовнішнє середовище (суспільство) і розвитку, працює з ситуацією та саморегуляцією в сьогоденні та заохочує розвиток активної, діяльної, раціональної, здорової, чуйної до себе та інших особистості.

Таким чином, результати аналізу даних стали підставою для висновку: ефективність психотерапії залежить від моделі використаної психотерапії, відповідно до ментальних особливостей клієнта. Тобто, отримані дані показують, що важливим засобом підвищення ефективності психологічної допомоги є визначення ментальних особливостей клієнта.

### Список літератури

1. Алексейчик А.Е. Библиотерапия [Текст] : руководство по психотерапии / под ред. В. Е. Рожнова. – Т. : Медицина, 1985. – С. 304-319.
2. Бондаренко А.Ф. Русская традиция в психотерапии: в поисках истоков / А. Ф. Бондаренко, Н. С. Кондратюк // Психотерапия. – 2008. – № 6. – С. 7–16.
3. Витакер К. За пределами психики. Терапевтическое путешествие / Под ред. Дж.Р.Нейли и Д.П.Кинскерна. - М.: Класс, 1999. - 400 с.
4. Гуревич А.Я. Проблема ментальностей в современной историографии // Всеобщая история: дискуссии, новые подходы. - М.: Наука. - Вып. 1, 1989. - С.75-89.
5. Дубровина И. В. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы.- М.: Академия, 1995. - 168 с.
6. Емельянов Ю.Н. Активное социально-психологическое обучение: Монография. – Л.: ЛГУ, 1985. – 120 с.
7. Ермошин А.Ф. Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями. — М.: Независимая фирма «Класс», 1999. — 320 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 72).
8. Зинченко В.П. Методологические вопросы психологии / Зинченко В.П., С. Д. Смирнов. – М.: Изд-во МГУ, 1983. - 165 с.

9. Мещерякова Б. Г. Большой психологический словарь / под. ред. Б.Г.Мещерякова, В.П. Зинченко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: АСТ, СПб.: Прайм-Еврознак, 2008. - 868с. - (Большая университетская библиотека).
  10. Пушкарёв Л. Н. Что такое менталитет? Историографические заметки // Отечественная история. – 1995. – № 3.- С.158–166.
  11. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Роджерс К. Р. – М.: изд. группа «Прогресс», «Универс», 1994. - 480 с.
  12. Семенов В.Е. Российская полиментальность и социально-психологическая динамика на перепутье эпох / В.Е. Семенов. СПб.: Изд-во С.-Петербур. гос. ун-та, 2008 - 479 с.
  13. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология / Т.Г.Стефаненко. – М.:Институт психологии РАН, «Академический проект» - 1999. –320 с.
  14. Шкуратов В.А. Историческая психология / В.А.Шкуратов - М.: Смысл, 1997. — 505 с.
-

## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

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

**Савіна Майя Василівна**, доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна.

**Антонович Мілена Олександрівна**, аспірант 1 року навчання факультету психології кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна.

**Свинаренко Юлія Валеріївна**, кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри психології Національного аерокосмічного університету імені М.Є. Жуковського «ХАІ».

**Чичихіна Наталія Анатоліївна**, асистент кафедри психології Національного аерокосмічного університету імені М.Є. Жуковського «ХАІ».

**Гайдучик Петро Данилович** – головний лікар Волинської обласної інфекційної лікарні, здобувач кафедри загальної та соціальної психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки.

**Харченко Андрій Олександрович** Викладач кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. Тренер Всеукраїнського інституту клієнт-центрованої і експеріментальної психотерапії (керівник – проф. О.С. Кочарян).

**Компанович Маріанна Станіславівна** викладач кафедри психології та психотерапії Українського католицького університету

**Лисеная Алла Михайловна** старший преподаватель кафедри психологического консультирования и психотерапии ХНУ им. В.Н. Каразина, выпускница факультета психологии 2004г.

**Мозговий Віктор Іванович** кандидат психологічних наук докторант КНУ ім.Тараса Шевченка, м. Київ, Україна



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](mailto:pctkarazin@gmail.com)

Шрифт Times New Roman, 14 кегль, через півтора інтервали.

Поля: зверху – 2 см; знизу – 2 см; ліворуч – 2 см; праворуч – 1 см. Папір – А4. В тексті статті забороняється використовувати об'єкти WordArt, автофігури, кольорові діаграми та графіки, кольорові фотографії. Усі схеми мають бути у форматі jpg.

Перед статтею подаються: УДК, назва статті, прізвище та ініціали – українською та англійською мовами; анотації та ключові слова – російською, українською та англійською мовами. Викладення матеріалу в анотації повинно бути стислим і точним (від 500 знаків і більше). Належить використовувати синтаксичні конструкції, притаманні мові ділових документів, уникати складних граматичних зворотів, необхідно використовувати стандартизовану термінологію, уникати маловідомих термінів та символів. Використовувати для перекладу комп'ютерні програми заборонено. Список літератури (оформлений відповідно до останніх вимог 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](http://www.pca.kh.ua)) была создана в 2012 году. До этого времени функционировала с 2000 г. Мастер-школа клиент-центрированной психотерапии, созданная доктором психологических наук, профессором Кочаряном Александром Суменовичем, который получил профессиональную подготовку в области клиент-центрированной психотерапии и консультирования в рамках обучающей программы интернационального института клиент-центрированного подхода (Лугано, Швейцария) и Центра кросс-культурной коммуникации (Дублин, Ирландия) для психологов и психиатров стран Центральной и Восточной Европы (Братислава, Прага) в 1990–1994 гг.

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

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

Основные формы деятельности ИКЭП:

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

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

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

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

В настоящее ИКЭП реализует следующие проекты:

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

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

Супервизионная программа в области полимодальной и клиент-центрированной супервизии.

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

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

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

Клиентская программа по семейной и детской психологии – программа предназначена для студентов, практикующих психологов, родителей и супругов, настоящих и будущих. Состоит из трех ступеней, включает в себя лекции, тренинги, практические занятия, современные теоретические представления и личный опыт. По окончании каждой ступени выдается сертификат. Веб-адрес: [www.facebook.com/FamilyKidsKh](http://www.facebook.com/FamilyKidsKh). К. т. +38(067)9004030

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

Наукове видання

# **Психологічне консультування і психотерапія**

Том 1, Випуск 8

Збірник наукових праць

українською, англійською та російською мовами

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

Підписано до друку 28.12.2017 р. Формат 60x84/8  
Папір офсетний. Друк ризограф.  
Ум. друк. арк. 6,4. Обл-вид. арк. 6,2  
Наклад 100 пр. Ціна договірна

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

Надруковано: Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
61022, Харків, майдан Свободи, 4, тел+30-057-705-24-32  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.09