**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**Київський національний університет імені Тараса Шевченка**

На правах рукопису

**Максименко Ксенія Сергіївна**

УДК 159.94.616.89

**ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНА**

**ПСИХОТЕРАПІЯ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ**

**ПРИ СОМАТОГЕНІЯХ У ПРАКТИЦІ СУЧАСНОЇ**

**МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

19.00.04 – медична психологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня

доктора психологічних наук

**Науковий консультант**

**Бондаренко Олександр Федорович,**

член-кореспондент НАПН України,

доктор психологічних наук, професор

**Київ – 2016ЗМІСТ**

**Список прийнятих скорочень**…………………………………………………5

**ВСТУП**……………………………………………………………………………6

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ КОНЦЕПЦІЇ ОСОБИСТІСНОГО «Я» І ПРОБЛЕМАТИКА ОСОБИСТІСНО -ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ У СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ**………….……………………..24

* 1. Психологічні джерела теорії «Я»…………………………………24
  2. Психоаналіз, його деривати та опозиції в сучасній

зарубіжній психології й особистісній психотерапії……………...29

* 1. Проблема каузації в розумінні психологічних детермінант

психічних порушень, пов’язаних з хворобливими

станами організму……..……………………………………………….55

* 1. Вихід у загальнонауковий контекст: застереження

проти редукціонізму у психотерапії………………………………68

* 1. Методологія і психотехніка реконструкції особистісного «Я» в

клініці захворювань різного спектра………………………………….78

Висновки до першого розділу………………………………………………………88

**РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ І ТЕОРІЯ ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ**

**ПСИХОТЕРАПІЇ У ВІТЧИЗНЯНІЙ МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ**

**І ПСИХОТЕРАПІЇ**………………………………………………………………...92

2.1. Історичний екскурс у проблему………………………………………92

2.2. Особистісно-орієнтована психотерапія

санкт-петербурзької (ленінградської) психотерапевтичної школи………...97

2.3. Особистісно-орієнтована психотерапія московської

психотерапевтичної школи…………………………………………………109

2.4. Джерела і сучасний стан особистісно-орієнтованої психотерапії

української психотерапевтичної школи……………………………………118

Висновки до другого розділу……………………………………………………....131

**РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМА ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ З ТЕНДЕНЦІЯМИ ДО ХРОНІФІКАЦІЇ**.....................................................................135

3.1. Сучасні підходи до типології пацієнтів із захворюваннями,

що тяжіють до хронічного перебігу……………………………………..135

3.2. Психічні стани пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями

і проблеми психотерапевтичної допомоги………………………………...151

3.3. Реактивні невротичні стани в клініці соматичних захворювань

і при радикальних хірургічних втручаннях………………………………...163

Висновки до третього розділу……………………………………………………..184

**РОЗДІЛ 4. ПРОБЛЕМА МЕХАНІЗМІВ І ВПЛИВУ ПСИХОТЕРАПІЇ**

**В КЛІНІЦІ НЕПСИХОТИЧНИХ ОСОБИСТІСНИХ**

**РОЗЛАДІВ** ………………………………………………………………………..188

4.1. Загальна характеристика психологічної специфіки непсихотичних

особистісних розладів (за МКХ-10)………………………………………...188

4.2. Особистісні передумови психологічного протистояння

кризовим станам та переживанням………………………………….....211

4.3. Опис психотерапевтичних механізмів, лікувальних впливів

та інтервенцій, їх порівняльний аналіз……………………………………..246

4.3.1. Психотерапевтичний вплив і лікувальний ефект:

симптоматична патогенетична психотерапія……………………….246

4.3.2. Порівняльний аналіз особистісно орієнтованих

психотерапевтичних підходів……………………………………….270

Висновки до четвертого розділу…………………………………………………..277

**РОЗДІЛ 5. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ**

**ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ**

**ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З**

**ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ** ………………….281

5.1. Пресупозиції за співвідношеннями: особистість пацієнта –

особистість психотерапевта, діагноз – форма психотерапевтичного втручання …………………………………………………………….281

5.2. Емпіричне дослідження співвідношення соматичного захворювання

і психічних станів…………………………………………………………...298

5.3. Експериментальне дослідження можливостей особистісно-

орієнтованої психотерапії в клініці захворювань

гастроентерологічної групи………………………………………………...309

5.3.1. Стратегії, процедури і методи психотерапії

в експериментальних групах……………………….............................311

5.3.2. Послідовність і зміст психодіагностичної роботи…………....314

5.3.3. Аналіз результатів дослідження……………………………....317

5.3.3.1. Аналіз динаміки психоемоційного стану і фізичного

самопочуття пацієнтів, котрі пройшли курс екзистенційно-

гуманістичної психотерапії………………………………………….318

5.3.3.2. Аналіз динаміки психоемоційного стану і фізичного

самопочуття пацієнтів, котрі пройшли курс когнітивно-

біхевіоральної психотерапії……………………………………...327

5.3.3.3. Аналіз динаміки психоемоційного стану і

фізичного самопочуття пацієнтів, котрі пройшли курс

групової арттерапії………………………………………………..336

5.3.3.4. Аналіз динаміки психоемоційного стану і фізичного

самопочуття пацієнтів, котрі пройшли курс

індивідуальної психотерапії……………………………………...344

5.3.3.5. Аналіз динаміки психоемоційного стану і фізичного

самопочуття пацієнтів, котрі пройшли курс

комбінованої психотерапії……………………………………….352

Висновки до п’ятого розділу…………………………………………………..361

**ВИСНОВКИ**……………………………………………………………………365

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**…………………………………...371

**ДОДАТКИ**...……………………………………………………………………406

**Список прийнятих скорочень**

ВСД – вегетосудинна дистонія (сомато-вегетативний розлад)

ГЕРХ – гастроезофагіальна рефлюксна хвороба

ІНТЕКС – інтенсивно-експресивна психотерапія

ЛСК – локус суб’єктивного контролю

ООП – особистісно-орієнтована психотерапія

ПТСР - посттравматичний стресовий розлад

РРРМЗ – рак молочної залози

РНТ – рисунок неіснуючої тварини

СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну

СІЗЗСН - селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну

СМДО – стандартизований метод дослідження особистості

СМОЛ – скорочений варіант СМДО

ХОХЛ – хронічна обструктивна хвороба легенів

**ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження.** Початок XXI століття ознаменований кардинальними змінами, що потребує суттєвих трансформацій свідомості парадигмального рівня. Ці зміни стосуються й площини охорони психологічного й психічного здоров’я населення, яке перебуває у скрутному стані переживання глибокої кризи усіх сфер життя. Тому психотерапія, як вид парамедичної та й медичної діяльності, у наш час набуває великої значущості при розв’язуванні широкого кола проблем, пов’язаних із супроводом, підтримкою та лікуванням хворих як на первинні психічні розлади, так й на психічні розлади, що пов’язані з серйозною соматичною патологією. Мова йде про досить поширене нозологічне коло соматичних захворювань, яким в силу різних обставин (ступінь тяжкості, хроніфікація, специфічні супутні фактори та ін.) притаманні коморбідні психічні розлади.

Аналіз психотерапевтичних досліджень і конкретних процесів психотерапії на території пострадянського простору в цілому і серед українських психологів і психотерапевтів зокрема свідчить: 1) психотерапія на сьогодні артикулюється у двох дискурсах – медичному та психологічному, які часто є протилежними й взаємно неузгодженими (Л.Ф. Бурлачук, О.С. Кочарян); 2) статус психотерапії є недостатньо визначеним – вона часто ідентифікується як «метод», але в ряді напрямків вона характеризується як «відношення» (напр., К. Роджерс), що є не сумісним з її інструментальною трактовкою; деякі дослідники описують психотерапію як «мистецтво» (Л.Ф. Бурлачук, О.С. Кочарян, М.Є. Жидко, 2003, 2007, 2012), деякі – як «науку» (Б.В. Михайлов), а деякі – як «наукове мистецтво» (М.Є. Бурно); 3) в психологічній моделі психотерапія часто розглядається як такий феномен, що знаходиться тільки «в процесі народження» (О.Б. Орлов, 2006) і «мережі протиріч» (О.Й.Сосланд, 2006); 4) існує дуже велика кількість видів психотерапії, яких й не можливо перелічити – 400 різновидів психотерапії для дорослих й приблизно 200 для дітей та підлітків (Є.С. Калмикова, Х. Кехєлє, 2000), що створює значні труднощі для системного науково-обґрунтованого дослідження ефективності конкретного виду психотерапії певних психоемоційних розладів; 5) у вітчизняній літературі (О.Ф. Бондаренко, М.Є. Бурно та ін.) існує розуміння про екологічну невалідність західних психотерапевтичних підходів – все більше і більше дослідників намагаються не просто копіювати традиційні західні психотерапевтичні підходи і методи психотерапевтичної роботи, але ставлять перед собою власне теоретичні, рефлексивні задачі на визначення саме тих моделей психотерапії, які можуть складати найбільш ефективний арсенал боротьби з психологічним стражданням особистості на фоні хронічних і важких соматичних і психосоматичних захворювань в Україні (К.М. Амосова, С.А. Самар, Д. М. Винников та ін., 1995; В.В. Бабич, 2008; І.Д. Булюбаш та ін., 2011; М. Є. Бурно, 2006; В.В. Воробйов, 2009; М. Воронов, 2004; В.С. Гаськов, 1995; С. Г. Грінвальд, 2010; О.І. Ільченко, 2001; А.В. Каніщев, 2003; В.І. Коростій, 2009, 2011; Ю.А. Корягін, 1996; Е.В. Крайніков, 1999; О.І. Кудінова, 2011; С.А. Кулаков, 2007; К.С. Максименко, 2013; С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко, 2007; М.В. Маркова, 2014, 2015; В.Д. Менделевич, 2005; Б.В. Михайлов та ін., 2002; 2011; С.М. Мороз, 2010; Я.Л. Обухов, 1997; В.Ф. Простомолотов, 2007; І.М. Сарвір, 2004; В.В. Свиридова, 2009; А.Ш. Тхостов, 1993; 2008; М.Б. Федак, 2011; Т.П. Яворська, 2009; Y.VonWietersheim, H. Kessler, 2006; A. Bittonetal., 2003; E. Garcia-Vega, C. Fernandez-Rodriguez, 2004 та ін.).

Згідно з «парадоксом еквівалентності» (У. Стайлз), ефективність різних психотерапевтичних методів однакова й дорівнює у середньому близько 65%. Не з’ясованою залишається причина такого парадоксу, що робить «розуміння механізмів лікування … досить обмеженим» (Є.С. Калмикова, Х. Кехєлє, 2001). Водночас чисельність чинників, що сприяють, потенціюють чи, навпаки, ретардують ефективність психотерапевтичного впливу робить дослідження її ефективності «досить громіздким, дорогим, «вічним» проектом, який, судячи з усього, ніколи не буде завершений» (О.Й. Сосланд).

В контексті нашого дослідження на інтерес викликають два висновки, що зроблені у рамках знаного американського проекту Consumerreports: 1) ефективна психотерапія – це більше, ніж зниження симптоматики, але змінення цінностей, смислів, системи ставлень тощо; 2) поліпшення в психотерапії можливе й без фармакологічного лікування. Проте, теорія і практика психотерапевтичної допомоги в соматичному стаціонарі в Україні ще не сформувалися, тому й вкрай важливим є їх обґрунтування та дослідження можливостей й заперечень.

В цій площині є деякі проблеми: переважна більшість досліджень страждають на упередженість, нарцисизм методу, або підходу («ефект Джамбо», описаний Е. Спінеллі, 2009), аксіоматичністю вихідних положень, зневагою до деякої «незручної» фактології, а інколи необґрунтованим емпіризмом, переоцінкою можливостей методу «case analysis» тощо.

Вибір теми дисертаційного дослідження «Особистісно-орієнтована психотерапія емоційних розладів при соматогеніях у практиці сучасної медичної психології (на матеріалі клініки гастроентерологічних захворювань)» є вкрай актуальною, такою, що лежить на перетині вузлових проблем сучасної медико-психологічної науки та практики. **Метатеоретичний** аналіз основних вітчизняних тенденцій і концепцій щодо реалізації теорії і практики психотерапії страждань, викликаних важкими, хроніфікованими, інвалідизуючими соматичними хворобами, має величезний евристичний потенціал на нинішньому етапі розвитку медичної психології та психотерапії на вітчизняних наукових коріннях.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дослідження виконувалося в межах міжнародного проекту TEMPUS «Модернізація дипломної медичної освіти в країнах Східного сусідства Європейського союзу» в рамках програми TEMPUSEACEA 32/210 у період 2011-2014 рр.

Водночас дослідження виконано у відповідності до тематичного плану наукових досліджень факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка: «Розвиток цілісної особистості в контексті соціальних змін: соціальні, психологічні та педагогічні аспекти» (0114U003481) та Національного медичного університету імені О.О.Богомольця як складова комплексних науково-дослідних тем кафедри загальної та медичної психології і педагогіки спільно з лабораторією консультативної психології і психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України: «Теорія і технології застосування сучасних підходів до психотерапії у вітчизняних соціокультурних умовах» у період 2012-2014 рр. (0112U001403), «Особливості стосунків «психотерапевт-клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі» у період 2015 р. (ІІ-17-15).

Тема дисертаційного дослідження затверджена рішенням Вченої ради Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України (протокол № 4 від 30 березня 2015 р.) і узгоджена на бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень із педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 3 від 28 квітня 2015 р.)

**Об’єкт дослідження** – теорія та практика психотерапевтичної допомоги при соматогеніях.

**Предмет дослідження –** саногенетичний ресурс особистісно-орієнтованої психотерапії у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами, що обумовлені хронічними соматичними захворюваннями.

**Мета дослідження** – з’ясувати саногенетичні психологічні механізми впливу та ефективність сучасної особистісно-орієнтованої психотерапії соматогенних розладів у хворих з хронічною соматичною патологією (на моделі гастроентерологічних захворювань).

Відповідно до мети роботи було поставлено такі **завдання дослідження**:

1. здійснити реконструкцію методолого-теоретичного апарату психотерапевтичних парадигм, які декларуються і фактично реалізуються на пострадянському просторі для лікування соматичних хворих з особистісними розладами;
2. оцінити ефективність психотерапевтичних підходів, що використовуються в соматичній клініці різного профілю;
3. провести метатеоретичний порівняльний аналіз зарубіжних і вітчизняних тенденцій і концепцій психотерапії психоемоційних і особистісних розладів, що супроводжують важкі соматичні хвороби;
4. проаналізувати емпіричну фактологію з метою забезпечення понятійно коректного розмежування феноменології негативних психічних станів пацієнтів і непсихотичних психічних розладів при соматичних захворюваннях;
5. здійснити теоретико-емпіричний аналіз інваріантних і специфічних механізмів психотерапевтичних інтервенцій найбільш доцільних моделей і психотехнік, що орієнтовані на забезпечення патогенетичної особистісно-орієнтованої психотерапії пацієнтів з різними типами непсихотичних розладів на фоні соматичного захворювання;
6. шляхом спеціально організованого комплексного експериментального дослідження визначити можливості патогенетичної психотерапії пацієнтів з психоемоційними синдромами і особистісними розладами непсихотичного профілю в ситуації хронічного соматичного захворювання.

В основу дослідження покладена **вихідна гіпотеза** про те, що існують різні рівні психотерапевтичної допомоги соматичним хворим – симптоматичний та особистісний. Орієнтація на симптоматичний рівень часто має паліативний результат, особистісні реконструкції, які відбуваються у пацієнта, спроможні забезпечити стійкі зміни й привести до стійкої ремісії. Врахування біологічних механізмів діяльності мозку при прийнятті до уваги конкретної динаміки психоемоційних станів, зумовлених соматичною патологією, сприяє ефективному і реальному підвищенню якості лікування, що в сукупності визначає переваги поєднання психотерапії з фармакотерапією в редукції психопатологічної симптоматики, обумовленої соматичним розладом. Найбільш доцільно таку поєднувану терапію проводити за симптоматичної орієнтації психотерапії, при тяжких (об’єктивно та суб’єктивно) соматичних хворобах та при такому складі особистості, який зумовлює резистентність до психотерапевтичного впливу.

**Теоретико-методологічну основу** роботи склали положення парадигмального підходу до аналізу сучасних станів медичної психології і психотерапії (В.А. Абабков, А.Л. Журавльов, О.Л. Гройсман, Т.В. Корнілова, А.В. Юревич, Б.Д. Карвасарський, Д.О. Леонтьєв, М. Перре і У. Бауманн, Т.Н. Носачев, С Паттерсон, О. Ш. Тхостов, Ю.С. Савенко, А.Б. Холмогорова, Ю.С. Шевченко, R. Corsini, F. Flammer, E.R. Kandel, W. Shram та ін.); біопсихосоціальна модель етіології і патогенезу особистісних і емоційних розладів при соматогеніях (Ю.А. Александровський, Г. Аммон, К.М. Амосова, Я. Бестіаанс, І.Д. Вельвовський, Б.В. Зейгарник, Б. Любан-Плоцца, В.Д. Менделевич, В.Ф. Простомолотов, М.Є. Сандомирський, В.А. Ташликов, Т.К. Ушаков, W. Brautigam, P. Cramer, M. Franz, P.E. Sifneos та ін.), а також класичні і некласичні моделі надання консультативної і психотерапевтичної допомоги, представлені в сучасній медичній і консультативній психології (А. Адлер, А.Є. Алексейчик, Р. Ассанджолі, О.Ф. Бондаренко, Дж. Бьюдженталь, Л.Ф. Бурлачук, Ф.Ю. Василюк, Т.Л. Ісуріна, А.Ф. Копьєв, Х. Кохут, О.С. Кочарян,В.М. Корнацький, Н.Д. Лінде, В.М. М’ясищев, Р. Роджерс, О.Є. Соколова, Т.М. Титаренко, Л.Ф. Шестопалова, В.В. Чугунов, З Фрейд, К. Юнг, І. Ялом та ін.).

Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань дослідження було використано такі **методи**: теоретико-методологічний аналіз різних напрямків сучасної медичної психології і психотерапії; логіко-історичний реконструктивний аналіз тенденцій розвитку вітчизняної особистістно-орієнтованої психотерапії в історичному аспекті і по сьогодні; клініко-психологічний аналіз специфіки і динаміки реактивних станів пацієнтів із соматогеніями; порівняльний аналіз основних типів особистісно-орієнтованих психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на подолання вторинних особистісних розладів при хроніфікуючих соматичних захворюваннях, моделюючий експеримент, що потребує організації прикладного комплексного дослідження патогенетичних можливостей особистісно-орієнтованої психотерапії при роботі з пацієнтами, які страждають на різні варіанти соматогеній; катамнестичний метод, що забезпечує відслідковування емоційних розладів і трансформацій пацієнта після завершення психотерапевтичної роботи.

Використано наступні методи математико-статистичної обробки експериментальних даних - методи описової статистики, параметричні і непараметричні методи перевірки значущості розходжень (критерій знаків Вілкоксона, Т-критерій Стьюдента), кореляційний аналіз та ін. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного пакета IBM SPSS Statistics 20.0.

**Методичний інструментарій** включав в себе наступну батарею діагностичних методик: психометричних – скорочений варіант тесту MMPI (Міні-мульт) в модифікації А.М. Харченка; ліцензійну комп’ютерну версію тесту МПВ Л. Сонді в модифікації Л.М. Собчик; бланкові методики САН, опитувальник Келлермана-Плучека, опитувальник «Локус суб’єктивного контролю» М. Роттера, опитувальник Спілбергера-Ханіна, метод семантичного диференціала Ч. Осгуда; проективні методи – колірний тест ставлень О. Еткінда, тест кольорових виборів М. Люшера, проективний малюнок «неіснуюча тварина», а також методику проективної візуалізації хвороби і процесу лікування.

**Організація і база дослідження.** Дослідження проводилось у кілька етапів, перший з яких відноситься до 2006-2008 рр.; другий – до 2008-2010 рр.; третій – до 2010-2013 рр.

На першому етапі здійснювалося пілотажне дослідження феноменології у переживаннях негативних психоемоційних станів у ситуації хронічного соматичного захворювання, в результаті чого були сформульовані вихідні уявлення про психоемоційні стани пацієнтів з хронічним захворюванням і окреслені вихідні позиції для постановки адекватних психотерапевтичних цілей і виділення належних психотерапевтичних мішеней.

На другому етапі було відрефлексовано парадигмальні основи і напрямки особистісно-орієнтованої психотерапії, здійснений теоретичний аналіз змісту й інтенцій найбільш поширених психотехнік реконструкції особистісного «Я» пацієнтів у клініці різних соматичних захворювань і проведена логіко-історична реконструкція основних шкіл особистісно-орієнтованої психотерапії на пострадянському просторі з урахуванням всього багатства і різноманітності вітчизняних традицій, а також проведене контрольоване експериментальне дослідження, спрямоване на встановлення феноменології внутрішньої картини хвороби у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями.

На третьому етапі, виділивши специфічні та інваріантні способи психотерапевтичних інтервенцій, був реалізований спеціальний дослідницький проект на базі ряду лікувальних установ м. Києва: Центрального клінічного госпіталю Державної прикордонної служби України; міської клінічної лікарні № 12 м. Києва, медичного науково-практичного об’єднання «Медбуд» холдингової компанії «Київміськбуд», а також у стаціонарах, що складають клінічну базу кафедри внутрішніх хвороб НМУ імені О.О. Богомольця.

**Опис клінічної вибірки.** Загальна вибірка пацієнтів склала 345 чоловік (з них 129 чоловіків і 216 жінок у віці від 19 до 62 років). Клінічні характеристики експериментальної вибірки описуються наступним чином: загальна кількість пацієнтів-досліджуваних склала 144 чоловіки (59 чоловіків і 85 жінок віком від 24 до 59 років). Всі ці пацієнти проходили поглиблені клінічні, лабораторні, інструментальні і психодіагностичні обстеження. При цьому із загальної кількості пацієнтів у якості таргетних були виділені групи хворих в залежності від типу реагування на основне захворювання і певного типу особистісного розладу. В підсумку, в групі пацієнтів із діапазоном від іпохондричного типу реагування до іпохондричного особистісного розладу виявилось 12 чоловік (6 чоловіків і 6 жінок); у діапазоні від тривожного типу реагування до тривожного розладу – 16 чоловік (2 чоловіків і 14 жінок); у діапазоні від демонстративно-егоїстичного типу реагування до істеричного (конверсійного) розладу – 5 чоловік (4 чоловіки і 1 жінка). Стосовно 15 пацієнтів були винесені окремі діагностичні заключення, що вписувались у симптоматику сомато-вегетативного розладу, який, за узгодженням з психіатрами-експертами і на основі даних психометричних тестів, було кваліфіковано як «загальний стрес». Потім дані досліджувані в довільному порядку були розподілені по п’яти психотерапевтичних групах, стосовно кожної із яких реалізовувалась особлива психотерапевтична програма, яка включає як групову, так і індивідуальну форми роботи.

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає в тому, що

**вперше**:

**-** визначено місце особистісно-орієнтованої психотерапії в комплексному лікуванні хворих на хроніфікуючі соматичні захворювання гастроентерологічного профілю, таргетною мішенню якої є особистісні ланки розладу;

- встановлено, що особистісно-орієнтована психотерапія може йти двома шляхами: власне особистісним, коли вона реалізується за вектором «особистість-хвороба»; симптоматичним, що реалізується за вектором «особистість-симптом» й направляється саме на подолання, редукцію симптому;

- виявлено, що запит соматичних хворих на особистісно-орієнтовано психотерапію, що направлена на патогенетичні ланки розладу незначна, у їх перцептуальному феноменологічному полі вона є надуманою, нереальною, такою, що не має перспектив;

- визначено феномен «демедикалізації» соматичного симптому, що полягає у пошуку хворими метасмислів хвороби (містичних, парарелігійних, панпсихологічних тощо), що, з одного боку, сприяє тому, що хворі більшою мірою стають налаштовані на особистісно-орієнтовані практики психотерапії, а, з другого, – може спотворити смисл такої психотерапії. Такий феномен пов'язаний із розчаруванням хворих у результатах біологічного лікування та розповсюдженням ідей панпсихологізму;

-встановлений за допомогою методу багатостороннього моделюючого експерименту, здійсненого в рамках спеціально розробленої програми дослідницького проекту із застосуванням принципів процедури подвійного сліпого методу, факт, що саме психотерапія в поєднанні з психофармакотерапією забезпечує найбільш значущу в клінічному плані ефективність лікувальних заходів при взаємодії лікарів-клініцистів і психологів-психотерапевтів;

**уточнено**:

- місце української психотерапевтичної школи в реальних процесах надання психотерапевтичної і психологічної допомоги пацієнтам, які страждають на соматогенії;

- характер протиріччя між соціально санкціонованими часовими рамками лікувальних заходів (нормативні строки перебування в соматичному стаціонарі) і хронобіологічною динамікою реактивних соматогеній, що передбачає значно триваліший період, необхідний для відновлення особистісного «Я».

**На захист виносяться наступні положення:**

1) часто психотерапія забезпечує пацієнту з соматогенією лише паліативну допомогу, що за умови наявності у хворого резистентності до психотерапевтичного впливу, змушує ставити і вирішувати питання щодо переваг поєднування психотерапії і психофармакотерапії;

2) не існує принципових відмінностей в ефективності застосовуваних психотерапевтичних підходів у соматичній клініці різного профілю і, зокрема, при соматогеніях у пацієнтів з гастроентерологічною патологією;

3) негативні психоемоційні стани, що спостерігаються у пацієнтів з хронічними гастроентерологічними захворюваннями, піддаються симптоматично-орієнтованій психотерапії, саногенні можливості особистісно-орієнтованій психотерапії, однак, залишаються дуже обмеженими;

4) класична модель патогенетичної особистісно-орієнтованої психотерапії непсихотичних розладів на фоні соматичного гастроентерологічного захворювання часто не спрацьовує, оскільки існують значні утруднення «стрибка» із психіки в тіло; тому йдеться про ефективність поєднуваної психотерапевтичної та психофармакологічної терапії;

5) часові рамки надання психологічної і психотерапевтичної допомоги при соматогеніях виходять далеко за нормативну кількість ліжко-днів для пацієнтів гастроентерологічного стаціонару, як, очевидно, і для інших пацієнтів з хронічним соматичним захворюванням, що потребує додаткових зусиль для організації психологічного і психотерапевтичного супроводу лікувального процесу.

**Теоретичне значення дослідження** полягає, насамперед, в тому, що на основі багатостороннього дослідження сформульована і обґрунтована принципова позиція, що проблематизує ідеологічні й міфологічні витоки панпсихологізації, які є похідними ще від класичного психоаналізу і знайшли нові форми виявів у сучасних екзистенційно-феноменологічних напрямках психотерапії. Дослідження доповнює й поглиблює теоретичний аналіз сучасних шкіл вітчизняної психотерапії, обґрунтовуючи різницю в розумінні впливу германської клінічної традиції з її поглибленими дослідженнями мозкової організації та санкт-петербургської школи психотерапії, і у визнанні впливу французької соціологічної і неврологічної традиції на сутнісні підходи московської школи психотерапії. Особливу увагу приділено українській психотерапевтичній школі, значні клінічні і реконструктивні можливості якої дозволяють реально подолати традиційно звичну функцію симптоматичного лікування і психотерапевтичної допомоги. В роботі міститься детальний аналіз взаємодії психотерапевтичних механізмів і їх лікувальних впливів на весь комплекс симптоматики, що супроводжує різні типи й рівні проявів соматогеній. За умов багатостороннього моделюючого експерименту отримано об’єктивне підтвердження теоретичного положення про принципову обмеженість виключно психологічних впливів у лікувальній роботі з соматичними пацієнтами, про необхідність враховувати біопсихосоціальну мультикаузальність соматогеній, про неспівпадання хронобіологічних ритмів лікування соматичних захворювань і вторинних невротичних утворень.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у визначенні: ефективності консультативної та психотерапевтичної роботи з пацієнтами, що страждають на соматогенію; ефективності психотерапії з урахуванням динаміки психічних станів у пацієнтів, які страждають на соматогенії; темпоральних характеристик ефективності індивідуальної та групової психотерапії при соматогеніях; мішені психотерапії при соматогеніях – порушення ставлення до себе та інших, неадекватні психологічні захисти, а також негативні емоційні стани; у створенні моделі комплексного дослідження ефективності різних форм і методів психотерапії при соматогеніях з урахуванням соматичного і психолого-медичного діагнозів; у окресленні кола компетентностей, що важливі у фахової підготовці як лікарів-психологів і медичних психологів, так і психологів-психотерапевтів – саме теоретичне узагальнення і практичне уточнення обсягу знань і компетенцій, якими мають володіти вказані спеціалісти, надає принципово нових можливостей в структурі й змісті терапії хронічних та інвалідизуючих соматичних захворювань.

Розроблено та обґрунтовано етапність психотерапевтичного втручання при соматогеніях. Повний обсяг такого втручання містить 6 етапів: мотивування, актуалізація віри в одужання; активізація життєвого стилю; емоційна седація; власне коригування; підтримка змін.

Основні **результати дослідження впроваджено**:

У навчальний процес психолого-педагогічного факультету Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка (акт впровадження № 45 від 26.11.2015); у практичну діяльність Інституту інноваційної та післядипломної освіти Одеського національного університету ім. І.І. Мечникова (акт впровадження № 345-н від 01.10.2015); у навчально-виховний процес Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини при викладанні дисциплін «Вікова та педагогічна психологія», «Соціальна психологія», «Медична психологія» (акт впровадження № 2645/01 від 05.11.2015); в навчальний процес підготовки студентів 4 курсу І медичного факультету ДЗ «ДМА МОЗ України»; у роботу психологічної служби з особовим складом Державної прикордонної служби України (довідка № 49131/0/3 від10.11.2015); у роботу клініки гастроентерології Національного військового медичного клінічного центру «ГВКГ» (акт впровадження № 671/8 від 12.11.2015); у методичне забезпечення та викладання навчальних дисциплін кафедри психології Мукачівського державного університету (акт впровадження № 2426 від 24.11.2015); у навчальний процес кафедри практичної психології та педагогіки гуманітарно-педагогічного факультету Хмельницького національного університету ( акт впровадження № 72 від 20.10.2015); у навчальний процес підготовки студентів спеціальності «Психологія» Донецького національного університету (довідка № 06/01.1.3-38 від 22.10.2015); у навчально-виховний процес Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Сєверодонецьк при (довідка № 1386/44від 17.09.2015); у навчальний процес кафедри практичної психології факультету педагогіки та психології Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка при викладанні дисциплін: «Психологія спілкування», «Диференційна психологія», «Психологічна служба в закладах освіти» для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр» спеціальностей: «Соціальна педагогіка», «Практична психологія»(довідка № 689-н від 24.09.2015); у процес викладання дисципліни «Медична психологія» студентам Івано-Франківський національний медичного університету, які навчаються за спеціальністю «Лікувальна справа» та на засіданнях кафедри психіатрії, наркології та медичної психології (довідка № 06.6137 від 07.10.2015); у навчальний процес факультету психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки (м. Луцьк) у викладанні курсів «Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу», «Вікова психологія та спецпрактикум», «Методи діагностики розвитку особистості в нормі і патології», «Клінічна психологія», «Основи психотерапії та тренінг терапевтичного-консультативної діяльності»(довідка № 03- 29/01/32576137 від 06.10.2015); у процес підготовки слухачів Національного університету оборони України імені Івана Черняховського зі спеціальності «Військово-соціально управління» (довідка № 791/240 від 28.09.2015); направлені до ГУ (У) ДСНС України в областях для використання професійній діяльності психологів служби психологічного забезпечення ДСНС України під час організації та проведення відновлювального періоду фахівців рятувальників (акт № 745 від 07.10.2015); у навчальний процес Української військово-медичної академії з циклу «Психотерапія» на кафедрі військової терапії для слухачів факультету перепідготовки та підвищення кваліфікації (акт № 1251 від 28.10.2015).

**Особистий внесок здобувача.** У наукових працях, написаних у співавторстві, здобувачу належить аналіз літературних джерел, загальна проблематизація, добір емпіричного матеріалу, його обробка, формулювання висновків.

**Презентація результатів дослідження.** Матеріали дослідження доповідалися на засіданнях кафедри клінічної психології та психодіагностики КНУ ім. Тараса Шевченка (2011-2015 рр.), кафедри загальної та педагогічної психології НМУ ім. О.О.Богомольця (2011-2015 рр.), 20 міжнародних, 4 всеукраїнських, 4 регіональних науково-практичних конференціях, 5 науково-методичних семінарах та 2 конгресах. Серед них**:**

*міжнародні зарубіжні науково-практичні конференції:* ІV Міжнародна науково-практична конференція «Духовність у становленні та розвитку особистості» (Київ-Севастополь-2010); V Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин» (Київ-Кам'янець-Подільський-Казань-Жешів-2013); VІ Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин» (Київ-Кам'янець-Подільський-Жешів-Брест-Варшава-2014); VІІ Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин» (Кам'янець-Подільський – Київ – Мешів – Брест – Копитовка - 2015); міжнародні конференції в Україні: ІІ Міжнародна науково-практична конференція «Ґенеза буття особистості» (Київ-2011); Міжнародна науково-практична конференція «Наука і духовність у системі сучасного управління (Львів-2012); VІІ Міжнародна науково-практична конференція «Проблеми емпіричних досліджень у психології (Київ-2012); І Міжнародна науково-практична конференція «Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід» (Харків-2013); VІІ Міжнародна науково-практична конференція «Проблеми емпіричних досліджень у психології (Київ-2013); Міжнародна науково-практична конференція «Псі-фактор» (Київ-2013); VІІI Міжнародна науково-практична конференція «Соціалізація особистості в умовах системних змін: теоретичні та прикладні проблеми» (Київ-2013); ХV Міжнародна конференція молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження» (Київ-2013); II Міжнародна науково-практична конференція «Медична психологія: здобутки,розвиток та перспективи» (Київ-2013); Міжнародна науково-практична конференція «Проектування і розвиток професійно успішної особистості в освітньо-виховному середовищі» (Миколаїв-2014); ІІІ Міжнародна науково-практична конференція «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи» (Київ-2014); Міжнародна науково-практична конференція «Моделювання і проектування особистості студента» (Миколаїв-2014); VІІ Міжнародна науково-практична конференція «Проблема особистості у сучасній психології: теорія, методологія, практика» (Одеса-2014); ІХ Міжнародна науково-практична конференція «Соціалізація особистості в умовах системних змін: теоретичні та прикладні проблеми» (Київ-2014); І Міжнародна науково-практична конференція «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя» (Суми-2015); Х Міжнародна науково-практична конференція «Соціалізація особистості в умовах системних змін: теоретичні та прикладні проблеми» (Київ-2015);

*всеукраїнські науково-практичні конференції:* Всеукраїнська науково-практична конференція «Психологія в Україні: єдність минулого і сучасного» (Київ-2011); Всеукраїнська науково-практична конференція «Провідні ідеї в українській психологічній думці: історія та перспективи» (Київ-2012); Всеукраїнська науково-практична конференція «Філософсько-психологічні аспекти духовності: соціально-економічні трансформації та відродження національної гідності» (Львів-2015); Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Проблеми діагностики та проектування розвитку обдарованості дошкільників» (Київ-2015);

*міжрегіональні і регіональні науково-практичні конференції та семінари*: VІІ науково-практична конференція студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми сучасної медичної психології» (Київ-2013); Міжвузівська науково-практична конференція «Переговори в професійній діяльності: теорія та практика» (Київ-2013); IX науково-практична конференція студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми сучасної медичної психології» (Київ-2015); Науково-практична інтернет-конференція «Актуальні проблеми сучасної психології: здобутки і перспективи» (Луцьк – 2015); Науково-практичний семінар з міжнародною участю «Афективна психорегуляція особистості з проблемами розвитку: робота з дітьми з розладами спектру аутизму», факультет психології (Луцьк-2013); Х науково-практичний семінар «Теоретичні та методологічні засади практичної психології: динаміка розвитку» (Ялта-2013); Методичний семінар «Компетентнісний підхід в освіті: теоретичні засади і практика реалізації» (Київ-2014); Науково-практичний семінар з міжнародною участю «Феноменологія депривації: психолого-педагогічний і теоретико-прикладний дискурс. Ремедіум 4» (Луцьк-2014); Науково-практичний семінар з міжнародною участю «Феноменологія депривації: психолого-педагогічний і теоретико-прикладний дискурс. Ремедіум 5» (Луцьк-2015);

*міжнародні науково-практичні конгреси:* V (67) Міжнародний науково-практичний конгрес студентів та молодих вчених «Актуальні проблеми сучасної медичної психології» (Київ-2013); VІ (68) Міжнародний науково-практичний конгрес студентів та молодих вчених «Актуальні проблеми сучасної медичної психології» (Київ-2014).

**Публікації.** За темою дисертації видано: 2 монографії, 6 посібників та підручників, 34 статті, з них 25 у наукових фахових виданнях з психології включених до переліку, затвердженого МОН України та 9 у наукових періодичних виданнях інших держав і виданнях включених до міжнародних науково метричних баз даних, 9 статей в інших наукових виданнях та матеріали конференцій.

Кандидатська дисертація «Переживання і подолання особистістю негативних психічних станів при хронічних соматичних захворюваннях» за спеціальністю 19.00.04 - медична психологія, була захищена у 2010 році. Захищені положення кандидатської дисертації в докторській дисертації не використовуються.

**Структура й обсяг дисертації.** Дисертація складається зі: вступу, 5 розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 384 найменувань, з них 93 – іноземними мовами, та 5 додатків. Загальний обсяг дисертації – 414 сторінок, з них основна частина – 370 сторінки. Робота містить 15 таблиць на 8 сторінках та 30 малюнків на 11сторінках.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИЧНІ КОНЦЕПЦІЇ ОСОБИСТІСНОГО «Я»**

**І ПРОБЛЕМАТИКА ОСОБИСТІСНО ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ**

В цьому розділі розкривається зміст основних понять і представлена термінологія стосовно концепції особистісного «Я», а також розглядаються основні концепції «Я», що їх автори подають у межах різних напрямків психологічної думки. Такий огляд концепцій створює можливості для розуміння того, на яку модель повноцінного здоров’я «Я» орієнтуютьсяпсихотерапевти того чи того напрямку в роботі з пацієнтами (клієнтами).

* 1. **Психологічні джерела теорії «Я»**

В науковій психології одна з перших суто психологічних концепцій особистісного «Я» належить У. Джеймсу [65; 66]. Задовго до З. Фрейда він виділив в «Я» (self) дві сторони, або дві позиції: «Я», яке пізнають, і «Я», яке пізнає. Таке розрізнення знайшло відображення в термінології і мовних формулах, за допомогою яких У. Джеймс іменував виділені аспекти особистості. Так, «Я», що його пізнають, фіксувалося у нього як дослідне, емпіричне. «Я», яке пізнає, він позначав як «чисте Его».

Пізніше, диференціюючи такі складові self, як матеріальне «Я», соціальне «Я» і духовне «Я», У. Джеймс зазначав, що ці категорії охоплюють не тільки психічні властивості людини або стани свідомості, а й зовнішні щодо неї об’єкти і феномени, що відображаються індивідуальною психікою як її компонувати. До того У Джеймс розглядав так зване «чисте Его» як таку іпостась «Я», яка здатна до постійного самоусвідомлення. Навіть якщо абстрагуватися від американізованого терміну «досвід», який у руслі притаманної У. Джеймсу прагматичної філософії означає не що інше, як сукупність позитивних і негативних переживань людини, нагромаджених нею протягом життя, значущим тут є такий факт: з самого початку наукових спроб аналізу особистого «Я» провідним представникам психологічної думки було очевидно, що воно не є однорідним і цілісним утворенням. Пізніше таке розуміння було розвинене в різних зарубіжних концепціях особистості – від класичного психоаналізу і глибинної психології, до положень психосинтезу, гештальтписхотерапії і т.п.

Та саме У. Джеймса, ще раз наголосимо, особистісне «Я» трактується як таке утворення, якому властива, принаймні, двоаспектна будова: це те, що пізнає, і те, що його пізнають. Ці сторони «Я» не віддільні одна від одної, інтегруючись у цілісне «Я». Крім того, при всій змінюваності емпіричного «Я» деякі його істотні відношення (такі, як ім’я, запас спогадів та ін.) лишаються незмінними. Цілком у руслі прагматизму У. Джеймс стверджував, що саме нагромаджений досвід, що міститься в пам’яті і закріплений у поведінкових актах, становить підґрунтя особистісного «Я» – від минулого до теперішнього. Цей досвід формує стійку структуру «Я», безперервно нагромаджуючись і поступово піддаючи трансформації особистість, забезпечуючи разом з тим її цілісність. За У. Джеймсом, саме «Я», яке пізнає, і забезпечує особистісну ідентичність, що іменується мислителем «функціональним», оскільки завдяки йому весь нагромаджуваний досвід синтезується в психосоціальне підґрунтя «Я». Іншими словами, попри багатоманіття цього самого досвіду, особистість конкретної людини в нормі завжди тотожна самій собі. Щоправда, У. Джеймс вказує, що тотожність особистісного «Я» може бути лише «відносною тотожністю повільних змін, в якій, однак, завжди міститься деякий спільний інградієнт» [65, с. 220]. Та для нас найважливішим моментом аналізу У. Джеймса виступає саме діалектика ідентичності особистісного «Я» та її динаміка, що реалізується через взаємодію колишнього і нового, спогадів і переваг, минулого і теперішнього.

А оскільки У. Джеймс обстоював позиції власне наукових підходів до дослідження психіки, то всі інакші (наявні на той час) спроби опису психіки – скажімо, з позиції філософії чи богослов’я – він вважав або вже вичерпаними або зайвими. Ідеї вченого про двоїсту та багатоаспектну природу «Я», як вже зазначалося, дістали подальший розвиток у межах різних шкіл та напрямків психологічної думки. На жаль, його ідеї використовувалися без доречних і коректних у таких випадках посилань і згадок. Мабуть, лише у працях таких представників символічного інетракціонізму, як Ч. Кулі й Дж. Мід, з’являються подібні згадування. До того ж Дж. Мід, узагальнивши ідеї У. Джеймса і Ч. Кулі, припустив, що пізнаване «Я» являє собою сукупне відображення у свідомості людини того, як її оцінюють інші. На думку Дж. Міда, «Я», як об’єкт (англ. me) утворює засвоєні людиною настановлення (значення і цінності), в той час як «Я» безпосереднє (англ. I) – це те, як людина в якості суб’єкта психічної діяльності спонтанно сприймає себе як об’єкта. Сукупність «I» і «Me» утворює власне особистісне або інтегральне «Я» (Self).

Дж. Мід трактує «I» скоріше як імпульсивну невпорядковану тенденцію психічного життя індивіда. Будь-яка поведінка бере початок як імпульсивно реагуюче «I», але далі розвивається і завершується як «Me», оскільки перебуває під впливом соціокультурних факторів [112; 141].

Тим часом безсумнівною перевагою інтеракціоністського напрямку стало те, що в ньому підкреслюється значення реальної взаємодії особистості, котра розвивається з іншими людьми в практичному житті. Під дією механізму взаємного спілкування відбувається становлення Я-концепції індивіда. Вона набувається в процесі засвоєння дитиною очікувань інших, різних можливостей та обмежень, зумовлених тією чи іншою рольовою позицією цього індивіда в соціокультурному середовищі: статевою належністю, становищем у сім’ї, нормами, обов’язками і т.п.

Відтак, упродовж ХХ століття завдяки численним зусиллям психологів різних напрямків створено досить розгалужену систему уявлень про особистісне «Я». Це, по-перше, уявлення про «Я-концепцію» і «Я-перцепцію»; по-друге, про «Я-ідеальне» і «Я-реальне». Якщо перше співвідносне більшою мірою з з гештальт-психологією і гештальт-терапією, то друге, що бере початок у працях А. Адлера, дістало значне поширення пізніше в гуманістичній психології. Не можна лишити поза увагою і загальновідоме досягнення когнітивної психології – завдяки зусиллям її представників у структурі «образу Я» були виокремлені такі компоненти, як когнітивний, емоційний і власне поведінковий. Крім того, завдяки працям Дж. Келлі було введено в науковий обсяг додатковий параметр особистісного «Я» – його когнітивна простота або складність. Тим часом у теорії соціального порівняння Л. Фестингера підкреслюється, що саме «Я» є своєрідною точкою відліку в процесі структурування власне «Я-концепції».

Стосовно ж послідовників З. Фрейда, так званих неофрейдистів, зазначимо таке: у працях кожного з представників цього напрямку, починаючи з К. Хорні й завершуючи Г. Салліваном і Е. Фроммом, не кажучи вже про Е.Еріксона, так чи так розвивалися і поглиблювалися психологічні уявлення як про ключові моменти формування особистісного «Я», так і про базові стратегії проживання власного життя. У зв’язу з цим досить згадати добре відомі праці неофрейдистів – «Невротична особистість нашого часу», «Самоаналіз» (К. Хорні); «Міжособистісна теорія у психіатрії» (Г. Салліван); «Втеча від свободи», «Мати і бути» (Е. Фромм); «Ідентичність і життєвий цикл», «Проблема нової ідентифікації» (Е. Еріксон) – щоб, не вдаючись у подробиці, віддати належне напруженим пошукам психологічної думки в напрямку осмислення найскладнішого феномена людського «Я» [213; 245; 251; 264].

Особливе місце в аналізі людського «Я» належить двом мислителям зі сфери психології, порівняльний аналіз творчості котрих лишився поза увагою дослідників. Ми маємо на увазі глобальні за своїм масштабом положення К. Ясперса і Л.С. Виготського. В усталених стереотипах опису творчості Л.С. Виготського привертають до себе увагу дві образливі недоладності, яким надається самодостатнього значення в концептуальних положеннях мислителя. Це, по-перше, постулат про інтеріоризацію психічних функцій, який насправді належить П. Жане. По-друге, йдеться про назву «культурно-історична теорія», яка в дійсності належить А.Г. Маркелову. Останній ще в 1912 році видав книжку під назвою «Культурно-історичні типи особистості», в якій простежував у руслі концепції М.Я. Данилевського залежність соціокультурного змісту особистісного «Я» від типу цивілізації, якій це «Я» належить [64]. При цьому ніби поринає в тінь головна ідея Л.С. Виготського про перетворення «натуральних» психічних функцій у «культурні». Водночас сучасна психотерапія зовсім ігнорує положення К. Ясперса, сучасника Л.С. Виготського, про те, що «Я», аспекти «Я», функції «Я», буття «Я» неможливі поза комунікативною ситуацією, справжньою комунікацією і трансцендентуванням особистісного «Я» в об’Єктивність світового буття, що лише і забезпечує самобуття «Я». «…Так «Я» не є «Я-сам» без трансценденції» [290, с. 52]. Зазвичай, виокремлюється якийсь один аспект з методологічного синтезу німецького психіатра. Практично непоміченим лишилося положення К. Ясперса про гідність особистості та її роль у психологічному і соціальному бутті людини. А тим часом К. Ясперс з властивою йому парадоксальністю відводив особливе місце в розумінні особистісного «Я» саме негідності особистісного «Я», яка може виявитися в граничній ситуації або не мати прояву аж до появи такої. Якщо негідність ставить особистісне «Я» у становище двозначності, бо постає в хибному світлі, то гранична ситуація (смерть, страждання, боротьба, провина) виявляє дійсність його існування. Сучасна психологія не готова інкорпорувати в себе ці найвищі досягнення психологічної думки ХХ століття, віддаючи перевагу позитивістські орієнтованим психотехнікам, саме застосування яких стосовно особистісного «Я» навіть не передбачає такої категорії, як «гідність», як «гідність». Все це не тільки може зумовити ставлення до людини як до об’єкта, а й мимоволі замикає можливі психотерапевтичні підходи у звичному колі усталених стереотипів.

У неупередженого читача може виникнути закономірне запитання: чому автор, роблячи спроби наукової рефлексії стосовно проблематики «Я», ніби уникає аналізу психодинамічних підходів, що само собою зрозуміло і навіть напрошується з перших сторінок дослідження. Це не випадково. По-перше, цим підходам приділятиметься не побіжна, а спеціальна увага у відповідному підрозділі цього розділу. По-друге, історична справедливість і наукова об’єктивність вимагають якраз безпристрасного, ненастановного підходу до проблеми. На цьому ми наголошуємо особливо, оскільки в ХХ столітті надмірна ідеологізація тих чи тих способів мислення та об’єктів аналізу, власне настановне, а не об’єктивне ставлення до них, у тому числі у психології, призвело до створення історії розвитку останньої на догоду смаковим та ідеологічним пристрастям. При цьому, що часто трапляється, з водою випліскувалося і немовля. Ігнорування і забуття праць Ч. Причарда, Б. Мореля, П. Жане, У. Джеймса призвело до створення історичної перспективи психологічного дослідження саме особистісного «Я». При цьому найбільшою мірою постраждала якраз медична психологія, оскільки власне наукові дослідження нерідко заміщалися в ній фрейдистськими або марксистськими постулатами.

В нашій роботі ми намагаємося подолати подібну ідеологічну тенденційність. І саме аналіз поглядів У. Джеймса був першим кроком на цьому шляху.

**1.2. Психоаналіз, його деривати та опозиції в сучасній зарубіжній психології й особистісній психотерапії**

В якості кроку на шляху подолання методологічної тенденційності ми розглядаємо звернення до проблематики особистісного «Я» як об’єкта прикладання зусиль психологів і психотерапевтів у психоаналізі.

Перш ніж розпочати власне аналіз позначеної проблеми, окреслимо ряд концептуально важливих питань – таких як предметний зміст поняття «клінічна психологія», місце психотерапії і, зокрема, психоаналізу, в загальній структурі клінічної психології, оскільки неможливо розглядати особистісне «Я» пацієнта /клієнта поза концептуальними межами конкретного підходу.

Як відомо, клінічна психологія сформувалася на межі з медициною як прикладна галузь психологічного знання, що її можна застосовувати в медичній практиці. Однак у наш час лишається все ще актуальною дискусія про предметну галузь клінічної психології. Справа в тому, що у вітчизняній традиції зберігається розмитим предметний зміст «медичної» і «клінічної» психології [158]. До того, в англомовних країнах, крім поняття «клінічна психологія», вживається як синонім термін «патологічна психологія» (Abnormal Psychology), що близьке за змістом до «патопсихології». Разом з тим, у німецькомовних країнах термін «клінічна психологія» трактують і розуміють як розділ психології, що досліджує психоемоційну і ментальну специфіку осіб, котрі страждають соматичними хворобами [24]. Крім того, сам термін «клінічна психологія» входив у науковий обіг у різних країнах у різний час. Так, з 1907 року в США – завдяки зусиллям Л. Вітмера – вводиться нова спеціалізація для психологів – клінічна психологія. До того Л. Вітмер мав на увазі тільки роботу, що проводилася щодо окремих випадків і повинна була доповнюватися наданням психологічної допомоги, і не розумів під цим ні медичну психологію, на клініку в розуміння місця, де займаються психологічною діяльністю. В німецькомовних країнах поняття «клінічна психологія» з’являється лише в середині 40-х років ХХ століття. В 70-ті роки У. Шрамль одним з перших у німецькомовних країнах запропонував розуміти клінічну психологію ширше, ніж просто психологію в клініці. Він вводить в обіг нове визначення клінічної психології, виражене через психотерапевтичні методи, близькі до попереднього розуміння психотерапії: «розмовна психотерапія», «клієнт-центрована психотерапія», «поведінкова терапія» [361; 362; 363; 364]. З тих пір названі терміни не тільки міцно утвердилися в професійному вжитку, а й окреслили сферу діяльності власне клінічної психології, як вона розуміється на Заході. Таким чином, предметна галузь сучасної зарубіжної клінічної психології включає особливості психічної діяльності психіатричного і соматичного хворого в їхній значущості для діагностики, лікування, реабілітації і надання психологічної допомоги (застосування знань, технік і методів основних психологічних спеціальностей, а також суміжних з ними дисциплін – таких як глибинна психологія, соціологія і соціальна педагогіка). Подібне розуміння близьке до вітчизняної традиції, згідно з якою клінічну психологію розглядають як галузь медичної психології, яка вивчає особистість хворого на етапах профілактики, лікування і реабілітації, і прикладне значення якої визначається проблемами клініки – психіатричної, неврологічної та соматичної.

Слід зазначити, що одним із завдань клінічної психології (поряд з багатьма іншими) виступає вивчення і створення психологічних методів впливу на психіку людини з лікувальною і практичною метою. Реалізує це завдання психотерапія – невід’ємна складова в загальній структурі клінічної психології. В нинішніх умовах певну складність створює співіснування двох моделей психотерапії: медичної і психологічної, оскільки між ними спостерігається певна конфронтація. Такий поділ сягає своїми коренями в початок ХХ століття і є похідним від різних концептуальних основ, найважливішими з яких виступають, з одного боку, підходи, висхідні до клінічної психіатрії Е. Креппеліна і Е. Блейлера й ін., з другого, – психоаналітична парадигма З. Фрейда і О. Феніхеля [257; 259; 260; 262].

Принципова відмінність методології цих напрямків, що стосується психології і психотерапії особистісного «Я», полягає в тому, що перший належить повністю природничо-науковим емпіричним підходам в їхньому клінічному втіленні, в той час як другий, що «відірвався від клініки» (С.І. Консторум), – герменевтичній, аутистично-символічній (термін М.Є. Бурно) традиції, в якій немає місця диференціальній діагностиці клінічній картині страждання, хоча останнє відкриває великий простір для згуртування спільників-однодумців [38; 39; 98].

У зв’язку з цим можна зазначити, що медична модель психотерапії зводиться до визначення основних симптомів захворювання й усунення причин, що їх викликають. Згідно з такою моделлю лікар-психотерапевт займає позицію експерта, а активність пацієнта обмежується до мінімуму. Психологічна модель орієнтована на спрямування психологічної культури і мислення на допомогу хворим і людям з психологічними проблемами. Відмінною особливістю психологічної моделі є переконаність у тому, що пацієнт самостійно ухвалює рішення, а психотерапевт лише допомагає йому знайти ресурс для зміни і вирішення своїх проблем. Інша справа, що психологічна модель зумовлювалася тривалий час – особливо на Заході – здебільшого психодинамічними підходами. Відповідно до загального уявлення, психологічна модель психотерапії бере початок у психоаналізі З. Фрейда. Насправді це не зовсім так. Досить згадати групову психотерапію за допомогою гіпнозу В.М. Бехтерєва, що тяжіє до початку ХХ століття, або раціонально-сугестивну психотерапію П. Дюбуа того самого періоду. Разом з тим багато зарубіжних і вітчизняних авторів наголошують на значущості психоаналітичного напрямку, вказуючи, що саме в межах психоаналізу сформувалася психологічна терапія як самостійна галузь професійної діяльності [240]. Психоаналіз займає особливе, якщо не провідне, місце у величезному різноманітті підходів та шкіл сучасної психотерапії в зарубіжній клінічні психології. Так, за даними M.Broda і J. Bengel [308], котрі проаналізували роботу 110 клінік у Німеччині, де в аспекті реабілітації широко застосовуються психологічні і психотерапевтичні заходи. Серед використовуваних психотерапевтичних підходів найбільше поширення здобули психоаналіз, біхевіоральна терапія і клієнт-центрована терапія. Водночас дедалі більше авторів твердять про помітне зниження інтересу до психоаналізу з боку саме пацієнтів/клієнтів уже в останні десятиріччя ХХ століття, що пов’язане із загальновідомими його особливостями. З приводу останніх Т.М. Пушкарьова зазначає: зниження інтересу до ортодоксального психоаналізу на Заході викликане потужною альтернативою короткотермінових психотерапевтичних методів [198]. У цілому частка психоаналітиків у сучасному західному психотерапевтичному товаристві становить від 2 % до 5 % від загального числа практикуючих спеціалістів. Таке становище Т.М. Пушкарьова пояснює складністю і тривалістю отримання психоаналітичної терапевтичної освіти. А втім, заявляє Т.М. Пушкарьова, «в наш час визнано ефективність психоаналізу і психоаналітичної психотерапії у пацієнтів, для котрих інші методи виявилися неефективними. Це стосується пацієнтів з граничними формами розладів особистості з супутніми їм афективними порушеннями, тих, хто не може ефективно працювати або ж страждає від неспроможності підтримувати задовільні міжособистісні відносини» [198, с. 101]. В цьому плані варто було б звернути увагу на добре відомий в товаристві клініцистів факт, а саме: існує значний дисонанс в оцінці того, що відбувається з психоаналізом у публікаціях та на професійних форумах і в безпосередньому особистісному спілкуванні спеціалістів/клієнтів, втрату ними інтересу до психоаналітичної процедури, зауваження, що стосуються перебільшеної універсальності цього методу, а також все частіше звернення до суду зі звинуваченнями у втраті часу і грошей – надбання саме конфіденційного внутрішньо групового спілкування професіоналів.

Попри сказане не можна заперечувати, що розвиток саме психоаналізу привів до виникнення різних теоретичних відгалужень і форм психотерапевтичної практики. Одним з найбільш сучасних напрямків психоаналізу вважається інтерсуб’єктивний підхід, що його почала розвивати з кінця 1970-х років група психоаналітиків з США на чолі з Робертом Столороу. В 1987 році побачила світ спільна праця Р. Столороу, Б. Брандшафта і Дж. Атвуда «Клінічний психоаналіз: інтерсуб’єктний підхід», що містила основні положення цього напрямку і критичне переосмислення низки класичних і сучасних психоаналітичних положень. На думку авторів, єдиною реальністю, релевантною і посильною для психоаналітичного дослідження (емпатії й інтроспекції) є суб’єктивна реальність пацієнта, суб’єктивна реальність аналітика, а також психологічне поле, створюване в результаті їхньої взаємодії [238].

Нововведеними і центральними теоретичними конструктами інтерсуб’єктивного підходу є *концепція інтерсуб’єктивного поля і поняття конкретизації.* Концепція інтерсуб’єктивного поля являє собою процес психічного розвитку як взаємодію суб’єктивних світів, а поняття конкретизації позначає символічні перетворення «конфігурацій суб’єктивного досвіду в події і сутності, які уважаються об’єктивно сприйнятними й відомими» [238, с. 19].

Тим часом основні положення інтерсуб’єктивного підходу такі: 1) предметом психоаналітичного дослідження є психічні та психопатологічні феномени «Я» з афективними смислами, що виражають суб’єктивно організовані переживання власного досвіду; 2) посильність психічних і психопатологічних феноменів для емпіричного психоаналітичного дослідження обмежується методами емпатії й інтроспекції; 3) психічні і психопатологічні феномени неможливо зрозуміти без урахування тих інтерсуб’єктивних контекстів, в яких вони формуються, але й сама якість присутності особи, котра розуміє (або не розуміє), так само є формувальним інтерсуб’єктивним конструктом. В останньому твердженні закладена важлива ідея про те, що переживання формуються і трансформуються в певних інтерсуб’єктивних контекстах, що є, у свою чергу, контекстами розуміння. Правомірне також і протилежне: контекст розуміння є формувальним і трансформувальним середовищем для психічних феноменів.

Інтерсуб’єктивісти розвивають ідею Х. Кохута про те, що емпіричне психоаналітичне дослідження «Я» визначається «межами можливостей інтроспекції й емпатії», і наполягають на потребі відмови від усіх мета психологічних абстракцій, які не тільки не узгоджуються з використанням емпатії й інтроспекції, а й перешкоджають їх здійсненню. Таким чином, вони прагнуть шляхом практичної методологічної рефлексії привести психоаналітичний концептуальний апарат до найбільшої відповідності досліджуваній феноменальній реальності.

Стосовно психотерапії це означає, що психопатологічні процеси не можуть бути локалізовані винятково всередині «Я» пацієнта. Активність аналітика, що організовує, є тим інтерсуб’єктивним контекстом, який істотно впливає як на маніфестацію, так і на згасання психопатологічної продукції пацієнта. Звідси метою психоаналітичної терапії є «розгортання, прояснення і трансформація суб’єктивного світу пацієнта» [238, с. 25].

У зв’язку з цим слід відзначити внесок таких представників психоаналітичного напрямку, як З. Фрейд, О. Феніхель, Ф. Данбар, Ф. Александер, А. Мітчерліх, М. Шур, Т. Сіфнеос й ін., у становлення *психосоматичної медицини* як самостійної наукової дисципліни. Особливо слід підкреслити важливу роль писходинамічних концепцій у розумінні можливих причин впливу психічної сфери на виникнення соматичних порушень, у розкритті динамічного аспекту психосоматичних захворювань, психологічних механізмів їх формування і функціонування, у вивченні зв’язків між характером психічного стресового фактора і ураженням певних органів.

Одним з ключових понять психоаналітичного напрямку в психосоматиці є запропоноване З. Фрейдом поняття символічної конверсії, за допомогою якого він описав процес вираження в символічній формі соматичних симптомів як витиснутого патопсихологічного матеріалу. Цей феномен зміщення психічного конфлікту та його розв’язання через різні симптоми в ділянці тіла пізніше дістав назву «психосоматизація». Афективний конфлікт, згідно з З. Фрейдом, провокує виникнення істеричного неврозу або, при недостатній зрілості захисних механізмів, психосоматичного захворювання. Однак виникле при цьому запитання про диференціацію конверсійних, невротичних і психосоматичних симптомів, яке сягає своїми коренями ще ранніх відкриттів Ж.М. Шарко, і нині все ще не має відповіді.

Аналізуючи розвиток конверсійних процесів, І. Хірш, приміром, висловив думку про два основних теоретичних підходи до психосоматики: 1) концепція конверсії і 2) концепція еквівалентності. Хірш вважає, що обидві концепції справили значний вплив на психоаналітичні школи в психосоматичній медицині. Основні ідеї «концепції конверсії» вказані вище. Стосовно «концепції еквівалентності» зазначимо, що дифузні вегетативні симптоми, пов’язані з певними емоційними станами, виступають як їх тілесні еквіваленти. При цьому тілесні симптоми, відповідно до концепції, не передбачають легко доступного розуміння їх смислу. Розкриття останнього вимагає спеціальних зусиль [цит. за 23; див також 330; 331].

Разом з тим, на думку більшості послідовників конверсійної концепції, існує логічно зрозумілий, символічно виражений зв’язок між змістом афективного конфлікту і соматичними симптомами. Такий погляд на розуміння змістовного зв’язку між психологічними феноменами і клінічними симптомами з часом набув стійкого характеру головного пояснювального принципу психосоматичної медицини і поклав початок численним дослідженням «психосоматичної специфіки» психологічних страждань при різних захворюваннях.

Значний внесок у вирішення проблематики психосоматичної специфічності зробив Ф. Александер своєю «теорією специфічних для хвороби психосоматичних конфліктів». Згідно з нею будь-яка емоційна реакція завжди супроводжується природними змінами у вегетативній нервовій системі, тобто має свій відносно чітко окреслений соматичний еквівалент. Придушення емоцій, витіснення конфліктних переживань, повне їх усунення зі свідомості призводить до хронічної дисфункції внутрішніх органів, а специфічність клінічних проявів криється у змісті відповідного афективного конфлікту. Таким чином, для кожного психосоматичного захворювання (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, бронхіальна астма, виразкова хвороба, сахарний діабет, тиреотоксикоз, виразковий коліт, ревматоїдний артрит) характерний, на думку Ф. Александера, свій інтрапсихічний конфлікт, якому відповідають певні емоційні переживання зі своїми соматовегетативними корелятами [8]. Основні положення «теорії психосоматичних конфліктів» Ф. Александера тривалий час справляли значний вплив на розвиток психосоматичного напрямку в медицині.

Ґрунтовний аналіз наукової спадщини Ф. Александера і його послідовників у галузі психосоматичної медицини представлений у статті Я. Бастіаанса. В ній йдеться про значущість його численних публікацій про психосоматичний розвиток особистості, а також представлено психодіагностичну процедуру, в основі якої інтерв’ю та тестування. Ця процедура дає змогу за психологічними характеристиками пацієнта передбачати можливу психосоматичну нозологію – специфічність соматичної симптоматики.

Цей напрямок досліджень продовжили У. Бройтигам і П. Христіан [304; 305]. У результаті клінічних спостережень вони виявили наявність елементів, характерних для того чи іншого психосоматичного захворювання, вже у фізичній схильності. «Хоча концепція психосоматичної специфічності та психосоматичної діагностики особистості упродовж багатьох років критикувалася різними вченими, – пише Я. Бастіаанс, – уявлення про те, що існують свого роду типові або специфічні ядра особистості й захисні настанови, які надають особистості психосоматичних пацієнтів певного колориту і зумовлюють захворювання, так і не було спростоване» [23].

В межах теорії «психосоматичної специфічності» формувалися напрямки, що робили акцент не на приматі психодинамічного конфлікту в природі психосоматичного розладу, як це було у Франца Александера, а на провідному значенні особистісних особливостей для характеру соматичного захворювання. Основоположником цього напрямку є Фландерс Данбар, котра розглядала психосоматичне захворювання як вираження специфічної структури особистості, оскільки емпірично з’ясувала, що соматичні симптоми зумовлені не стільки афективним конфліктом «Я», скільки «профілем особистості». На підставі власних клінічних досліджень вона описала «виразковий», «коронарний», «алергічний», «схильний до пошкодження» типи особистості [216; 267]. На думку Ф. Данбар, емоційні реакції є похідними від особистості хворого, що дає змогу діагностувати і прогнозувати розвиток певних соматичних захворювань залежно від профілю особистості, а також специфічно застосовувати відповідні форми і методи психотерапії.

Ці положення дістали своє підтвердження в подальших дослідженнях, присвячених особистісним особливостям хворих на різні психосоматичні захворювання. В їх результаті встановлено загальні для осіб різної психологічної належності риси, що утворюють своєрідну «психосоматичну особистісну структуру»: серед них егоцентризм, особистісна й емоційна незрілість, парціальний інфантилізм, недостатній ступінь емоційної замученості у те, що відбувається, неспроможність управляти символічними процесами з метою комунікації [7; 10; 12; 13; 17; 18; 21; 37; 43; 58; 79; 102; 148; 151; 156; 162; 204; 215; 217; 266; 276; 292; 301; 309; 331; 340; 341; 342 та ін.].

Тим часом роль і значення окремих особистісних диспозицій у виникненні психосоматичних розладів були описані вже в 40-х роках ХХ століття. Йдеться, зокрема, про теорію «десоматизації – ресоматизації» М. Шур [365]. Згідно з цією теорією схильність до психосоматичних захворювань зумовлюється недостатньою диференційованістю емоційних і соматичних процесів в осіб з явищами інфантилізму. У таких осіб будь-яке емоційне порушення з легкістю трансформується в розлад соматичних функцій, оскільки для них характерне спільне «психофізіологічне переживання», властиве періоду раннього дитинства. Таким чином, причини психосоматичних захворювань, на думку М. Шур, пов’язані з регресією (переходом на нижчий рівень) психосоматичного функціонування, а психосоматичний симптом є результатом ресоматизації функцій Его.

Ідею психосоматичної регресії розвинув А. Мітшерліх у своїй концепції «двофазного витіснення» [349; 350]. А. Мітшерліх подає психосоматичний симптом як результат використання незрілих психологічних захистів – наслідок неспроможності розв’язати конфлікт за допомогою виключно психічних засобів і зсуву в динаміці на тілесні захисні процеси. Вчений заявляє про ресоматизацію досвіду, яка завжди відбувається в два етапи: 1) витіснення емоційного конфлікту і функціонування його на несвідомому рівні; 2) цей процес витіснення спонукає до регресії в поведінці – особливо стосовно патернів взаємодії, які в ранньому розвитку мали найбільшу надійність. Цей процес він назвав «соматизацією», яка за умови хроніфікації психосоматичної події може спричинити структурні зміни в тому чи іншому органі. Таким чином, на думку А. Мітшерліха, формується психосоматичний синдром. Разом з тим французькі психоаналітики П. Марті, М. де М’Юзан і К. Давид [345; 346] встановили цікаву особливість психосоматичних пацієнтів: неспроможність продукувати фантазії, бідність сновидінь і мрій, обмежена здатність до символоутворення в поєднанні з конкретно-предметним мисленням, переважна концентрація на зовнішньому світі. Доповненням до цього є неспроможність до емоційного резонансу і труднощі вербалізації конфліктів, що їх виділив П. Сифнеос у психосоматичних пацієнтів. Подальші дослідження в цьому напрямку дали змогу П. Сифнеосу спільно з Й. Неміа ввести в обіг поняття «алекситимія», що позначає неспроможність сприймати власні емоції й адекватно виражати їх вербально [351; 367]. Саме алекситимія, на думку П. Сифнеоса, лежить у підґрунті психосоматичних захворювань, бо створює конфліктну ситуацію в міжособистісній сфері, оскільки хворі не здатні рефлексувати свій емоційний стан і виявляти емпатію стосовно інших людей, а емоційне напруження трансформується в патологічні фізіологічні реакції.

Заради справедливості зазначимо, що на ефективність психодинамічної психотерапії психосоматичних розладів, що супроводжується алекситимією, вказують і російські автори С.Л. Соловйова і В.Д. Менделевич. При цьому вони заявляють, що ця терапія повинна бути модифікована таким чином, щоб «вона нагадувала роботу з дітьми, коли психотерапевт поводиться як матір, допомагаючи «алекситиміку» в досягненні психологічної зрілості, навчаючи його створенню символів, допомагаючи усвідомлювати, спостерігати й організовувати афекти, працюючи над його дефектним комунікативним стилем» [159].

Подальший перегляд класичних психоаналітичних теорій розширив уявлення про роль особистісних рис і типових внутрішніх конфліктів «Я» у виникненні психосоматичних захворювань. Особистісні диспозиції розглядаються як результат порушення певних періодів вікового розвитку особистості, що в термінах класичного психоаналізу описувалися як фіксація або «застрягання» на відповідному етапі психологічного розвитку. В сучасному трактуванні вони пов’язані зі схемою «епігенезу ідентичності», за Е. Еріксоном. Як внутрішньо психічні конфлікти розглядаються утрата об’єкта, нарцисична травма, агресивний захист [216].

Завдяки подальшим дослідженням у цьому напрямку стала широко відомою теорія «утрати об’єкта» Дж. Енгеля і А. Шмале, відповідно до якої неспроможність адекватно переробляти переживання втрати об’єкта (тимчасова або тривала утрата контакту з емоційно значущими близькими або втрата значущої діяльності) призводить до формування депресивної відповіді, а потім і до психосоматичних порушень [267, с. 24]. На думку Дж. Енгель і А. Шмале, психосоматичні хворі сприймають утрату об’єкта як нарцисичну травму, внаслідок чого у них виникає характерний комплекс «giving up» («той, що припиняється, полишається») і «given up» («припинений, полишений»). Стан «припинення, відмови», що супроводжується таким афективним комплексом, як відчай, безнадійність, горе, сум, почуття непоправної утрати, безпорадність, зрештою призводить до зниження імунітету і виникненню соматичних захворювань. Дж. Енгель і А. Шмале відзначають, що особливо великою є роль аутоімунних механізмів при астмі, коліті, хворобі Крона, онкологічних захворюваннях. Автори вказують на символічне обрання місця виникнення порушення, надаючи особливого значення життєвій ситуації в момент появи захворювання. При цьому Дж. Енгель і А. Шмале визначають основні завдання психотерапевтичного втручання таким чином: 1) з’ясувати, яка саме подія викликала відмову від віри в майбутнє; 2) пророблення цієї події в ході психоаналізу.

Інтерес викликає і концепція голандського аналітика Дж. Гроєна стосовно причин і механізмів утворення психосоматичних симптомів [23]. Поширення психосоматичних захворювань Дж. Гроєн пов’язує з тенденцією дотримуватися заборони на відкритий прояв емоцій. Головна причина виникнення психосоматичних розладів, на думку Дж. Гроєна, криється в соціально змушуваному пригніченні вербальної і нейром’язової експресії афектів, які виникають в результаті фрустрації і наслідки яких позначаються на нервовій та ендокринній системах. Ці висновки ґрунтуються на результатах емпіричного дослідження психосоматичних хворих. Так, Дж. Гроєн з колегами визначили, що поведінку психосоматичних пацієнтів стосовно свого оточення можна охарактеризувати як таку, що відповідає загальноприйнятим нормам і безконфліктну. Інтрапсихічно така поведінка викликає величезне напруження, яке призводить до дисфункції органів, – особливо якщо напруження не може бути виражене через вербалізацію, міміку, жестикуляцію і психомоторику. Таким чином, пригнічена експресія і заблокована комунікація схиляють, на думку Дж. Гроєна, до соматизації.

Такої самої думки дотримується і голандський дослідник Т. Ікскюль, котрий запропонував термін «хвороби готовності» [267]. Готовність він розумів як необхідність експресивного від реагування афекту. Якщо ж таке від реагування виявляється неможливим внаслідок порушення дозрівання або втрати мотиву на підставі витіснення, відбувається перехід емоцій у тілесну реакцію. До того готовність може хроніфікуватися і призводити до зростання активації органних функцій. Формування соматичних симптомів у цьому випадку так само підпорядковується принципу «психосоматичної специфічності». Наприклад, виразка шлунку є наслідком придушення психомоторної озлобленості, а гіпертонія – загальмованої гіперактивності.

Спробу поєднати психоаналітичну концепцію психосоматозів з окремими уявленнями поведінкової і когнітивної психології зробив Я. Бастіаанс. Він розглядає психосоматичний розлад як результат витіснення інтрапсихічних і тілесних репрезентантів переживання, як неспроможність диференціювати тілесні відчуття від образно-символічної представленості почуттів [23]. Я. Бастіаанс уводить в обіг поняття «ідео-емоціо-моторних репрезентантів», у яких представлене переживання як єдність сенсорних, моторних, ідеаційних й емоційних компонентів. При цьому особливого значення для розуміння психосоматичних механізмів він надавав процесу розвитку особистості, а саме: «етапу переходу від дифузного проприоцептивного переживання до переживання в образах і символах», оскільки саме «в цьому переході можуть виникати гальмування і блокування, що сприяють виникненню психосоматичної хвороби» [23]. Поява «блокувань» пов’язана, на думку Я. Бастіаанса, з особливостями формування і подальшого функціонування особистісних структур Его і Суперего, а також з впливом на таке формування зовнішніх соціокультурних факторів. Здатність до придушення і витіснення почуттів, вважає Я. Бастіаанс, закладається в ранньому віці в результаті заборони або несхвалення їх вираження. Витіснення, за Я. Бастіаанс, є наслідком функціонування всіх психоаналітично позначених особистісних структур (Суперего, Его й Ід), а не функцією Его (у вузькому розумінні), водночас воно справляє вплив на формування цих структур і на психосоматичну адаптацію «Я». На думку дослідника, психосоматична адаптація «Я» є «результатом регулювання з боку Его імпульсів потягів, здійснюваного під впливом формування совісті й ідеалів у ранньому дитинстві, фантазій про велич у тому вигляді, в якому вони інкорпоровані в Суперего і здатні при цьому захищати пацієнта в ситуації самотності від пов’язаних з нею емоцій» [23].

На підставі результатів багаторічних клінічних спостережень і досвіду тривалого психоаналітичного лікування психосоматичних хворих Я. Бастіаанс описав типові аспекти психосоматичного розвитку особистості і виокремив специфічні риси, властиві всім психосоматичним пацієнтам. Спільними для них є: надмірно ригідні норми, спрямовані на «правильне» (нормативне) пристосування до реальності, орієнтація на соціальне схвалення, гіпертрофований характер его-ідеалів гіперактивності, права, влади і обов’язку (диспозиції, набуті в результаті формування Суперего; центрованість на себе, труднощі в установленні контактів з іншими, неспроможність до самовіддачі, що виражається в аутизмі, нарцисизмі й егоцентризмі. При цьому спостерігається фіксація на ідеали самостійності («зроби сам»), самоконтролі й незалежності (набуті в результаті формування Его), загальна загальмованість інстинктивної поведінки, надмірна активація поведінкових тенденцій «боротьби» і «втечі» (що виявляється в гіперактивності) на фоні порушення або гальмування лібідозно-акцентуйованого розвитку контактів, а також «неспроможність пов’язувати внутрішні спонуки з образами, символами і словами» (характеристики, набуті в результаті функціонування потягів). Ще однією відмінною особливістю психосоматичних пацієнтів є розмитість меж між Его і Суперего.

Далі дослідник відзначає, що з точки зору психоаналізу «психосоматичні симптоми розглядаються як реакції, зумовлені зовнішньою і внутрішньою ситуацією, в які свій внесок роблять свідомі, перед свідомі і повністю несвідомі процеси переробки і научіння» [23]. При цьому важливу роль при виборі психоаналітичного методу відіграє зовнішня або внутрішня детермінація симптомоутворення і спрямованість свідомості пацієнта (позиційна або рефлексивна, за К. Юнгом). Провідна роль інтрапсихічної ситуації у формуванні психосоматичного симптому слугує підставою для вибору психоаналізу.

Завдання психоаналітика при роботі з психосоматичними пацієнтами полягає, на думку Я. Бастіаанса, у проясненні деяких аспектів психосоматичного синдромогенезу: визначенні способу «репрезентації світу» (поняття Дж. Сандлера) у хворого, ступеня розвитку «репрезентантів Самості» на рівні мислення, мовлення, фантазування і почування, ступеня представленості тілесної складової в цьому репрезентованому світі (або не представленості внаслідок неспроможності усвідомити своє фізичне функціонування).

Отже, психоаналітична терапія справляє вплив передусім на інтрапсихічні репрезентанти, що викликає прогресивні структурні перетворення (зміна емоцій тягне за собою зміну мислення, відчуттів і поведінки), зміни зв’язків між інтрапсихічними репрезентантами. При цьому підкреслюється, що майже всі переживання мають не тільки сенсорні і моторні компоненти, а й ідеаційні та емоційні (відповідно ідео- й емоціо-компоненти). Припускається, що правильне «уявлення про поведінку» спільно з пов’язаними з ним почуттями сприятиме правильній поведінці в реальності. У процесі психоаналітичного лікування психосоматичних хворих Я. Бастіаанс встановив, що психосоматичні синдроми можуть істотно редукуватися завдяки переробці витіснених фантазій. З цього він робить висновок, що для терапії психосоматичних розладів важливо, якою мірою аналітик здатний мобілізувати витіснені почуття. Необхідно, щоб психосоматичний пацієнт міг пережити і опрацювати досвід емоційно, а не тільки раціонально. В протилежному випадку не відбудеться змін у психічному, соматичному і поведінковому функціонуванні. Ухвалюючи рішення про те, якою мірою психосоматичному пацієнту показана психоаналітична терапія, крім усього іншого, слід враховувати ступінь інтроспекції, ступінь здатності оцінювати ефект від своїх рішень проблеми, реакцій або поведінки в зовнішньому світі і вчитися на досвіді [23].

Автор визначає можливості і «показання» для застосування психоаналізу при лікуванні психосоматичних хворих. Чудових результатів вдається досягти , застосовуючи, зокрема, «аналіз конфліктів» за умови, що психосоматичні стратегії захисту, вироблені в дитинстві, не є занадто жорсткими, а первинні конфлікти приступні для психотерапевтичного втручання. До того треба враховувати й особистість хворого та актуальну життєву ситуацію. Я. Бастіаанс вказує на те, що «іноді психоаналітичне лікування характеризується тим, що психосоматична симптоматика перебуває на передньому плані тільки на самому початку», після чого її місце займає звичайна психоневротична проблематика, а подальший психоаналіз відбувається як «звичайний» аналіз неврозів. Для усунення або редукції психосоматичних симптомів, за даними Я. Бастіаанса, найчастіше використовують короткочасну психоаналітичну терапію: до того не лише у формі фокальної терапії, за М. Балінтом, а й у прагматичних формах. У зв’язку з цим Я. Бастіаанс заявляє, що «короткочасна терапія є короткочасною лише з точки зору кількості терапевтичних сеансів (один раз на тиждень або нерегулярні), але не завжди є такою з точки зору тривалості лікування» [23; 281].

Досвід групової терапії психосоматичних хворих детально описаний Г. Віттіхом [381] і Г. Аммоном [12]. Переваги групової терапії психосоматичних пацієнтів полягають у такому: група створює найбільші можливості для пророблення проблематики пасивності і суперництва, для розвитку вербальної і невербальної комунікації, більш зрілих, емоційно адекватних способів реагування та поведінки («пацієнт не може залишатися тут винятковою людиною, як улюблена дитина, якій віддається перевага»). При цьому група виступає як «острівець безпеки».

На завершення огляду праці Я. Бастіаанса зазначимо, що автор виокремлює і низку обмежень психоаналітичного методу при роботі з психосоматозами. Зокрема, у випадку опору психоаналітичному переробленню внутрішніх процесів й усвідомленню почуттів більш ефективною може виявитися систематична поведінкова терапія, хоча позитивні результати і тут так само досить обмежені. У разі опору щодо усунення психосоматичного симптому ефективною є, на думку автора, ЛСД-терапія, яка дає змогу пропрацювати мультикондиційну детермінованість психосоматоза. Якщо ж психосоматичні симптоми мають автоматичний, умовно-рефлекторний характер,то в якості теорії краще використати техніки релаксації, гіпнозу або аутогенного тренування (форми поведінкової терапії), техніки дихальної терапії. Ці техніки можна поєднати з психоаналітичним лікуванням. Автор також зауважує, що неефективність психоаналізу може бути пов’язана з переживанням зовнішніх детермінант симптомоутворення. Втім, результати, отримані багатьма зарубіжними і вітчизняними дослідниками, свідчать про невисоку ефективність психоаналітичної терапії при лікуванні психосоматичних пацієнтів, а то й про цілковиту відсутність будь-якого терапевтичного ефекту. «Успіхи психотерапії в психосоматиці створюють не таке вже райдужне враження. Немає сенсу їх прикрашати: в багатьох випадках результати гнітюче мізерні, а нерідко і зовсім дорівнюють нулю» [23].

За даними П. Сифнеоса, психосоматичні пацієнти є малоперспективними для психотерапевтичного впливу – особливо для психоаналізу [367]. С.Л. Соловйова і В.Д. Менделевич, аналізуючи зарубіжні й вітчизняні публікації з проблеми психотерапії психосоматичних розладів, вказують на ефективність здебільшого симптоматичних методів лікування – таких як гіпноз, аутотренінг, різні релаксаційні методики, бізворотний зв’язок. Послуговуючись власним клінічним досвідом, ці автори заявляють також про невисоку ефективність застосування патогенетичної психотерапії В.М. М’ясищева в клініці внутрішніх захворювань [159].

На можливі причини неефективності психоаналітичної терапії при психосоматозах вказують Х. Томе і Х. Кехеле в фундаментальному керівництві з психоаналізу [245]. Вони відзначають, зокрема, своєрідність клінічного підходу стосовно соматичних захворювань: «Тіло доступне психоаналітичному методу безпосередньо через тілесні відчуття, не стаючи при цьому об’єктом медичного обстеження. Тому для тих психоаналітиків, котрі є за освітою лікарями, тим паче, якщо вони працюють у психосоматичній медицині, важливо не втрачати вміння розпізнавати і лікувати соматичні хвороби … Аналітик має дбати про те, щоб його пацієнти отримували таке саме лікування періодичних або хронічних соматичних захворювань, яке він приписав би в аналогічних випадках для себе або членів своєї сім’ї, тому що таке ставлення – шлях до найбільш доступної й ефективної терапії. Всерйоз сприймаючи соматичні хвороби, замість того, щоб психологізувати їх з безвідповідальністю пан психологізму, і працюючи з суб’єктивною теорією хвороби, яку створив собі сам пацієнт, ми заохочуємо якнайширше розповсюдження психоаналітичного методу. Користь, яку принесе психоаналітик у лікуванні соматичної хвороби, буде набагато більшою, якщо він виходить із суб’єктивного стану й образу тіла пацієнта, а не з хибного розуміння принципу відстороненості й нейтральності» [245, с. 129]. Таким чином, Х. Томе і Х. Кехеле наголошують на необхідності комплексного підходу до лікування психосоматичних пацієнтів, в якому має враховуватися багатозначність зв’язків між психікою і соматикою. Однак ці рівні повинні розглядатися диференційовано, тобто треба включати різні кола інтерпретацій в один клінічний випадок.

За даними Є.С. Смольницької, у Німеччині показником для призначення аналітичної або психодинамічно орієнтованої психотерапії є «психічні розлади, зумовлені серйозною хронічною хворобою» [227]. До того Є.С. Смольницька наголошує на плідному співробітництві в західних країнах клінічних психологів, психоаналітиків з лікарями соматичної практики: «Особливо корисною є участь клінічного психолога у лікуванні таких хворих з соматичними (непсихіатричними) захворюваннями, ведення яких створює складнощі або «загадки» для лікарів – спеціалістів з відповідних захворювань. Клінічний психолог у таких випадках працює не тільки з пацієнтом, а й з колегами-лікарями, допомагаючи їм створювати і підтримувати більш гнучкі відносини з пацієнтом» [227, с. 105].

Тим часом, багато зарубіжних авторів – F. Allerberger, 1997; C. Wallesch, C. Bartels, 1996; J. Mc. Crone, 2004; N. Miller, J.L. Katz, 1989; A. Delahanty, 1978; M. White, 1998 й ін. [227] – вказують на наявність генетичного взаємозв’язку між психоаналізом і неврологією M.White (1998) детально аналізує внесок Ж. Шарко, колеги і вчителя З. Фрейда, об’єднання неврології й психіатрії. Автор зазначає, що діагностика і розуміння Ж. Шарко певних аспектів історії справили вплив на ранній психоаналіз, а його погляди на психопатологію травми позначилися на сучасних концепціях посттравматичного стресу і соматоформного розладу. Історія взаємовідношень психоаналізу з неврологією сягає часу становлення психоаналізу як самостійного наукового напрямку і пов’язана передусім з іменем З. Фрейда. Так, Є.С. Смольницька, аналізуючи праці зарубіжних дослідників, зазначає в своєму огляді: у статті Е. Keegan (2003) показується взаємозв’язок ранніх праць З. Фрейда в галузі психоаналізу з концептуальними досягненнями в неврології останньої декади ХХ століття – зокрема, з працями Paul Flechsig. У роботі R. G. Goldstein (1995) вказується на вплив ідей видатного невролога J.H. Jackson на уявлення З. Фрейда стосовно емоційних детермінант мовленнєвих розладів. Відомий психоаналітик P. Amacher (1974) вважає, що концепція принципу задоволення й інфантильних зон сформувалася у З. Фрейда на підставі його поглядів як невролога. Крім того, саме З. Фрейд описав механізм формування конверсійних симптомів при істерії (сліпоти, глухоти, моторних порушень), афазії і деяких інших неврологічних хворобах, він також запропонував технологію застосування психотерапії до подібного роду розладів [227].

У наш час у західній клінічній психології ставиться питання інтегративного комплексного підходу до лікування неврологічних захворювань, до розуміння клінічної симптоматики як результату комплексу діючих психосоціальних й органічних причин на противагу існуючим і досі протиріччям між неврологічним, психіатричним і психоаналітичним розумінням багатьох неврологічних відхилень. Інтегративний комплексний підхід орієнтований на цілісне розуміння розладів, але з урахування її рівневої диференціації (органічної і психічної), включаючи різні кола інтерпретацій в один клінічний випадок. У зв’язку з цим J. Frommer зауважує, що реалізація тільки органічного або лише психотерапевтичного підходу негативно позначається на результатах лікування. При цьому не слід перебільшувати значення психотерапевтичної допомоги у таких випадках, оскільки застосування психотерапії без координації дій з соматичними спеціалістами часто призводить до лікарських помилок. Так, N. Roth описує випадки, коли багаторічна ізольована психоаналітична терапія конверсійної істерії була безуспішною через істотний внесок неврологічної органіки в симптоматику. Тривала ремісія наставала у цих хворих лише після фармакологічної терапії [227]. У свою чергу, Є.С. Смольницька вказує, що вдала спроба застосування комплексного підходу до лікування неврологічних захворювань висвітлюється у статті J. Frommer (1993), де наведено опис випадків захворювання на блефароспазм, обговорюються проблеми комплексної діагностики, терапії і прогнозу перебігу цього захворювання. У статті M. Franz (1990) підкреслюється значення психоаналізу в лікуванні таких неврологічних хвороб, як істерична конверсія, певні патології екстра пірамідальної моторної системи, люмбаго, ішіасу, цефалгії, епілепсії.

Х. Томе і Х. Кехеле аналізують можливості застосування психоаналізу в терапії неврологічних захворювань лікарями-аналітиками і психіатрами. Автори вказують на те, що тривога провокує появу неврологічних симптомів, внаслідок чого деякі невротичні розлади можуть поєднуватися з неврологічними [245]. Так, фобічні неврози можуть поєднуватися з таким неврологічним захворюванням, як спастичний ревматичний біль у шийних м’язах. Психоаналітична терапія таких випадків захворювання, на думку авторів, здатна знімати комплекс симптомів психологічного, психогенного і неврологічного характеру. К. Томе і Х. Кехеле описують пацієнта, а якого дисморфобія обличчя, імпотенція і torticollis перебували у тісному зв’язку, тобто симптоми зникали у процесі класичної психоаналітичної терапії, а при загостренні стану поверталися так само в комплексі [245].

Посилаючись на дані Х. Томе і Х Кехеле, Є.С. Смольницька вказує на те, що в Німеччині психоаналіз офіційно включений в арсенал методів лікування неврологічних захворювань за умови наявності вагомих підстав для застосування психодинамічно орієнтованої (50-80 сеансів) або аналітичної терапії (240-300 сеансів). Доцільність і тривалість такої терапії погоджується незалежними експертами [227].

В нинішню епоху «доказової медицини» в багатьох публікаціях підкреслюється «недоказовість» ефективності психоаналізу при багатьох формах психічних розладів. Водночас О.Г. Сироп’ятову вдалося зібрати дані сучасних нейробіологічних досліджень, які підтверджують як теоретичні положення психоаналізу, так і його психотерапевтичну ефективність. Зокрема, він наводить низку досліджень, в яких підтверджується психоаналітичне положення про роль дитячої травматизації в психічному розвитку: «кілька наукових колективів підтвердили наявність взаємодії між травмою в дитячому віці і визріванням структур мозку» [239]. D. Perry, R. Pollard, W. Blakeley визначили, що психотравма в ранньому дитячому віці може приводити до змін середнього мозку, лімбічних і стовбурових клітин, а занедбаність і деривація в перші роки життя можуть затримувати розвиток кор. Головного мозку, що виявляється в обмеженні коркової модуляції реакцій лімбічних, стовбурових і середньо мозкових структур [357]. У другому дослідженні J. Bremner, P. Randall, E. Vermetten вивчали наслідки пережитої в період розвитку мозку психотравми. Результати показали, що у людей, котрі зазнали в дитинстві жорстокого фізичного і сексуального поводження, об’єм лівого гіпокампапомітно менший [306]. Фінські дослідники H. Viinamaki, J. Kuikka, J. Tiihonen дістали дані про вплив психодинамічної терапії на обмін біогенних амінів [239]. Клінічний експеримент полягав у такому: у двох чоловіків, котрі страждали граничними розладами особистості та депресією, в результаті обстеження за допомогою одно фотонної емісійної комп’ютерної томографії виявили виражене зниження оберненого захвату серотоніну в середній префронтальній ділянці і таламусі (патологічні зміни знайшли підтвердження через порівняння результатів з томографіями десяти здорових людей). Один хворий пройшов річний курс психоаналізу, другий не отримав ні психотерапії, ні якогось іншого лікування. Через рік повторне дослідження показало, що у пацієнта, котрий пройшов річний курс психодинамічної терапії, рівень серотоніну такий самий, як і у здорових людей. У пацієнта, котрий не отримував лікування, обмін серотоніну не змінився. Оскільки цей пацієнт не отримував психотерапевтичної допомоги і не приймав жодних препаратів, є підстави для припущення, що саме психодинамічна психотерапія сприяли нормалізації обміну серотоніну [375]. Разом з тим, беручи до уваги чисельність вибірки, виникає запитання про правомірність такого висновку.

У зв’язку з розумінням глибинних психодинамічних механізмів функціонування психіки й ефективності надання психотерапевтичної допомоги, особливий інтерес викликає вивчення експресії генів. Сучасні нейробіологічні дослідження показують, що процеси пам’яті й научіння забезпечуються саме через різну активність (експресію) генів у нейронах головного мозку – зокрема, завдяки транскрипційній функції генів, тобто завдяки здатності гена спрямовувати синтез окремих протеїнів. У цьому питанні Т.М. Пушкарьова і О.Г. Сироп’ятов посилаються на дослідження Е. Кендела, які свідчать про те, що зумовлені научінням зміни в експресії генів викликають, у свою чергу, зміни в системі нейронних зв’язків: приводять до їхнього збільшення або скорочення; а процес транскрипції гена залежить від середовищ них факторів і регулюється їх впливом [334; 335].

Про значення середовищ них факторів свідчать й експерименти на приматах, проведені L. Rosenblum і M. Andrews [359]. Ці експерименти підтвердили психоаналітичну теорію про те, що порушення на ранніх стадіях можуть викликати психопатологічні порушення у більш пізньому віці. В результаті тривалого дослідження вони з’ясували, що дитинчата макак, виховані тривожними матерями, виявляли знижену здатність до соціальних взаємодій і мали в колонії «підлеглий» статус – до того ж, такі прояви виникали лише у підлітковому віці. Вказані поведінкові зміни, за даними авторів, супроводжувалися також порушенням обміну серотоніну і норадреналіну. Таким чином, L. Rosenblum і M. Andrews науково довели (оскільки вплив генетичних факторів нівелювався через випадковий розподіл дитинчат щодо матерів), що головною причиною виявлених змін були розлука з матір’ю та її тривожність.

У зв’язку з цим О.Г. Сироп’ятов твердить: «Регуляція експресії генів соціальними факторами робить усі тілесні функції, включаючи всі функції мозку, сприйнятливими до соціальних впливів, які на біологічному рівні опосередковуються зміненою експресією специфічних генів у специфічних нервових клітинах специфічних ділянок головного мозку. У людей можливість модифікації експресії генів шляхом научіння особливо ефективна» [239]. Якщо розглядати психотерапію як форму научіння, то засвоєння інформації в процесі лікування може привести, на думку Е. Кендела, до змін експресії генів, трансформуючи таким чином силу синаптичного зв’язку. В свою чергу, Г. Габбард вказує на можливість модифікації імпліцитної пам’яті за допомогою психотерапевтичних втручань [325]. Таким чином, психотерапія, на думку Е. Кендела, може викликати зміни в синапсах головного мозку людини, які можна зафіксувати за допомогою спеціальної апаратури: «психоаналіз, досягаючи стійкого успіху в зміні відносин, звичок, свідомої та несвідомої поведінки, насправді реалізує свій вплив через експресію генів, яка приводить до структурних змін головного мозку. Ми стоїмо перед реальною можливістю того, що у міру вдосконалення технологій одержання зображень головного мозку, вони використовуватимуться не тільки для діагностики різних невротичних захворювань, а й для спостереження за процесом терапії» [335].

Тим часом О.Г. Сироп’ятов наполягає на тому, що нейробіологічні дослідження підтверджують ефективність психоаналітичного методу лікування. Він стверджує, що «ця ефективність пов’язується з процедурною і декларативною пам’яттю. З. Фрейд підкреслював, що все, про що пацієнт забув, повторюється в його взаєминах з психоаналітиком. Сучасні дослідження пам’яті дають змогу перевести концепцію З. Фрейда на сучаснішу мову. Рінні відносини прихильності, що інтерпретуються як перенос, інтерналізуються і кодуються як процедурна пам’ять. Психологічний захист можна описати як форму процедурного знання, яка закодована в регулюванні афективних станів, пов’язаних з інтерналізованими об’єктними відносинами. Декларативна пам’ять, що включає такі феномени, як переконання й очікування, так само буре участь у формуванні переносу у відносинах з психотерапевтом. Деякі з цих переконань й очікувань діють поза свідомим і отже, є імпліцитними або прихованими декларативними спогадами» [239, с. 69].

В зарубіжній клінічній психології майбутнє психоаналізу як наукового напрямку і психотерапевтичної практики вбачають в об’єднанні його з нейробіологією і когнітивною психологією для подальшої роботи з вивчення психіки – передусім для дослідження пам’яті та бажань.

Розглядаючи проблему ролі і значущості психоаналізу в сучасній зарубіжній клінічній психології, не можна промовчати про ті напрямки психотерапії, які постулювали себе як прямі антиподи традиційного психоаналізу, зокрема, і психодинамічної терапії в цілому. Йдеться, безумовно, про декілька психотерапевтичних шкіл, які мають завдячувати своїм походженням феноменологічній і екзистенціальній філософії, так само як і гештальт-психології, яка найчастіше асоціюється з іменами В. Келера і В. Рубіна: клієнт-центрована психотерапія К. Роджерса, гештальт-терапія Ф. Перлза, психосинтез P. Ассаджолі, Dasein-аналіз Л. Бінсвангера і йоготерапія В. Франкла. Незважаючи на те, що кожний з названих напрямків претендує на власну місію і свою роль у сучасній психотерапії, кожний з них має широке коло симпатизантів і послідовників, у контексті розгляду нами цієї проблематики безсумнівною є одна обставина: всі вони без винятку вважали своїм обов’язком і правом починати свою діяльність з протиставлення власних постулатів, а то і з прямого спростування основних положень психоаналізу. Зауважимо, що кожному з вказаних напрямків присвячена величезна кількість літератури.

У зв’язку зі спрямованістю нашого дослідження на розв’язання практичних завдань психологічної та психотерапевтичної допомоги пацієнтам з хроніфікуючими і тяжкими соматичними захворюваннями, ми навмисне не вдаємося до детального аналізу нюансів, властивих названим школам і напрямкам, враховуючи, втім, їх відомі досягнення в психотерапії і разом з тим розуміючи, що серцевину їх діяльності становила і становить ідеологія анти психіатричного руху. На продовження цієї думки ми можемо констатувати безсумнівний факт: як на початку психоаналіз виступав у якості анти клінічного напрямку, так і жоден з опозиційних дериватів сучасної зарубіжної психотерапії не подолав цю його вихідну позицію. Таким чином, ті зарубіжні напрямки психотерапії, в яких аналізується особистісне «Я», позначені ідеологічним, філософським, а також теологічним обтяженням, що виводить зміст їх діяльності далеко за межі такої медичної психології, якою вона традиційно розумілася вітчизняною теорією і практикою.

Наразі підіб’ємо підсумки. Аналіз психоаналітичних підходів відновної терапії «Я» показав, що у розглянутих нами дослідженнях різні спроби, о сходять до ідей батьків – засновників психоаналізу, відзначаються настійливим прагненням до віднайдення передусім тих підтверджень, які зміцнювали б переконаність авторів у їх власній аксіоматиці. Тим часом справжня проблема полягає в тому, щоб шукати не стільки підтвердження, скільки нові, клінічно значущі факти і феномени, що належать і до психотерапії в цілому, і до реконструктивної психотерапії, зокрема. Бо реальна, неупоряджена клінічна практика створює набагато більший простір для запитань, ніж для впевнених і точних відповідей. Крім того, сучасної медичної психології не можуть прямо не стосуватися положення Єреванської декларації про послідовне просування принципів доказової медицини – зокрема, про розробку протоколів ведення пацієнтів, клінічних рекомендацій і, головне, про прийняття адекватних клінічних рішень [71].

В умовах політичного переважання прагнення до підтвердження і пояснювального трактування вироблених у психоаналізі феноменів та понять доцільно звернутися до проблеми каузації в розумінні психологічних детермінант особистісних порушень, що належать до хворобливих станів організму.

**1.3. Проблема каузації в розумінні психологічних детермінант психічних порушень, пов’язаних з хворобливими станами організму**

Як відомо, етіологія вчення про причини захворювання, є найменш розробленим розділом медицини. Психіатрії та психології це стосується найбільшою мірою, оскільки етіологія багатьох психічних хвороб до цього часу лишається невідомою. Пояснюється це почасти надзвичайною складністю явищ і закономірностей у цій галузі. Але це далеко не єдина причин. Важливе значення тут має відсутність глибокої загальномедичної теорії причинності.

Якщо звернутися до теорії традиційного монокаузалізму, можна послатися на звичне рішення проблеми виділення одного провідного етілогічного фактора, який і розглядатиметься як причина хвороби. Однак повсякденний клінічний досвід вчить, що у більшості випадків виникнення того чи іншого захворювання пов’язане з низкою патогенних факторів, і розв’язання питання про причини конкретного психічного розладу в дусі монокаузалізму призводить часто до довільної оцінки того, що відбувається. Розв’язання питання про причини психічного захворювання з позицій «здорового глузду» виявляється так само багато в чому суб’єктивним, спекулятивним, тому не тільки не розкриває причини, а навпаки, затьмарює те, що відбувається.

В сучасній психіатрії, як і в сучасній медичній психології, поняттю «етіологічний фактор» найчастіше приписується якась одна екзогенна або ендогенна причина, що діє на організм, наслідком чого виступає психоз або розлад невротичного рівня.

У зв’язку з прийнятою традицією доцільно зупинитися на співвідношеннях ендо- і екзогенних факторів у генезисі психічних і особистісних порушень.

Загальноприйнято вважати ендогенними внутрішньо зумовлені (успадковані і набуті) характеристики імунобіологічного, нейрохімічного, фізіологічного, психофізіологічного і психічного реагування, а екзогенними – реакції організму і особистості на зовнішні впливи. Насправді ця схема містить у собі значне спрощення. Відомий радянський психіатр І.В. Давидовський писав з цього приводу: «Поділ причин хвороб на зовнішні і внутрішні, по суті, позбавлений смислу. Внутрішніх причин хвороб в абсолютному смислі цього слова взагалі не існує. Зокрема, і всі спадкові захворювання в кінцевому підсумку мали якісь зовнішні фактори, що створили ту чи іншу складову схильність, яка надалі закріпилася в потомстві» [25]. До речі, І.В. Давидовський ще в 60-ті роки ХХ століття попереджав про неприступність однобічного підходу до оцінки етіологічних факторів, про неприпустимість розриву між причинними факторами і патогенетичними механізмами хвороби, спрямовуючи на такі принципи терапії, які враховують ендо- і екзогенні умови виникнення захворювання.

Разом з тим у наш час має місце і цілком певна однобічність природничо-наукової концепції в психіатрії, за наявності якої психопатологічні симптоми інтерпретуються саме з середини – як прояви внутрішньоорганізменного патологічного процесу. Характерно, що при цьому ігноруються і недостатньо враховуються історія життя, умови соціального формування особистості пацієнта, його індивідуально-психологічні реакції на внутрішні та зовнішні впливи, активна особистісна переробка переживань, здатність особистості до самооцінки і самовиховання. У цих випадках ендогенність приймають за підґрунтя хвороби через невизнання або небажання визнавати інші фактори в якості причини захворювання. Відстоюючи протилежні позиції, Х. Розьєр, приміром, вважає за потрібне вивчення не тільки біологічних, а й особистісно-психологічних і соціально-психологічних причин психічних і психосоматичних захворювань, оскільки спостерігається тенденція до збільшення кількості вказаних видів патології і лікарі дедалі частіше стикаються з їх психосоціальною зумовленістю. Разом з тим К. Вайз заявляє, що психологічні і концепції так само «хворіють» на односторонність, коли психічне захворювання розуміють як результат психологічної дезадаптації і внутріособистісних конфліктів, тобто у відриві від соціального середовища. Крайнім варіантом цього напрямку є ант психіатрія, що заперечує психічні інтеграції, розумінні хвороби як результату взаємодії органічних і функціональних, особистісно-психологічних і соціальних факторів [25; 133; 267].

У наш час переважати стали, за даними Г.С. Абрамової і Ю.А. Юдчиц, М.М. Кабанова й ін., М.Є. Бачерикова й співавторів, Г.І. Каплан і Б.Д. Седок; А.Є. Личко, В.А. Ташликова й ін., концепції комплексного підходу до оцінки етіології і патогенезу психічних захворювань. Можна вважати загальновизнаним той факт, що психологічна і соціологічна концепції у відриві одна від одної та від природничо-наукового підходу не дають задовільного пояснення природи психічного розладу. Водночас при дослідженні біологічних джерел психічних захворювань одержані досить скромні результати. Не вдалося встановити вирішальної ролі окремих і чітко окреслених соціальних факторів або особистісних характеристик у виникненні різних психічних порушень. Разом з тим з’ясовано, що як у розвитку особистості, так і у формуванні психопатологічної симптоматики мають значення особливості процесів соціальної комунікації, індивідуальної реактивності організму й особистісних реакцій.

Отже, психічне захворювання завжди є результатом біосоціальних явищ з переважанням організм енних, індивідуально-психологічних і соціально-психологічних процесів.

Питання про значення соціальних факторів у визначенні патопсихологічного процесу можна ставити в кількох площинах: безпосередньої і опосередкованої етіологічної дії; утворення особистісно специфічних психопатологічних реакцій як складової патогенезу; виникнення психічного напруження через соціальну оцінку і самооцінку; значення соціальних умов в діагностиці, лікуванні і реабілітації хворих. Однобічний підхід до оцінки ролі сприятливих, провокуючих і детермінуючих факторів психічної патології так чи інакше обмежує можливості теоретичного тлумачення сутності окремих психічних захворювань, їхньої діагностики, лікування, соціально-трудової реабілітації та профілактики. Наголошення на досягненнях у галузі «біологічної психіатрії» створює ситуацію протиставлення її «соціальної психіатрії» і навпаки. У зв’язку з цим обидва поняття є, на нашу думку, методологічно необґрунтованими, оскільки акцентує увагу лише на одному – біологічному чи соціальному – аспекті етіології і патогенезу хвороби [25].

Таким чином, у самому понятті «етіологія» зосереджуються складні закономірності, відповідно до яких етіологія – це закон, а закон є відношенням. Звідси століття завжди відображає складні відношення між організмом і діючими на нього патогенними факторами. Все це є свідченням того, що теорія причинності не допускає штучного виділення якогось одного патогенного фактора в етіології захворювання і відриву його від інших. Іншими словами, у сучасній етіології не мислиться розрив фактора з патологічним результатом, тобто дією, наслідком. Теорія ж монокаузалізму являє собою цілком механістичну концепцію, оскільки все зводить до дії лише одного фактора і намагається тільки нам пояснити всю складну сукупність процесів, що об’єднуються поняттям «етіологія» [25].

Через те, що більшість психічних розладів неможливо звести до якоїсь однієї причини, в наш час найчастіше припускається наявність низки або ланцюжка, причин, що означає мультикаузальність, або багатофакторну каузальність. У науковому світі мультикаузальність постулюється певною мірою тому, що немає можливості довести окремі, конкретні причини захворювань. Але було б нерозумним відкидати і безсумнівні позитивні докази на її користь. Скажімо, навіть якщо при деяких розладах відома якась одна причина – наприклад, хромосомна аномалія, за актуальний стан 10-річної дитини або 40-річного дорослого однаково відповідає цілий ланцюжок умов, які випливають з цієї хромосомної аномалії. Тому, визнаючи комплексність каузації психічних розладів, слід кожного разу ставити питання про диференційоване розуміння конкретних причин. Саме тому в наш час прийнято говорити не про конкретну причину якогось розладу, а про найбільш ймовірні умови його виникнення. Мультикаузальність може означати, що кілька факторів діють в одній і тій самій площині або що окремі фактори лежать у різних площинах. Звідси для психічних розладів зазвичай використовуються мультикаузальні, мультимодальні моделі. Психічні розлади можуть бути зумовлені факторами, що лежать у соматичній, психічній, соціальній або екологічній площинах. При цьому окремі площини справляють взаємний вплив одна на одну, відтак всі фактори цих площин є значущими. Перелік етіологічних факторів, які зумовлюють виникнення психічних розладів, досить різноманітний. Такими факторами можуть виступати хронічні інтоксикації (алкоголь, наркотичні лікувальні препарати, промислові отрути), гострі та хронічні інфекції (грип, сепсис, менінгоенцефаліти, ревматизм, тифи), захворювання серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, ендокринні розлади та ін. Велике значення в розвитку психічних захворювань мають психічні і фізичні травми, а також спадкове обтяження. Але в кожному випадку важливо встановити не тільки причину захворювання, а й умови, які сприяють його виникненню.

Слід також враховувати, що виникнення хвороби багато в чому залежить і від індивідуальних особливостей організму, масивності патогенного фактора, місця його впливу і т.п. Адже один і той самий агент може бути патогенним для одного організму і не шкідливим для іншого. До того реакція одного і того самого організму на патогенний агент може змінюватися залежно від умов зовнішнього середовища (температурний фактор, психотравма, інтоксикація та ін.). Отже, важливо розуміти, що один і той самий етіологічний фактор може викликати різні за формою психічні захворювання.

Неабияке значення для виникнення розладів мають також обставини, як послабляють нервову систему в той період, який передує впливу актуальної хронічної психотравматизації. Йдеться про робочу – особливо розумову – перевтому і не тільки у зв’язку з обсягом і важкістю самого робочого завдання, а й через потребу екстрено, невідкладно і неодноразово, долаючи природну втому, продовжувати роботу за рахунок необхідного відпочинку і сну. Таке перенапруження з наступними порушеннями сну, праця «на знос» ніби підготовляє нервову систему для патологічної – невротичної реакції на актуальну психотравму. Аналогічну роль можуть відігравати соматичні, інфекційні захворювання, що передували їй або збіглися з нею за часом, та інші обставини, які неспецифічно ослаблюють нервову систему. На думку багатьох дослідників (Амон [12]; У. Бауманн й ін. [24]; Єрмошин, [72]; Зав’ялов [73]; Хватова [267] й ін.), у психіатрії простежується боротьба трьох основних тенденцій у поясненні причин і механізмів виникнення психічних захворювань з точки зору їх зумовленості:

1. біологічної (генетичної, природженої і набутої);
2. соціально-психологічної;
3. індивідуально-психологічної (особистісно-типологічної).

Розглядаючи соціально-психологічні процеси, У. Бауманн вказує на їх внесок у виникнення і /або підтримку і психічних, і соматичних розладів та захворювань. Йдеться передусім про такі психосоціальні моделі, які можна прямо співвіднести з психічними або психосоматичними розладами. Ці моделі належать:

* до соціальної поведінки і соціальної інтеракції, тобто до спілкування з іншими людьми;
* до соціальних когніцій і настановлень, тобто до думок, припущень, знань про події, що відбуваються в оточенні суб’єкта;
* до афективних і оцінкових реакцій.

Певні труднощі тут виникають через те, що наявні розробки в медичній психології , в тому числі у психології здоров’я, значною мірою ґрунтуються на соціально санкціонованих моделях поведінки людей, зумовлених панівною наявні ніби набори, зразки способів поведінки, які можна безпосередньо застосовувати для вирішення медичних проблем і питань психології здоров’я. З другого боку, зв’язок між соціально-психологічними факторами і соматичними або психічними розладами, який можна було б специфічно й однозначно довести, порівняно незначний. Так, само собою зрозуміло, що підтримка з боку сім’ї, друзів і знайомих допомагає комусь подолати критичні фази життя: однак майже неможливо підтвердити емпірично і взагалі експериментальним шляхом, що соціальний контакт і, приміром, розрада прямо впливають на можливість того, що хвороба не виявиться.

Подібні труднощі пояснюються великою мірою тим, що при хворобливому розладі одночасно діють різні фактори – як ті, які сприяють його розвитку, так і ті, які перешкоджають йому. При цьому окремі і певні соціально-психологічні фактори можна виділити лише умовно, тим паче, що найчастіше вони починають діяти в усій своїй повноті – мабуть, спільно з іншими факторами впливу.

Тим часом така нова галузь досліджень, як психоімунологія, дає змогу встановити, якою мірою і яким саме чином відбувається вплив психологічних факторів на біологічні процеси, релевантні для особистісних розладів або захворювань.

Через різноманіття можливих факторів, що діють при непсихотичних, психотичних й особистісних розладах, сама феноменологія яких часто описується недостатнім чином – варто згадати хоча б труднощі психіатричної діагностики з використанням конкуруючих систем МКБ-10 і DSM-IV – навряд чи можна чекати тут якоїсь єдиної теорії, а отже, й уніфікованої системи соціально-психологічних пояснень. Та це було б і не бажано в наш час – при наявному рівні знань. Звідси можна припустити, що існуюче багатоманіття підходів виконує роль своєрідного стимулу для подальших досліджень.

Повертаючись до проблеми власне каузації психічних і соматичних захворювань, слід зазначити, що з боку психосоціального в наш час розглядаються такі фактори впливу:

1. Соціальна поведінка з інтеракцією і комунікацією, вираженням емоцій, соціальною компетентністю, прихильністю і підтримкою.
2. Соціальна когніція з соціальним сприйманням, настановленнями, атрибуціями, очікуваннями.
3. Соціальні умови з ролями, статусом, умовами життя, культурними впливами.

Вищеназвані фактори впливу вступають у складну взаємодію з індивідуальними особливостями людини – як психічними, так і фізичними. Соціально-психологічні фактори впливають на психічні і соматичні розлади або захворювання у різних площинах. Серед останніх виокремлюються такі:

1. Прямий вплив соціально-психологічного фактора – приміром, вплив соціальної ізоляції на поведінку. Переконливий приклад цього – класичні спостереження Р. Шпітца стосовно того, як позначається на дитячій поведінці відсутність соціальної уваги.
2. Непрямий вплив – наприклад, вплив несприятливої ситуації з роботою, яка викликає психологічну реакцію і створює стрес і тим самим опосередковано зумовлює фізичні симптоми.
3. Вплив через «зміни організму», під які підпадають настановлення, цінності і цільові уявлення.

В якості додаткових умов впливу виокремлюються також інтеракації в сім’ї, недостатність соціальної компетентності, що може ускладнювати, зокрема, перебіг депресій. Це також органічні й психологічні дефекти і дефіцитарності, що призводять до маніфестації й агравації психічних і соматичних розладів.

Втім, при будь-якому збігові певних соціально-психологічних умов з психічними або соматичними розладами або захворюваннями треба критично підходити до питання про причину і наслідок. Наприклад, змінена комунікативна поведінка може бути причиною депресивного розладу, але може виступати і супутнім явищем або проявом депресивного стану чи наслідком негативного досвіду з оточенням під час цього стану. До того слід пам’ятати про те, що кореляційні зв’язки не є причинно-наслідковими, тому, щоб, скажімо, встановити чи є диспозиції або настановлення причинною цього захворювання, а не просто супроводжують його, потрібні вартісні лонгітюдні дослідження. Скажімо, для з’ясування того, чи підвищують ранні позитивні настановлення до паління ймовірність того, що у підлітковому віці та чи та людина почне палити, недостатньо порівняти настановлення курця і некурця, оскільки актуальна ситуація та поведінка так само справляють вплив на провокацію процесу (див.: [24]).

Зазначимо також, що неодноразово робилися спроби вивести походження тієї чи іншої клініки з соціально-психологічних причин. Яскравий приклад – гіпотеза про те, що соціальна деривація може викликати депресивні симптоми. Так само і міркування, що беруть початок з теорії атрибуції, згідно з якою певні психологічні феномени можуть бути тісно пов’язані з різними соціальними емоціями (невпевненість, страх публічного виступу, хронічне зниження настрою і т.п.). Все це означає, що подібні психологічні відсилання до каузальності однозначного відношення до конкретних розладів не мають. Проте вони можуть робити свій внесок у клінічну картину розладу, виступаючи одним з багатьох компонентів [24].

Особливе місце в проблематиці каузування психічних й особистісних розладів відводиться моделям соціалізації, в яких соціальні впливи враховуються як можливі елементи порушення процесу розвитку. При цьому розуміється, що джерелами хворобливих змін можуть виступати як люди, так і соціальні інститути, як символічні, так і матеріальні фактори впливу.

Скажімо, в стандартному випадку розвитку особистісного розладу може мати місце складне переплетення сімейних й інституціональних взаємовпливів. Як приклад можуть слугувати психопатії, зумовлені неправильним вихованням. Порушення особистісного розвитку, в свою чергу, може спровокувати і психоемоційні розлади. Тому як каузальні моделі зазвичай розглядаються модель фаз сенситивності, порогові моделі, адитивні і мультиплікативні моделі, а також моделі взаємодії.

Психоаналітичний підхід і теорія прихильності розглядають соціальні умови виникнення розладів експліцитно, в перспективі розвитку. Обидві ці спроби інтерпретації різною мірою підтвердженні емпірично, при тій та іншій інтерпретації початок психічних розладів зводиться до проблем адаптації. Ці проблеми можуть мати двоякий характер: по-перше, при значному порушенні психічної рівноваги біологічними або культурно зумовленими де стабілізаторами виникає проблема в новій адаптації; по-друге, через стійкі несприятливі умови соціалізації може поступово настати дезадаптація. В обох випадках розвиток тимчасово порушується. Якщо індивід не має достатніх внутрішніх і зовнішніх ресурсів для подолання, то це неповне подолання може призвести до виникнення тривалих розладів. При цьому розвиток слід розуміти як процес, що триває все життя, як послідовність більш чи менш невідкладних завдань реадаптації або завдань розвитку, що потребують більших або менших зусиль. Завдання розвитку – це вимоги, з якими організм або індивід має справитися на якомусь певному відрізку життя; вони можуть бути зумовлені біологічно, соціально і культурно або ж ставитися самим індивідом. Біологічно зумовлені завдання розвитку розуміються як виникаючі в ході розвитку стани нерівноваги, які потребують якогось нового структурування і поставлені в підлітковому віці. Соціально або культурно зумовлені завдання розвитку – це вимоги, які ставляться до людини в певний період життя з боку соціального середовища або культури. Наприклад, виховання охайності або вимоги, пов’язані зі вступом до школи чи виходом на пенсію. Завдання розвитку, зумовлені самою особистістю, являють собою ті цілі, які сама людина ставить перед собою на певному відтинку життя.

З концепцією завдань розвитку певною мірою перетинається концепція «критичних життєвих подій», тобто подій, що, змінюючи життя людини, потребують нової тривалої соціальної адаптації, завдяки чому високою мірою задіюються психічні ресурси індивіда. Так само, як і критичні життєві події, завдання розвитку поділяють на нормативні й ненормативні. Критерієм розмежування тут є можливість чи неможливість якогось соціального і /або біологічного вікового нормування відповідних завдань. Для суспільного управління мають значення передусім нормативні завдання розвитку, оскільки невиконання саме цих завдань викликає соціальні реакції. У зв’язку з цим А. Фламмер звертає увагу на те, що багато завдань, у тому числі культурно зумовлених, сприймаються людиною і як особистісні завдання. Тоді невиконання цих завдань не тільки викликає соціальні реакції, а й негативно впливає на самооцінку (див.: Бауманн [24]; Хватова [267]; Pagoto [353]; Taylor [368] й ін.).

Крім того, від дискретних подій треба відрізняти інші психосоціальні фактори ризику – тривалі обтяжуючі процеси. В будь-якому випадку виникає тривала психічна нерівновага, що зумовлює періоди особливої схильності до розвитку психічних порушень. При недостатньому подоланні труднощів можна очікувати або на безпосередню шкоду для розвитку, або на підвищення уразливості, тобто загальної чи диференційованої схильності до розладів, і вже у поєднанні з новими вимогами цей фактор може призвести до розладів відразу або в більш пізні фази життя. Стимулюючу або гальмуючу роль у подоланні труднощів відіграють внутрішні та зовнішні ресурси.

Через те, що більшу частину свого життя люди проводять у сім’ї, а вона як мала група так само схильна до процесу розвитку, тому індивідуальний розвиток залежить від вдалого виконання завдань сімейного розвитку. Процес розвитку в сім’ї найчастіше так само не є лінійним і безперервним, а відбувається стрибкоподібно. Можна припустити, що ці стрибки (перехідні стани) в сімейному розвитку являють собою фази особливої уразливості сімейної групи, і від їх вдалого подолання залежать благополуччя окремих осіб і подальший розвиток сім’ї.

Тим часом лишається незрозумілим, чи є такі події причиною або пусковим фактором; чим можна пояснити велику варіабельність реакцій на перевантаження; чому одні люди більш швидко реагують порушенням деяких психічних і/або соматичних функцій, а інші здатні зробити з нужди доброчесність або виявляються резистентними.

Закріпленню порушеної поведінки і переживання часто передує порушення розвитку у фазах, що вимагають особливих затрат на адаптацію. Сучасні дослідження показують, що відповідь на запитання, за яких умов минуще порушення розвитку може призвести до розвитку психічних розладів, залежить від взаємодії кількох груп факторів (Абабков [1]; Анциферова [16]; Бернс [27]; Грінвальд [64]; Гройсман А.Л. [65]; Седок, 1994; Карвасарський, [82]; Шевченко, Добридень [280]; Lipowski [340]; Rosenblum [359]; Vaillant [374]; Tuomi [371] й ін.). Відмінності в уразливості – як природжені, так і набуті в ході історії научіння – роблять різних людей неоднаковою мірою схильними і сприйнятливими до патогенних впливів. До цих відмінностей, можливо, додаються ще й статеві відмінності, що впливають на уразливість і розвиток окремих розладів. Приміром, згідно з багатьма дослідженнями чоловікам складніше подолати розлучення з партнером, ніж жінкам; депресія ж частіше має місце у жінок. Друга патогенна група факторів – це негативні (стресові) життєві події і хронічні негативні соціальні впливи, які справляють вплив на розвиток у всіх варіаціях – іноді відповідно до культурних стандартів, інколи виходячи за межі норми. Сюди відносяться не тільки травматичні переживання і патогенні соціальні відносини в сім’ї, а й культурні умови, які або сприяють деяким розладам, або пом’якшують вираженість розладів. Зокрема, тривалий час дискутувалося питання: чи може бути так, що підвищена хворобливість та депресивні розлади у жінок і алкоголізм у чоловіків підтримується культурно зумовленими статевими стереотипами і відповідними впливами соціалізації.

Зрозуміло, що при обговоренні проблеми причинності захворювань і розладів неможливо обійтися без згадування про концепцію стресу Г.Селье. В цьому контексті можна пригадати характеристики стресорів, які можуть так або інакше каузувати психічні розлади.

Так, стресор може бути необхідною і достатньою умовою для виникнення розладу або захворювання, виступаючи таким чином його причиною. Типові приклади – хроніфіровані адаптовані стресові реакції – наприклад, реактивний стан або посттравматичний стресовий розлад.

У деяких випадках стресор виступає другорядною причиною. Скажімо тоді, коли для виникнення розладів потрібні й інші фактори. Наприклад, діатез-стрес-модель припускає що, крім стресора, для виникнення діатезу в індивіда має бути специфічна схильність.

Стресори можуть погіршувати якість вже наявні умови, що провокують розлади, як це часто трапляється в пубертатні.

Стресори можуть слугувати тригерами, що перевищують поріг резистентності і тим самим сприяти маніфестації розладів.

Нарешті, стресова подія може виконувати функцію проективної компенсації. Таким чином, не можна недооцінювати значущість і складність зв’язків і змінних, що можуть у підґрунті потенційних й актуальних механізмів, які запускають етологію того чи іншого захворювання.

Всі ці процеси ускладняються ще й власне індивідуально-психологічними, особистісним и факторами, що особливо важливе при врахуванні та прогнозуванні соматичних і психічних розладів. Особистісна компетентність у подоланні стресу, інтернальний локус контролю, всілякі професійні та соціальні здібності й особливості соціальної підтримки – все це, будучи протективними факторами, безумовно, пом’якшують патогенні впливи. До таких протективних факторів відносяться, зокрема, стабільні відносини в дитинстві або у зрілому віці, позитивне підкріплення адекватної поведінки, а також соціальні моделі, які дають змогу адекватно відповідати вимогам життя, і т. п.

Таким чином, складні взаємодії патогенних і протективних внутрішніх і зовнішніх умов виступають багатощаблевою системою детермінант, що становлять сутність проблематики каузації різноманітних хворобливих станів організму й особистості.

**1.4. Вихід у загальнонауковий контекст: застереження проти редукціонізму у психотерапії**

Як правило, все життя людської спільноти пронизане різноманітними і багатогранними комунікаціями. Людина просто не могла би існувати, не підтримуючи відносини із собі подібними. Ці комунікаційні процеси – від найінтимніших, дуже особистих до наймасовіших, глобальних – формують значний простір людського буття, яке, виходячи за межі сукупності земних біоценозів, тобто біосфери в цілому, утворює абсолютно особливу форму взаємодії природи і суспільства, названу ще на початку ХХ століття П. Тейяр де Шарденом ноосферою.

Розгорнуте в роботах В. І. Вернадського вчення про цю вищу стадію впливу саме людства на життя земної кулі і його мешканців, в самому прямому сенсі цього слова на сьогоднішній день стало референтною точкою відліку в аналізі геофізичних процесів планети. Тому вже неможливо адекватно розуміти те, що відбувається з нами, незважаючи на те, що власне відбувається в антропосфері, або соціосфері – цих синонімічних найменуваннях глобального явища, сутність якого сформульована П. Тейяр де Шарденом і В.І.Вернадським.

Серед відмінних характеристик ноосфери чи не найважливішою її складовою є, крім соціобіологічної і виробничої, власне психологічний фактор. Згідно з ідеями видатних неврологів і психологів (Ж-М.Шарко, П.Жане, А. Адлер, Л.С.Виготський, С.Л.Рубінштейн, О.Р.Лурія, В.Франкл, К.Хорні та ін.) саме людська соціальність породжує внутрішній план життєдіяльності людини. Починаючи з самого раннього часу життя і протягом усього життєвого шляху спочатку немовля, потім дитина, підліток, юнак, дорослий, зрілий і літня людина знаходяться в безперервному полі соціальної взаємодії, в нескінченних процесах інтеріоризації та екстеріоризації соціальних відносин, які і формують особливу реальність буття – психологічну реальність, психологічний світ людини.

Завдяки соціальним інтеракціям виникають образні і знакові системи орієнтування в навколишньому світі, серед собі подібних і в самому собі: ментальна (розумова), аксіологічна (ціннісно-смислова) і власне діяльнісна, що включає в себе поведінкові, цілепокладальній, виконавчі акти, а також акти взаємного контролю. Тим самим людина виходить за межі свого індивідуального тіла в міжлюдський простір соціальної психіки. І в синхронії, тобто тут і зараз, і в діахронії, тобто там і тоді. Завдяки психіці, людина потрапляє в інший часовий простір: в простір вічності, оскільки нам стає доступним людський досвід тисячоліть, як і нашим нащадкам через тисячі років будуть доступні наші досягнення, так само як і досвід наших помилок.

У своїй сукупності саме ментальна складова, основною функцією якої виступає забезпечення істинної орієнтації в тому, що відбувається, і являє собою наріжну відмінність людини від всіх інших істот. Відмінність, яка дозволяє нам, людям, взаємодіяти зі світом не просто в пристосувально-ситуативній манері, як тваринам, а вести діалог на рівних із Всесвітом.

Висловимо цю думку по-іншому: задана соціальністю, психіка людини служить універсальним ключем до таємниць Всесвіту, оскільки логіка її розвитку вбудована в логіку її існування. До речі, новітні дослідження в області когнітивних процесів показали, що брехня, брехлива поведінка вимагають від мозку набагато більше енергетичних витрат, ніж справжнє, тобто те, яке відображає не надумані або перекручені інсинуації, а справжні причини того, що відбувається, і реальні принципи породження тих чи інших явищ. Ось яким чином психологія пов’язана з екзистенційними вимірами доль людини і людства. Невірні рішення призводять до величезних витрат.

Ось чому загадки людської психіки з давніх пір приваблюють до себе кращі уми людства. Відоме сократівське «Пізнай самого себе», так само як трактат Аристотеля «Про душу», хоча і відокремлені від нас простором-часом в дві з половиною тисячі років, з висоти нинішньої науки представляють собою досить пізні переспіви китайських, індійських, єгипетських текстів, які налічують кілька тисячоліть. Якщо ж згадати про наскельні малюнки, найстаршим з яких від 30 до 40 тисяч років, і прості історичні факти про те, скажімо, що коней людина приручила близько 20 тис років тому, а собаку – близько 15 тисяч років, то проста думка відносно того, що людина не могла б вижити, не орієнтуючись в мотивах, потребах і цілях оточуючих її людей і істот, видається трюїзмом.

Власне кажучи, більш пізнє виділення психології як особливої ​​науки, при тому, що саме психологічне пізнання настільки ж древнє, як і сам Homo Sapience, свідчить лише про те, що верифіковані форми наукового знання, в тому числі багатовимірного і непевного, яким, безумовно, є наукове психологічне знання, насправді були просто недоступні до появи плеяди наукових дисциплін ХХ століття. Це і розробка методів багатовимірної статистики, і поява квантової фізики і кібернетики, розвиток нейронауки і створення психологічних концепцій Дж.Морено і К.Левіна, без яких просто неможливо уявити собі світ сучасного людства. Що вже говорити про психоаналіз, поглиблена увага якого до захисних механізмів людської психіки ознаменувала собою просто цілу епоху в розумінні того, що відбувається між людьми і в самій особистості.

Безумовно, особлива роль у становленні справді наукового знання про психіку належить психіатрії та нейрофізіології. Без робіт Е.Блейлера і С. С. Корсакова, Ч.Шерінгтона і І. П. Павлова, Е. Кречмера і П.Б. Ганнушкіна, К. Бродмана і А.Р.Лурії, не кажучи вже про блискучі дослідження П.К.Анохіна і К. Прібрама, просто неможливо уявити собі сучасну психологію, Але психологію як науку не просто і не тільки про мозкові механізми діяльності психіки, а комплексну науку в тому числі і перш за все про особистісні, надособистісні, групові, ідеологічні, мотиваційні та ін. фактори й умови, за яких діяльність і поведінка людини здійснюється в залежності або всупереч обставинам, що склалися. Протиставний союз «але» в даному контексті означає, що специфіка людської психіки в тому і полягає, що вона не зводиться виключно до нейрофізіологічних і біохімічних процесів, бо ці процеси (робота нейромедіаторів, формування синаптичних зв’язків, синергійність діяльності різних ділянок мозку та гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи) насамперед детермінуються соціальними ж факторами. І лише у виняткових випадках мозкових захворювань, обумовлених ендогенними причинами, ці процеси неначе замикаються на собі, виводячи їх носія за межі адаптивної соціальної поведінки й ізолюючи людину від соціуму. Іншими словами, людська психіка не замкнена в черепній коробці. Вона інтерперсональна за способом свого функціонування, хоча її мозковий субстрат автономний. Щоб проілюструвати цю її особливість, досить нагадати алфавітний приклад з роботи племінника З. Фрейда Едварда Бернейса «Пропаганда»: люди схильні поводитися так, як поводяться члени референтної групи. Тому будь-який вплив «в лоб» завжди програє за результативністю впливу непрямого – на численну психосоціальну спільноту. Ось чому, скажімо, створення будь-якого сучасного голлівудського кінопродукту не обходиться без супроводжуючих фокус-груп, за допомогою яких заздалегідь прораховуються ефекти впливу на ті чи інші цільові аудиторії. Адже набагато легше сформувати ту чи іншу установку, ніж потім намагатися її змінити. Ось чому психологічно людина без спеціальної підготовки в сучасному світі розуміється психотехнологами як абсолютно гола, тобто беззахисна і не здатна адекватно сприймати інформацію. У психології є навіть такий термін - «наївний піддослідний» для найменування відповідних суб’єктів.

Саме «наївні піддослідні» і складають основну масу жертв маніпуляції масовою свідомістю в наше століття психотехнологій, збагачених могутнім і масованим медійним впливом.

Редукціонізм, тобто зведення багатофакторної і багаторівневої феноменології людини до уявної ессенціальності лише однієї сторони або рівня її існування і виступає основною передумовою створення «наївних піддослідних», чого б це не стосувалося: особистого життя, професійної діяльності або соціальної позиції людини. Варто лише редукувати сутність людини до однієї-єдиної її іпостасі – і ми отримуємо карикатуру на неї: «прогресивний ліберал», «справжній комуніст», «щирий українець», «епілептик» і т.п.

А те, що «прогресивний ліберал» може бути шахраєм, «справжній комуніст» – самодуром; «щирий українець» – абсолютно безграмотним ледарем, а «епілептик» – Юлієм Цезарем неначе вже і не має відношення до справи. Підкреслимо ще раз: будь-який редукціонізм, – чи то часів сумнозвісної Павлівської сесії 1953 рік, коли психологію звели лише до вищої нервової діяльності, чи то сучасний, коли абсолютизуються лише «права людини» і абсолютно ігноруються її обов’язки, – будь-який редукціонизм є карикатурою на людину. Адже людська сутність не тільки не вичерпується тим чи іншим ярликом, але прямо протилежна йому. Справжня сутність особистості та життя Оскара Уайльда зовсім не зводиться до того, що він був гомосексуалістом. Він – геніальний драматург і поет. Точно так же, як справжня сутність Федора Михайловича Достоєвського або неповторного Чюрльоніса ніяк не описується їх медичним діагнозом. І психологія, сучасна наукова психологія, збагачена філософськими, нейропсихологічними, соціологічними відкриттями і прозріннями, що розкривають закономірності людського буття, в особі своїх видатних представників всіляко підкреслює значущість саме екзистенціального виміру людської особистості, оскільки поза постановкою і вирішенням чисто людських проблем цілепокладання і змістоутворення, ставлення до інших і самовідносин, самореалізації в діяльності, продуктність і продуктивність якої опредмечує місію саме цієї, унікальної і неповторної особистості в її одиничному і невідтворюваному бутті, вирішити задачу людини щодо розкриття її призначення на планеті неможливо. Недарма ще великий англійський філософ-еволюціоніст Г. Спенсер вважав, що психологія знаходиться в центрі всіх наук. Що ж говорити про нинішню психологію, яка налічує сьогодні близько сотні дисциплін!

І ці всі питання зовсім не абстрактні. Вони мають безпосередній стосунок до непростої реальності нинішнього дня, коли в результаті соціальних потрясінь і бойових дій тисячі людей вирвані зі звичного контексту життя, багато хто втратив близьких, став інвалідом, позбавленим роботи і даху над головою, метушаться у стражданнях і в пошуках прийнятних способів і смислів життя. Справа в тому, що без поглибленого психологічного опрацювання їх особистих переживань, без допомоги в розбудові соціальної позиції, ініціювання та активізації стратегій і механізмів подолання травматичних обставин і переживань ми неминуче скочуємося в область найзапеклішого редукціонізму, при якому метод лікування не відповідає діагнозу. Як то кажучи, не має сенсу призначати молодій людині вітаміни або аспірин в ситуації, коли його дівчина розлюбила його та ще й пішла до іншого.

Проблематика соціо- та психогеній якраз і відрізняється тим, що вона торкається не тільки і не стільки організму, скільки в першу чергу особистості. Центральним моментом при цьому виступає таке нанесення шкоди особистості, що має назву психічної, або, точніше, емоційної, травми. Складність полягає в тому, що ця, емоційна на початку, травма переростає часто саме в особистісну, викликаючи глибокі та інтенсивні переживання, які здатні деструктивно перебудувати, спотворити систему внутрішніх і міжособистісних ставлень, систему ціннісних смислів, та й просто зруйнувати стару систему відносин до життя, тобто викликати екзистенційний конфлікт або навіть кризу, результат яких не є очевидним.

Існують різні точки зору щодо зв’язку змісту психічної травми з подальшою патопсихологічною симптоматикою. Так, К. Ясперс вважав, що психотравма психологічно зрозумілим чином пов’язана з подальшою невротизацією особистості. Е. Кречмер наполягав на тому, що психогенне захворювання виникає у відповідь не на будь-яку психічну травму, а лише на ту, яка зачіпає особливо значущі сторони ставлень хворого, залежно від особливостей його характеру. В.М.Мясіщев розділив психотравми на об’єктивно-значущі (значимість яких можна вважати високою для переважної більшості людей) і умовно-патогенні (викликають переживання, в силу особливостей ієрархії цінностей людини), підкреслюючи тим самим семантичну роль подій і визначальне значення ставлень особистості до психотравмуючої ситуації. Він вважав, що ситуація стає патогенною за умови неможливості її раціонального опрацювання, подолання або відмови від колишніх потягів і переваг, які стали неможливими у зв’язку з втратою, яка спіткала людину: органу, здоров’я, близької чи рідної людини і т.д. Особливо важким психологічним наслідком травми стає таке специфічне емоційне переживання, як фрустрація, тобто відчуття й усвідомлення краху всіх колишніх сподівань і надій.

Як відомо, травматичні події здатні зруйнувати особистість людини, яка зовсім не страждала до цього будь-якими психічними патологіями, приводячи її, таким чином, до порушення соціального функціонування. Найбільш типові в подібних випадках два види розладів: розлад адаптації та посттравматичний стресовий розлад. Емоційні порушення при першому з них представлені, як правило, депресивним (горе, зниження настрою, схильність до усамітнення) або тривожним (занепокоєння, непосидючість, тривога і страх, спроектовані в майбутнє, очікування лиха) варіантами, а також досить імовірною агресивною моделлю поведінки. При другому виникає або відстрочена, або затяжна реакція на стресову подію (бойові дії, терористичні акти, природні та штучні катастрофи, насильство і тортури), яка провокує повторні переживання психічної травми у вигляді нав’язливих спогадів, кошмарних сновидінь, відчуження від інших людей, втрати інтересу до життя і емоційної притупленості, дратівливості або спалахів гніву, підвищеної боязливості, уникнення діяльності та ситуацій, що нагадують стресову або пов’язаних з нею.

Таке порушення душевного стану й особистісних смислів особливо небезпечне тим, що характеризується ворожим або недовірливим ставленням до зовнішнього світу, соціальної відгородженості, тотальним почуттям спустошеності або безнадійності, тривалим депресивним настроєм, внутрішньою напруженістю і хронічним відчуттям навислої загрози, відчуженістю, тенденцією відсторонитися від реальності за допомогою наркотичних речовин або алкоголю.

При будь-якій психотравмі порушуються практично всі психічні процеси: звужується увага, спостерігається дезорієнтація, амнезія, спотворюється логіка побудови суджень, з’являються ідеї звинувачення самого себе, наростає відгородження від інших і відбувається зміна самооцінки і самоставлення. Суб’єктивне, особистісне ставлення людини до психотравмуючої ситуації, а також особливості функціонування механізмів психологічного захисту визначають тип і характер психогенного переживання.

І тут важлива саме психологічна допомога страждаючій людині, спрямована на пом’якшення психічного дискомфорту, пов’язаного з інтра- та міжособистісними конфліктами, на забезпечення емоційного відреагування, на запобігання або подолання виниклих декомпенсацій шляхом підключення адекватних механізмів особистісного захисту.

Сформована психосоціальна ситуація може ускладнюватися і тим, що в якості патогенних можуть виступати чинники, що на перший погляд не стосуються самої травматогенної події, але в реальності лише збільшують її деструктивну післядію: конфліктні відносини в родині, емоційна холодність близьких, нерозуміння з боку найближчих родичів і друзів, завищені або суперечливі вимоги самого потерпілого або його близьких і т.п. Все це погіршує переносимість важкої ситуації, і тут саме психолог з його поглибленим і витонченим проникненням у життєвий світ потерпілого, з його здатністю працювати з референтною групою і найближчим оточенням, з його методами емоційної і екзистенціальної підтримки, зниженням ситуативної та особистісної тривожності повинен забезпечити три найважливіші процеси психологічної, особистісної реабілітації: ревальвацію, реконструкцію і ревіталізацію.

Говорячи простіше, забезпечити відновлення «Я», відбудову уражених і створення нових життєвих смислів і, в кінцевому підсумку, забезпечити повернення віктимізованої людини до повноцінного і оптимального для неї соціального функціонування.

Сучасна психологія особистості і консультативна психологія стоять на тих позиціях, що порушення ставлення до самого себе і до інших, характеру і манери встановлення взаємовідносин з оточуючими, а також способів регулювання міжособистісних ситуацій визначають ступінь психологічної адаптованості людини. Особливу складність для психолога представляють ті випадки, коли реакція на психотравмуючі події може виражатися в домінуванні вегетативних і соматичних симптомів, при відході на другий план власне психопатологічних. Подібні соматичні скарги виникають на тлі відсутності морфологічних змін відповідних тканин (на відміну від психосоматичних розладів), а якщо і виявляються які-небудь соматичні порушення, то вони не пояснюють характер і ступінь вираженості симптоматики або тяжкості стану хворого та стурбованість, що він проявляє. Тут ми зустрічаємося з парадоксальною ситуацією: індивід реагує на дистрес пред’явленням соматичних скарг і пошуком медичної допомоги, а насправді якраз має потребу в психологічному комфорті та психологічній адаптації. Найбільш поширені при цьому плаваючі соматичні симптоми відносяться до різних систем організму: шлунково-кишкової, серцево-судинної, урогенітальної, шкірної, а також включають в себе больові симптоми. Типові скарги на постійний виснажуючий біль, який не можна пояснити яким-небудь фізіологічним процесом або соматичним розладом.

Подібні соматичні порушення посилюють тривогу і страх щодо стану свого здоров’я, що ще більше зосереджує увагу на тілесних відчуттях. Підозри або переконаність у серйозності соматичного захворювання викликають пригніченість, відчай, відчуття приреченості життєвого безвихіддя. Добре відомо, що ці, так звані соматоформні посттравматичні розлади без спеціальної психологічної роботи не проходять не зважаючи на багаторазове отримання негативних результатів за всіма аналізами і запевнення лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики. Така «демонстративна» поведінка направлено на привернення уваги та пошук підтримки з боку оточуючих або медичних інстанцій, що лише завантажує і відволікає медиків від вирішення їхніх прямих завдань. Більш того: підступність цієї психологічної феноменології полягає в тому, що вона виявляється більш привабливою для індивіда в порівнянні з наявністю безпосередньо емоційно-поведінкових розладів, оскільки навколишні з більшим співчуттям ставляться до соматичних симптомів, ніж до психологічних проблем. При цьому саме соматизація і виступає центральним моментом психологічної дезадаптації, запускаючи так звані процеси агравації, які посилюють погане самопочуття і тим самим, в свою чергу, ведуть за собою деструктивний аутопсіхогенний вплив на особистість пацієнта.

Ось чому ми відстоюємо позицію, згідно з якою вузький, однобокий, редукціоністський підхід до серйозної справи психосоціальної реабілітації постраждалих співгромадян як в зоні АТО, так і в інших стресогенних ситуаціях, не просто шкідливий і недостатній, але, по-суті, абстрагується від найголовнішого в цьому процесі: від можливості і необхідності відновлення адекватної особистісної позиції потерпілого, його життєвого світу, його здатності відновитися не тільки в якості організму, а і в якості соціально активної особистості.

Розглянемо тепер конкретні пропозиції щодо оптимальної організації процесів особистісної, психологічної реабілітації та адаптації з урахуванням організаційних, науково-методичних і технологічних можливостей сучасної психології, перш за все – медичної.

**1.5. Методологія і психотехніка реконструкції особистісного «Я» в клініці захворювань різного спектра**

Розглянемо наразі особливості методології і психотехніки, що належать до процесів психотерапії особистісного «Я» і характерні для кінця ХХ- початку ХХІ століття. Психотерапевтична робота, пов’язана з особистісною психотерапією пацієнтів, що страждають психіатричними і загальносоматичними захворюваннями, має допоміжний характер щодо основного курсу лікування. Принаймні, саме так здебільшого її розуміють і трактують, згідно з традицією, сучасні дослідники – як вітчизняні, так і зарубіжні (див.: Айви й ін. [6]; Александров [9]; Алексейчик [11]; Аммон [12]; Бабич [21]; Бассін й ін. [22]; Браун і Педдер [35]; Бурно [38]; Вассерман й ін. [46]; Вельвовський й ін. [47]; Гройсман [65]; Михайлов й ін. [162]; Простомолотов [187]; Холмогорова [270]; Щеглов [282]; Brautigam [305]; Zur [385] й ін.).

Актуальність і потреба у відповідній психотерапії зумовлені комплексним, системним підходом до лікування захворювань. У ході лікування основного захворювання часто виявляється, що найбільш доцільною є психотерапевтична допомога, пов’язана з психологічною перебудовою внутрішньої картини хвороби і формуванням у пацієнтів більш адаптивних (з урахуванням їхнього стану) ціннісно-смислових орієнтацій.

Зі сказаного випливає така немаловажна пресупозиція: особистісна психотерапія при хронічних – передусім соматичних, у тому числі інвалідизуючих, захворюваннях передбачає систему психокорекційних заходів, а також психологічну реабілітацію і психологічну профілактику. Реабілітація (як система і як процес) включає до свого складу власне психологічний компонент, який має відповідати рівню розвитку і зрілості особистості, її спрямованості, настановленням і відносинам. Переважним нормам психологічної компенсації. Слід також враховувати ступень соціальної інтеграції особистості в основні малі групи: сім’ю, виробничий колектив, неформальне соціальне оточення і т.п.

Зрозуміло, що захворювання (психічне або соматичне) викликає у людини ті чи інші психологічні реакції, зумовлені її характерологічними та особистісними особливостями. Як результат, у хворого формується певний тип психологічного реагування на захворювання. З часів В.М. Бехтерева, Е. Кречмера, П.Б. Ганнушкіна й аж до праць В.М. М’ясищева і Б.Д. Карвасарського система уявлень щодо медико-психологічного знання, що стосуються внутрішньої картини здоров’я і хвороби, типів реакцій на хворобу, специфіки переживання хвороби в часі, впливу хвороби на психіку людини, займає важливе місце в проблематиці медичної психології лікувальної справи взагалі. Як справедливо зазначає В.Д. Менделевич, можна було б говорити про неоднозначність цінностей взаємин у системі «лікар-пацієнт», однак для ефективного лікування є однаково важливими і врахування психологічних переживань пацієнта і, без сумніву, професійна (в тому числі психологічна) комунікативна компетентність лікаря (див.: В.Д. Менделевич [158, с. 213-214]).

В одній з найбільш розроблених і поширених типологій психологічного реагування на захворювання, створеній А.Є. Личко і М.Я. Івановим, враховується три групи факторів, що визначають спосіб реагування: природа самого захворювання, тип особистості (зокрема, акцентуація характеру) і ставлення до цього захворювання в референтній для хворого групі (див.: Менделевич [158, с. 173]). Ці типи об’єднані у блоки.

1. Типи ставлення для хвороби, за яких соціальна адаптація в цілому не порушена – гармонічний, ергопатичний і анозогнозичний.
2. Типи реагування на хворобу, що характеризуються психічною дезадаптацією інтрапсихічної спрямованості (підвищена тривожність, іпохондричність, неврастенічність, депресивність й апатичність).
3. Типи реагування, що відзначаються психічною дезадаптацією інтерпсихічної спрямованості (егоцентричний, паранояльний, дисфоричний, сензитивний).

Таким чином, система ставлення до хвороби включає в себе когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Цілком очевидно, що викликані захворюванням реакції людини не можуть не впливати на її особистісне «Я», зачіпаючи не тільки сфери ставлення до хвороби, а й самоставлення, самооцінки, прийняття самої себе – все те, що становить її внутрішній психологічний світ.

Особливе місце в названій проблематиці належить хроніфікуючим й інвалідизуючим захворюванням, оскільки зачіпають соціальний статус пацієнта, його функціональні ролі в соціумі, коло спілкування та інтересів, рівень домагань і самооцінки. Але головним чином – необхідність трансформації колишнього звичайного способу життя і діяльності, формування нового життєвого стереотипу. Самооцінка хворими впливу захворювання на їх соціальний статус є вагомою частиною «внутрішньої картини хвороби», а відтак, і важливою «точкою прикладання» психотерапевтичного діяння на хворого у процесі його реабілітації. І це при тому, що в контексті нашої роботи ми виключаємо зі спеціального аналізу ймовірність летального кінця, вплив хвороби на можливість підтримання колишнього матеріального добробуту, на сферу сексуальних стосунків і репродуктивних функцій, не кажучи вже про сферу відпочинку й задоволення інтересів. Якщо ж взяти до уваги існуючи в масовій практиці лікаря і медичного психолога термінальні захворювання, больові характеристики хвороби, що досить часто проявляються, необхідність як радикального, так і паліативного лікування зі всіма супутніми їм складнощами, стає цілком очевидним, що методологічні і психотехнічні питання особистісної психотерапії потребують постійного і ретельного опрацювання залежно від конкретної життєвої ситуації.

Тим часом труднощі починаються вже з визначення індивідуально-типологічних особливостей хворих і характеристики типів особистісного реагування на захворювання. Як відомо, хворі часто-густо не просто не прагнуть, а уникають привертати увагу лікарів до змін у нервово-психічної сфері. Вони не хочуть, щоб їх визнали «нервовими» хворими, «неадекватними», а тим паче зі змінами з боку психіки (див.: Бассін й ін. [22]; Вассерман [46]; Зав’ялов [73]; Каніщев [79]; Коростій [102]; Крайніков, [115]; Корягін й ін. [106]; Михайлов й ін. [163]; Сарвір [217]; Федак [254] й ін.).

Тому при вивченні стану психічної сфери навіть у соматичних хворих велику вагу мають експериментально-психологічні методики. У процесі експериментально-психологічного дослідження медичний психолог може скласти внутрішню картину хвороби пацієнта і тим самим зорієнтувати лікаря в тому, якою мірою адекватно хворий уявляє своє захворювання і здатний побудувати адаптивний тип поведінки. З часів С.І. Боткіна принцип «лікуємо не хворобу, а хворого» – є одним з провідних у вітчизняній медичній традиції.

На значущості особистісного підходу традиційно наголошуються у професійної літературі (Бассін й ін. [22]; Кулаков [120]; Любан-Плоцца [133]; М’ясищев [170]). Виходячи з цього важливого теоретико-методологічного принципу, ми вважаємо безсумнівною необхідність детального дослідження клінічних особливостей особистості хворого та її трансформації, динаміки компенсаторних, протективних і деструктивних механізмів у процесі розвитку хвороби. Це потрібно як для розв’язання завдань патогенетичної і диференціальної діагностики, так і для лікувально-відновлювальної практики та психотерапевтичної і психокорекційної роботи.

Цілі психокорекційної і психотерапевтичної роботи з хворими можуть бути найрізноманітнішими: допомога в подоланні внутрішньоособистісного конфлікту, корекція і психотерапія різних наслідків впливу хвороби на психіку, корекція неефективних механізмів психологічного захисту і допомога в побудові адекватної копінг-поведінки, адаптація до хвороби, корекція внутрішньої картини хвороби, робота з сім’єю хворого для активізації соціальної підтримки, зміна преморбідних особистісних особливостей, що підвищують ризик рецидиву хвороби і утруднюють її перебіг та процес реабілітації і т.п. У межах проблеми психотерапевтичної реконструкції особистісного «Я» хворих з психічними і соматичними захворюваннями дехто з дослідників і психотерапевтів-практиків роблять спроби дослідження цієї проблеми і опису особливостей застосування психотерапевтичних методів під час реалізації психотерапевтичної роботи з недужими.

Так, в результаті вивчення невротичних захворювань Б.Д. Карвасарський створив модель, яку можна використати у процесі дослідження трансформації особистісних особливостей хворих. За Б.Д. Карвасарським, на першому місці – за невротичною реакцією в картині особистісних порушень – опиняються розлади, пов’язані здебільшого з особливостями темпераменту. До таких первинних особистісних особливостей можуть бути віднесені підвищена афективність хворого на істерію, тривожність ригідність обсесивного недужого, підвищена виснажуваність хворого на неврастенію. Однак самі по собі ці особливості можуть бути причиною лише короткочасної невротичної реакції, що розвинулася у важкій психотравматуючій ситуації. В цьому випадку можна говорити не стільки про психогенну, скільки про емоціогенну ситуацію. Друга стадія невротичного захворювання – стадія власне неврозу, психогенного розладу, в підґрунті якого лежить порушення значущих відносин особистості. Невпевненість у собі, пошуки визнання, як риси невротичної особистості й є, по суті, зафіксованим і стійким ставленням до себе. На третій стадії неврозу – у разі його затяжного перебігу і невротичного розвитку – має місце посилення цих рис до рівня характерологічних акцентуацій і психопатичних особливостей, які багато в чому визначають поведінку людини та її дезадаптацію (див.: Карвасарський [83]).

Первинні особистісні риси, пов’язані з особливостями темпераменту, виражаються передусім в афективній сфері. Вторинні риси проявляються в порушенні системи відносин і є глибинними особистісними порушеннями, внутрішніми проблемами. Третинні особистісні риси відкриваються вже на поведінковому рівні і можуть виявлятися, приміром, у труднощах спілкування, міжособистісного функціонування. Поява третинних, а іноді й вторинних, особистісних утворень у хворих на неврози зумовлена, як правило, регулятивними цілями збереження існуючої системи відносин, ставлення до самих себе і самооцінки, що забезпечують її цілісність і стійкість. Це означає, що третинні особистісні утворення у хворих на неврози – особливості поведінки і міжособистісного функціонування – виконують свого роду захисну функцію, тобто функцію збереження існуючої системи відносин, збереження хоча б зовнішньої позитивної самооцінки і впевненості в собі. При цьому в картині хвороби виступають психологічні механізми, які свідчать, з одного боку, про явища дезадаптації і збереження особистісних розладів, а з другого боку, вказують на можливі шляхи їх корекції: йдеться про невротичні захисні механізми.

Розглянуті первинні, вторинні і третинні особливості особистості пацієнта, хворого на невроз, відіграють істотну роль при виборі оптимальної психотерапевтичної практики. Якщо у разі первинних особистісних розладів істотною є роль у терапії біологічних методів лікування (у тому числі сучасні психотропні засоби), то корекція вторинних особистісних розладів, порушень системи відносин особистості потребує вже проведення особистісно орієнтованої (реконструктивної) психотерапії як в індивідуальній, так і – особливо – у груповій формі. Корекція третинних особистісних розладів при неврозах, які виявляються в поведінковій сфері, здійснюється більш конструктивно – з доповненням патогенетичної психотерапії різними методами поведінкового тренінгу. Відтак, врахування первинних, вторинних і третинних особистісних особливостей хворих на невроз дає змогу більш цілеспрямовано використовувати й інші форми психотерапії (сугестію, аутосугестію та ін.). Вплив різних лікувально-відтворювальних методів (у тому числі тих, які мають психотерапевтичну спрямованість) та їхнє співвідношення, зумовлене наявністю первинних, вторинних і третинних особистісних утворень, простежується автором не тільки при неврозах, а й на моделях різних захворювань: таких, як епілепсія, органічне захворювання головного мозку, ішемічна хвороба серця, психоматична хвороба.

Вивчення феноменології особистісних розладів та їх динамічної трансформації в процесі розвитку хвороби, крім терапевтичного, має також велике практичне значення, сприяючи ефективному проведенню психотерапії, підбору адекватного співвідношення її з біологічними діяннями з урахуванням різного роду порушень у структурі особистісних розладів.

Іншим прикладом клінічної спрямованості психотерапії є вибір психотерапевтичних підходів, методів і змісту психотерапевтичних впливів при акцентуаціях характеру і психопатіях.

І якщо особистісно орієнтована (реконструктивна) психотерапія більшою мірою призначена для лікування невротичних розладів і спирається на психологічні основи в розумінні механізмів неврозів, то розроблена М.Є. Бурно [38] терапія через творче самовираження психопатичних і хронічно-шизофренічних розладів – особливо з дефензивними проявами – ґрунтується на ретельному врахуванні клінічних особливостей пацієнта. Автор вказує на такі особливості роботи з пацієнтами різних груп при терапії через творче самовираження: 1) з психастеніками – науково-лікувальна інформація, почуттєве збудження; 2) з астеніками – турбота, доброта. Художні, ліричні емоції; 3) з дефензиdними циклоїдами (зазвичай схильні вірити у свого психотерапевта) – стисла науково-лікувальна інформація, емоційно-докладний гумористично м’який, життєстверджуючий вплив авторитету психотерапевта; 4) з дефензивними шизоїдами – допомога у творчому суспільно-корисному вираженні своєї ідентичності, баченні справжніх цінностей в інших людях; 5) з дефензиdними епілептоїдами – допомога в пошуках позитивних рис у людях, котрі в чомусь з ними не згодні, суспільно корисному вираженні своєї ідентичності; 6) з дефензиdними істеричними психопатами – допомогти навчитися заслуговувати увагу людей, хай демонстративним, але суспільно корисним самовираженням; 7) з ананкастами – допомогти зробити нав’язливі переживання основою для творчості; 8) з дефензиdними малопрогредієнтно-шизофренічними пацієнтами – на підставі особливого інтимного психотерапевтичного контакту (неможливого в роботі з психопатами) можна допомогти пацієнту невпинно активізуючи його творчо, суспільно корисно передати в житті свою особистісну поліфонію розчленування – сюрреалістичності, яка має особливу гармонію [38].

В трохи інакшому, але так само клінічному плані А.Є. Личко рекомендує враховувати тип психопатії й акцентуації характері при виборі психотерапевтичних втручань [див.: Карвасарський 81; 82].

Як показали соціально-психологічні дослідження, в процесі формування і реалізації аутодеструктивної поведінки (в тому числі алкоголізму, наркоманії, захоплення небезпечними для життя і здоров’я видами спорту) важливу роль відіграє самооцінка людини, характер і ступень її сформованості, оцінка її поведінки іншими людьми [34]. В контексті розуміння соціальної перцепції у людей з аутодеструктивними патернами поведінки, діяльності і стилю життя мають місце такі особливості: різко полярна самооцінка (або безпідставно завищена, або занижена); оцінка своєї поведінки має виправдувальний характер за типом каузальної і ситуативної атрибуції; зниження критики виявляється у запереченні наявності аутодеструктивної поведінки за принципом порівняння себе з іншими. У разі аутодеструктивної поведінки при завищеній самооцінці людина схильна гіпертрофувати свої переваги як у своїх очах, так і у очах інших. До того така людина здатна приписувати себе неіснуючі, позитивні й соціально схвалювані якості. Людина з заниженою самооцінкою трактує свою аутодеструктивну поведінку як вимушену, шукає в інших підтримки підтвердження тих об’єктивних причин, які призводять її до саморуйнування.

Зауважимо, що формування аутодеструктивних патернів поведінки має у своєму підґрунті соціально-перцептивні механізми, засновані на побудові самооцінки і самоставлення у процесі міжособистісної взаємодії. Завищена самооцінка породжує тенденції до самодеструктивної поведінки, презирливого ставлення до думки інших і до людей взагалі. Компенсаторна поведінка при недостатньої кількості соціально схвалюваних форм зняття негативних наслідків фруструючих ситуацій реалізується у разі звернення до психоадекватних речовин, суїцидальної поведінки або психоемоційної розрядки за допомогою екстремальних видів спорту. У людини зі зниженою самооцінкою так само формується інтенція відходу від реальності і передусім від самої себе, а при негативному ставленні до себе вона вдається до компенсаторної діяльності, приймання психоактивних речовин, обрання професії, пов’язаної з ризиком для життя та здоров’я, а також до суїцидальної поведінки.

За даними досліджень В.А. Худика, спотворення самооцінки у міру розвитку алкоголізму виявляється раніше, ніж порушення критичності в пізнавальної діяльності – це відбувається ще до настання вираженої алкогольної недоумкуватості. До того розбіжності в самооцінці й об’єктивної оцінці за низкою психодіагностичних методик збільшується у міру наростання психічного дефекту [271]. Таким чином спотворено-дефіцитарна самооцінка формується задовго до появи аутодеструктивної поведінки і слугує підґрунтям дезедаптації людини. Тим часом у роботі з аддиктивними пацієнтами психотерапевт стикається з інтенсивною регресією, яка може піти шляхом злоякісного розвитку, актуалізації нарцисичних особистісних рис, а також словесної невиразності зони базового дефекту. Як ефективний метод роботи з такими пацієнтами дедалі ширше використовується символдрама, в межах якої здійснюється інтенсивна робота з нарцисичним задоволенням і словесним вираженням станів пацієнта, що відбувається услід за образним вираженням[179].

Психотерапія – передусім в її групових формах, що є особливо адекватною в разі психогенних розладів, - застосовується також при психічних захворюваннях ендогенного характеру. При цих захворювання психотерапію зазвичай включають в систему біологічного лікування і соціально-реабілітаційних впливів. Для кожного типу ендогенних психічних захворювань використовуються певні типи психотерапевтичного втручання, спрямовані на ті чи інші цілі. Основна література з цієї проблеми присвячена психотерапії при шизофренії та ендогенних депресіях (Холмогорова [269]; Менделевич [158]; Макаров [139] й ін.). Її огляд показав, що при достатній розробленості системи психотерапевтичного і психосоціального діяння на таких хворих, дослідження їх особистісного «Я» і питання, пов’язані з його реконструкцією, лишилися мало розробленими. Однак ще менше розробленими є питання, що стосуються психотерапії пацієнтів з соматичними захворюваннями. Не секрет, що до нашого часу питання психотерапії з соматичними хворими по суті ігнорувалися як дослідниками, так і практиками. У відомій нам літературі питання особистісної психотерапії висвітлюються винятково стосовно пацієнтів психотерапевтичного профілю, тоді як відносини в системі «лікар-пацієнт» з недужими з соматичними захворюваннями обмежується здебільшого деонтологічними міркуваннями (Ю.А. Александровський, М.Є. Бурно, М.М. Кабанов, Б.Д. Карвасарський, А.Р. Лурія, В.В.Макаров, В.Д. Менделевич, В.М. М’ясищев, І.С. Павлов, В.Ф. Простомолотов, В.Є. Рожнов, Ю.С. Шевченко, Харді).

Не претендуючи на абсолютну першість у постановці проблеми, ми разом з тим вважаємо за потрібне підкреслити: абстрагування від психобіологічної сутності людини на шкоду психосоціальній, як і навпаки, є безумовно, редукціоністським і таким, що примітивізує лікарську справу – вельми складну сферу людської діяльності. Ігнорування досягнень і можливостей сучасної медичної психології з явним перекосом зусиль медичних психологів і психотерапевтів лише в бік нервово-психічної патології, без врахування психології здоров’я й особистісних ресурсів людини, котра страждає соматичним захворюванням, виступає в наш час анахронізмом.

Вирішальне значення при включенні в систему лікування не тільки хворих з психіатричним досвідом, а й соматичних пацієнтів має, на нашу думку, правильне співвідношення психологічного обстеження, особистісно орієнтованої і симптоматичної психотерапії, визначення цілей, завдань і вибір конкретних психотерапевтичних технік з урахуванням співвідношення клінічних, психофізіологічних і психічних механізмів можливих особистісних розладів та їхньої специфіки на різних етапах лікування основного захворювання.

**Висновки до першого розділу**

В сучасній медичній психології постало актуальне з наукової точки зору питання про специфіку моделі повноцінного, багатоаспектного здорового, «Я» як підвалини психотерапевтичної роботи з пацієнтами/клієнтами. Багатоаспектне особистісне «Я», що пізнає й яке пізнають, у науковому підході дослідження психіки У. Джеймса виступає однією з найважливіших парадигм особистісної психотерапії в сучасній медичній психології.

Психотерапія як головна складова в загальній структурі клінічної психології, в умовах співіснування двох моделей з різними методологіями – медичною і психологічною, реалізації вивчення і створення психологічних методів впливу на психіку людини з лікувальною і практичною метою має спиратися на результати психологічних досліджень особистісного «Я». При цьому підкреслюється, що специфіка людського психіки в тому і полягає, що вона не зводиться виключно до нейрофізіологічних і біохімічних процесів, бо ці процеси (робота нейромедіаторів, формування синаптичних зв’язків, синергійна діяльність різних ділянок мозку та гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи) спочатку детермінуються соціальними ж факторами. І лише у виняткових випадках мозкових захворювань, обумовлених ендогенними причинами, ці процеси як би замикаються на себе, виводячи їх носія за межі адаптивної соціальної поведінки і ізолюючи людини від соціуму. Іншими словами, людська психіка не замкнута в черепній коробці. Вона интерперсональна за способом свого функціонування, хоча її мозкової субстрат автономний.

Визнаючи той факт, що розвиток психоаналізу сприяв виникненню різних теоретичних відгалужень і форм психотерапевтичної практики, водночас зазначимо, що з метою розв’язання практичних завдань психологічної і психотерапевтичної допомоги пацієнтам/клієнтам, які мають хроніфікуючі і тяжкі соматичні захворювання, потрібно проводити психологічні дослідження, спрямовані на віднайдення нових, клінічно значущих фактів і феноменів реконструктивної психотерапії. Особливо серйозних наукових психологічних досліджень потребує, на нашу думку, проблема в каузації в поясненні психологічних детермінант особистісних порушень, пов’язаних з хворобливими станами організму.

В зв’язку з тим, що каузація психічних розладів має комплексний характер, необхідним моментом виступає вирішення проблеми про диференційоване розуміння їх конкретних причин. Психологічні дослідження мають бути спрямовані, на нашу думку, на розуміння специфіки мультикаузальності; а саме: визначення того, які психологічні фактори діють в одній і тій самій площині, а які перебувають у різних площинах. Розумінню особливостей психічних розладів сприяє наукове дослідження факторів, що перебувають у соматичній, психічній, соціальній або екологічній площинах. При цьому особливо важливим є вивчення питання про те, як окремі площини взаємно впливають одна на одну, як взаємодіють фактори. Однією з актуальних проблем виступає з’ясування особливостей діяння соціально-психологічних факторів у сукупності з іншими факторами впливу. Слід враховувати і той важливий факт, що соціально-психологічні фактори діють на психічні та соматичні розлади або захворювання в різноманітніших площинах. При цьому слід завжди критично підходити до питання про причинно-наслідкові відношення.

При прогнозуванні соматичних і психічних розладів потрібне враховувати і власне індивідуально-психологічні, особистісні фактори. Внутрішні і зовнішні ресурси відіграють стимулювальну і гальмівну роль у подоланні труднощів. Сутність проблематики каузації різних хворобливих станів організму полягає у вивченні особливостей складних взаємодій патогенних і протективних внутрішніх та зовнішніх факторів.

Методологія і психотехніка реконструкції особистісного «Я» в клініці захворювань різного спектра має спиратися на розуміння особливостей когнітивного, емоційного і поведінкового компонентів системи ставлень до хвороби; на знання психології здоров’я й особливостей особистісних ресурсів хворої людини; на усвідомлення співвідношення клінічних, психофізіологічних і психологічних механізмів особистісних розладів при виборі відповідних технік особистісно орієнтованої і симптоматичної психотерапії.

**Результати дослідження, викладені у першому розділі,**

**відображені у наступних публікаціях автора:**

1. Медична психологія : підручник для студентів вищих навчальних закладів / К.С. Максименко, С.Д. Максименко, М.В. Папуча, І.А. Коваль. – Вінниця : Нова книга, 2010. – 516 с.
2. Медична психологія : **підручник** / К. С. Максименко, **С.Д. Максименко, Я.В.**Цехмістер, І.А. Коваль. **– Київ: Видавничий дім “Слово”, 2014. – 520 с.**
3. Максименко К.С. Психологічні аспекти соматичного захворювання / К.С. Максименко // Наукові записки. – 2006. – Вип. 28. – С. 373–379.
4. Максименко К.С. Методологічні застереження й екзистенційні пресупозиції аналізу “Я-переживання” як уособлення психічного стану / К.С. Максименко // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць КПНУ ім. Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. – 2010. – Вип.7. – С. 391–403.
5. Максименко К.С. Психічні та соматичні розлади особистості / К.С. Максименко, С.Д. Максименко, І.А. Коваль // Медична психологія. – C. 256–369.
6. Максименко К.С. Проблема психотерапии личности при психосоматических и хронических (инвалидизирующих) заболеваниях в украинской медицинской психологии последнего двадцатилетия (нем.) / К.С. Максименко // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць КПНУ ім. Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Кам’янець-Подільський : Аксіома, 2013. – Вип.19. – С. 390–403.
7. Максименко К.С. Проблема каузации в понимании психологических детерминант психических нарушений, связанных с болезненным состоянием организма / К.С. Максименко // **Проблеми сучасної психології.** Зб. наук. праць **Кам’я­нець-Подільського нац. університету ім. Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України** / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Кам’янець-Подільський : Аксіома, 2014. – Вип. 23. – С. 389–404.

**РОЗДІЛ 2**

**МЕТОДОЛОГІЯ І ТЕОРІЯ ОСОБИСТІСНО ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ У ВІТЧИЗНЯНІЙ МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ**

**І ПСИХОТЕРАПІЇ**

Вітчизняна медична психологія і психотерапія як радянського, так і пострадянського періоду – це, безумовно, особливий феномен в історії світового психологічного і психотерапевтичного знання. Ця особливість, що інтуїтивно відчувається практично кожним дослідником, має свої цілком безперечні історичні передумови і причини. Названий розділ присвячений саме вказаної проблематиці, оскільки, не відрефлексувавши поточний стан справ у професії, неможливо розпочати повноцінно розгляд психотехнічних аспектів розв’язання основних завдань і цілей цієї роботи.

**2.1. Історичний екскурс на проблему**

Можна по-різному приступати до опису історичної логіки становлення вітчизняних психотерапевтичних традицій і підходів. Приміром, взяти за вихідну точку відому класифікаційну схему парадигм – психодинамічну, когнітивно-поведінкову й екзистенціально-гуманістичну – і простежити їх становлення і розвиток на території колишнього Радянського Союзу. Можна було б обмежитися досить інтенсивними, власне українськими напрацюваннями у цій галузі – як часів Союзу, так і нинішніх. Можна було б, з рештою, пов’язати питання методології, теорії й історії власне психотерапевтичних підходів з надзвичайно багатим змістом вітчизняної (в найширшому розумінні цього слова – від Л.С. Виготського і А.Р. Лурія до Д.І. Узнадзе, О.М. Леонтьєва і Г.С. Костюка) психології.

В нашій роботі ми відхилили (через різні причини) всі можливі вихідні посилки, віддавши перевагу саме історичному аспектові, історичній перспективі становлення і реалізації вітчизняних підходів до психотерапії на тій підставі, що логіка історичного розвитку, на відміну від згаданих вище варіантів, найменш ідеологізована і, отже, створює можливості для позатенденційного розгляду досліджувальної проблематики.

Виходячи з логіки історичного розгортання подій і становлення відповідних інститутів, неважко констатувати такий факт: кінець ХІХ і початок ХХ століття були періодом інтенсивного розвитку психологічного і психотерапевтичного знання в тодішній Російський імперії. Вказаний історичний період був ознаменований визначеними подіями і позначений діяльністю видатних постатей – таких, як, скажемо, ІІ Всеросійський з’їзд психоневрологів і психіатрів у Києві (1906р.); діяльність у Київському університеті Св. Володимира професорів І.А. Сікорського і В.А Чижа, робота в Санкт-Петербурзі професора В.М. Бехтерева, котрий пізніше очолив створений ним психоневрологічний інститут (1908 р.) і відкриття в Москві Щукінського психологічного інституту (1912 р.), першим директором якого був призначений професор Київського університету Св. Володимира Г.І. Челпанов.

Якщо при цьому врахувати плідну роботу М.І. Ланге в Одесі, всесвітньої значущості експериментальні дослідження І.П. Павлова в Колтушах під Санкт-Петербургом, потужну клінічну основу московської психіатрії, закладену П.І Боткіним і С.С. Корсаковим, що знайшло продовження і закріплення пізніше у працях П.Б. Ганнушкіна, С.І. Консторума, Ю.В. Каннабіха й ін., стає цілком очевидним таке: вітчизняна медична психологія і психотерапія – це зовсім не скоростиглий плід на зеленій гілці, прищеплений у 80-ті роки ХХ століття американськими місіонерами до майже висохлого дерева вітчизняної психології і психотерапії, як нерідко намагаються це подати вестернізовані колеги.

Проблеми, безумовно, існують, але лежать вони поза науковою площиною. Історичний розлом проходить по часовій лінії 1917-1927 років. У його підсумку настала епоха своєрідного ідеологічного обскурантизму, в межах якого вільне і неупереджене дослідження в будь-якій науковій галузі заборонялося, якщо не діставало якнайвищої дозвільної санкції не було упаковане в оболонку з ідеологічних штампів. Більше того, відкидалися, як не потрібні і шкідливі «справі робочого класу» цілі наукові галузі та дисципліни. Це особливо стосувалося гуманітарних і соціальних наук.

Стосовно психології і психотерапії зазначимо, що після кончини І.А. Сікорського і В.М. Бехтерєва, А.І. Яроцького і Л.С. Виготського, а пізніше – П.Б. Ганнушкіна і П.П. Басова, після відомої «Постанови про педологічні викривлення в системі наркомпросів» (1936р.) і аж до середини 60-х років ХХ століття ні про яку особливу медичну психологію або, тим паче, психотерапію, які б не виходили з вчення «великого Павлова», і подумати було не можна. Принагідно зазначимо, що ще наприкінці 60-х років у загальносоюзній науковій періодиці велися, цілком серйозно, дискусії про те, чи потрібна нам соціальна психологія і який у ній смисл, якщо поведінка радянських людей визначається єдино правильною ідеологією марксизму-ленінізму.

Однак справа навіть не в цьому. Глобальна за своєю значущістю проблема для сучасного людства виявилася у всій своїй голизні там і тоді, де і коли раптом з»ясувалося, що найтонший шар людської культури, найважливіший субстрат якого становить сама людська психіка, до безглуздого легко руйнується набагато більш архаїчними і примітивними знаряддями подібно до того, як легко руйнується молотком рояль. Зненацька стало цілком очевидним, що людська психіка і культура беззахисні перед позамежними для них впливами так само, як беззахисний теплокровний організм перед позамежними для нього екстремумами температури навколишнього середовища.

Розуміння специфіки цієї найтоншої за своєю якістю і крихкої за складом символічної реальності культури, що має під собою біологічну основу, а над собою – соціальні відносини, робить зрозумілими і пряму ідейну підтримку К.Г. Юнгом націонал-соціалістичного режиму Гітлера, і появу таких психологів. Як А. Енш у тій самій нацистської Німеччини, або таких біологів, як академік А.І. Лисенко в СССР. А чого варто розірвання традиційних для Росії і Німеччини вікових культурних зв’язків внаслідок двох світових воєн, у тому числі в психіатрії і медичній психології. Тому ні про який плодотворний розвиток у взаємодії російської і німецької клінічних парадигм вже не могло бути й мови. Все це зумовлювало цілком певний соціокультурний фон – бекграунд. Останній дав змогу лише наприкінці 70-х років ХХ століття потроху відновлювати наукові і культурні контакти і зв’язки, що продиралися на кшталт маленького струмочка між травматичними шрамами і брилами ідеологічних нашарувань.

Ось тут і виявилося, що до середини (навіть ближче до кінця 70-х років) проблеми психологічної терапії, психологічної допомоги, взагалі психологічного впливу на людину не в руйнівному, а в зцілювальному смислі насправді так само актуальні, як це було завжди, але ступінь їх опрацювання зовсім не відповідає вимогам часу.

Показовим у цьому плані є наведена у спогадах М.Г. Ярошевського розмова тодішнього секретаря ЦК КПРС з ідеології М.І. Суслова з генеральним секретарем Л.І. Брежневим з приводу клопотання про відкриття в МДУ імені М.В Ломоносова факультету психології ((1966р.): «Михайле, а це навіщо? – Ну, Леоніде Іллічу, готуватимуть когось на зразок священиків для народу, тільки світських. – А, ну добре!»

Таким чином, лише 70-ті роки ХХ століття можна позначити як своєрідну віху для нового відліку епохи оновлення і ставлення оновленої психотерапії.

Заради справедливості зауважимо, що до цього рубежу вітчизняна психотерапія прийшла не з порожніми руками. В Ленінграді працювали В.Д М’ясищев, Б.Д. Карвасарський, А.М. Свядощ, А.І. Захаров, Г.Л. Ісуріна, й ін. Як теоретики і практики соціально-психологічного тренінгу виступали Ю.М. Ємельянов, Н.І. Хрящева й ін. У Москві створили свої школи С.І. Косторум, В.Є. Рожнов, М.Є Бурно, Ю.С. Савенко, А.Ф. Блейхер і Л.І. Завілянська; В Харкові – П.І. Іванов, В.В. Кришталь, А.М. Михайлов; в Одесі – В.А. Поклітар, В.Ф. Простомолотов та ін.

Але для розуміння знову виниклих джерел осучаснення психотерапії треба вказати на значущість двох таких обставин: неабияка відкритість Санкт-Петербурга тих часів для контактів з зарубіжними колегами і більш відчутний ідеологічний тиск в Україні. На нашу думку, поза названими обставинами правильне розуміння того, що відбувається у вітчизняній психотерапії, навряд чи можливе. Адже, відповідно до справедливого зауваження А.Г. Сосланда, «всім відомо, що ніколи створення нового методу не передували серйозні порівняльні дослідження нового підходу. Завжди йшлося про те, що старий перестав чимось задовольняти того, хто їм користувався» [213, с. 7].

Що ж лежало у підґрунті прагнення до нового на західний штиб? На нашу думку, в підґрунті устремлінь колег того часу (кінець 70-х – початок 80-х рр.) було прагнення звільнитися від пут ідеології, яка намагалася жорстко і неодмінно інтерпретувати все, у тому числі психологічні явища і психотерапевтичні механізми.

Первинним психотерапевтичним феноменом, що викликав своєрідний бум серед вітчизняних психологів і психотерапевтів у їхньому прагненні вдосконалити свою роботу на західний зразок, став феномен групової психотерапії – саме в її особистісно орієнтованій формі. При цьому предметом для наслідування і запозичення слугували різні способи ведення груп: тренінг сензитивності, соціально-психологічний тренінг, групи – зустрічей та ін. Тепер, з відстані в 30-40 років не важко відкваліфікувати продемонстровані наприкінці 70-х – на початку 80-х рр. у Ленінграді, Москві, Вільнюсі способи групової роботи зарубіжних колег з Польщі, Німеччини і США: це була групова робота, в якій дотримувалися, за рідкісним винятком, принципів гештальт-терапії: зрозуміло навіть чому: адже принципи і способи генштальт-терапії відзначаються яскравістю, легкістю і демонстративністю.

Наразі розглянемо, як взаємодіяли зарубіжні концепції з практичними і теоретичним и аспектами розвитку вітчизняної особистісно орієнтованої психотерапії.

**2.2. Особистісно орієнтована психотерапія санкт-петербургської (ленінградської) психотерапевтичної школи**

Твердження про те, що особистісно орієнтована психотерапія (ООП) як самостійний напрямок медичної психології на просторі колишнього Радянського Союзу бере свій початок у 70-х роках ХХ століття, не суперечить, на нашу думку, історичній логіці. Її початок пов’язаний передусім з Бехтерівським неврологічним інститутом, працюючи в якому В.М. М’ясищев розробив до того часу концепцію неврозів, що була заснована, як і особистісна психотерапія, на системі базових особистісних відносин.

У зв’язку з цим до наступного такого твердження ми відносимо положення про те, що безпосередньо з самого початку ознайомлення з груповими формами роботи, продемонстрованими зарубіжними колегами, вони органічно вписалися в добре відомі починання колективної психотерапії В.М. Бехтерева і концепцію В.М. М’ясищева. Збагачена вагомими напрацюваннями ленінградських психіатрів і положеннями Б.Г. Ананьєва ООП цього періоду виходила з таких теоретичних постулатів: а) концепції особистості як системи відношень з навколишнім світом; б) біопсихосоціальної концепції невротичних розладів, у межах якої невроз розуміється як психогенне захворювання, зумовлене порушенням значущих для особистісного «Я» відносин; в) системи особистісно орієнтованої індивідуальної і групової роботи, головною метою якої проголошувалося набуття позитивних особистісних змін, у тому числі, корекція порушеної системи відносин, неадекватних когнітивних, емоційних і поведінкових стереотипів, що має проводити як до поліпшення суб’єктивного самопочуття пацієнта і усунення невротичної симптоматики, так і до відновлення його повноцінної психосоціальної діяльності.

Методологічним підґрунтям для ОПП тих часів слугувала, як очевидно з самих цих постулатів, передусім концепція неврозів В.М. М’ясищева. Згідно з цією концепцією, центральним елементом особистості визначається ставлення як активний, свідомий, інтегральний, вибірковий зв’язок з різними сторонами дійсності особистості, заснований на досвіді. На думку В.М. М’ясищева, ставлення – це системоутворюючий елемент особистості, виступає як система відносин. У структурі відносин виявляються «емотивна», «оцінкова» (когнітивна, пізнавальна) і «конактивна» (поведінкова) сторони. Емотивний компонент сприяє формуванню афективного ставлення особистості до об’єктів середовища, до людей і самої себе. Когнітивний (оцінково-пізнавальний0 компонент реалізує сприймання і оцінку (усвідомлення, розуміння, трактування) об’єктів середовища, людей і самої себе. Поведінковий (конактивний) компонент сприяє здійсненню вибору стратегій і тактик взаємодії особистості зі значущими для неї об’єктами середовища, персонажами і самою собою.

На початку своєї реалізації цілі та завдання ООП формулювалися таким чином:

1. глибоке і всебічне вивчення особистості пацієнта, специфіки формування, структури і функціонування його системи відносин, особливостей його емотивного реагування, мотивації, потреб;
2. вияв і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню і збереженню невротичного стану і симптоматики;
3. досягнення усвідомлення та розуміння пацієнтом причинно-наслідкових зв’язків між особливостями системи його відносин і захворюванням;
4. зміна і коригування порушеної системи відносин хворого на невроз;
5. допомога пацієнту в розв’язанні психотрамвуючої ситуації і зміна його психосоціального статусу.

Сформульовані спочатку завдання ООП, що ґрунтуються на розроблених В.М. М’ясищевим положеннях, по суті відображають поетапний характер психотерапевтичного процесу – від дослідження особистості пацієнта і самодослідження через осмислення здобутого в результаті рефлексії знання до корекції порушених відносин особистісного «Я».

При цьому ООП включала у зміст своїх завдань три аспекти корекції (когнітивний, емотивний і поведінковий), а сам процес психотерапії ґрунтувався на збалансованому використанні механізмів, що стосуються трьох вказаних аспектів.

Можна сказати, що цілі та завдання будь-якого психотерапевтичного напрямку, орієнтованого на особистісні трансформації, випливають з уявлень про специфіку особистісних порушень. Але останні, у свою чергу, осмислюються через конкретну особистісну концепцію. Звідси в межах того чи іншого напрямку психотерапії цілі та завдання останньої формулюються ніби у загальному вигляді і для індивідуальної, і для групової роботи, але розв’язуються в кожному окремому випадку через цілком певні психотехнічні прийоми.

Власне цей психотехнічний аспект і викликав у той час, та іноді викликає і нині, особливий інтерес вітчизняних психологів. Перебуваючи під жорстким ідеологічним пресом в умовах практичного табулювання не тільки міркувань з приводу того чи іншого прийому, і й самого терміна «психотехніка», вони, однак, активно запозичували всілякі техніки психотерапевтичних інтервенцій, послуговуючись загальноприйнятим у ті часи ідеологічним кліше: «Ми відкидаємо буржуазну теорію, але маємо повне право застосовувати їх технічні прийоми». Та обставина, що психотехніки випливають з певної методології і теорії, свідомо чи не свідомо ігнорувалася. Разом з тим не можна не відзначити високий і навіть вельми високий рівень професійної рефлексії наших колег минулої епохи. А з плином часу стає дедалі легше пояснити й міру співвідношення універсальності й ідеологічної кон’юнктури в тодішніх теоретичних міркуваннях, загальне гасло яких бере свій початок із максими К.Маркса, якщо застосувати її до психотерапії: «Dіе Bewustsein ist die bewuste Sein».

Проаналізуємо, скажімо, завдання ООП з урахуванням очікуваних змін у вищезгаданих трьох аспектах:

1. Когнітивний аспект (рефлексія, переробка і засвоєння інформації). Тут процес ООП спрямований:

* на встановлення зв’язку між психогенними факторами та маніфестацією і перебігом невротичних розладів;
* аналіз залежності емоційних станів від конкретної ситуації, яка провокує прояв і утримання симптоматики;
* аналіз зв’язків деструктивних і негативних думок з виникненням і збереженням невротичних симптомів.

Крім вищевказаних завдань ведеться робота і в таких напрямках:

* аналіз нюансів власних емоційних реакцій, ступеня їх стереотипності і конструктивності;
* вивчення способів сприймання пацієнтом інших людей і реакцій у відповідь щодо нього;
* аналіз неузгодженості між «Я – концепцією» і «Я – перцепцією»: особливо можливого когнітивного дисонансу.

Має також здійснюватися опрацювання й аналіз устремлінь, мотивів, настановлень і відносин, ступеня їх реалістичності та адекватності.

Зрозуміло, значна увага в ООП приділяється психологічним конфліктам у сфері самоставлення і в галузі відносин з іншими людьми. Нарешті, враховуються найбільш глибокі – точніше, глибинні – внутрішньо особистісні конфлікти, що сягають своїми коренями в раннє дитинство: зокрема, йдеться про розуміння їх ролі і міри в розвитку невротичних реакцій і провокуванні конфліктних і травматичних ситуацій. І хоча останнім часом все більш міцні позиції серед дослідників займають уявлення про те, що більшість дитячих переживань – особливо ті, що відносяться до травматичних переживань з сексуальним підґрунтям, – є за своєю природою фантазійними, але не враховувати травматичних за своїм радикалом переживань, так чи інакше детермінуючих особистісну поведінку, було б, принаймні, непсихологічно.

В цілому завдання на особистісну рефлексію в межах ООП зводиться до такого: усвідомлення, по-перше, зв’язків у просторі «особистість – ситуація – хвороба»; по-друге, власної міжособистісної взаємодії і, по-третє, часової спадковості своєї поведінки. Безумовно, ця перша стадія рефлексії не справляє вирішального впливу на власне психотерапевтичну ефективність лікування. Але тому-то й справа, що вона створює реалістичні передумови, істотні для встановлення міцного, терапевтичного альянсу, потрібної зацікавленості пацієнта і осмисленої участі у психотерапевтичному процесі.

1. Емотивний аспект. Відповідно до нього передбачається, що процес психотерапії спрямований на допомогу пацієнту для зміни його емоційно насичених реакцій на оточуючих і соціального оточення на нього. При всій повазі до принципу «презумпції психічної нормальності» питання про значущість стигматизації пацієнта, що так чи інакше опинився в полі зору медичного психолога, а тим паче психіатра, зовсім не знімається з порядку денного. Вільно чи не вільно емотивна складова в будь-якій нозології, що стосується сфери техніки, присутня ніби в потрібному еквіваленті: емоції, індуковані стражданням; емоції, індуковані ставленням пацієнта до страждання, й емоції, що індукують ставлення оточуючих до самого пацієнта. Звідси випливає значущість емотивного аспекту.

В ленінградській психотерапевтичній школі досить чітко проступає той факт, що вітчизняна ООП з самого початку дотримувалася відомих феноменологічно орієнтованих принципів-альтернатив: хвороба – особистість, нозос – патос, реакція – стан, психогенне – ендогенне і т.п., вводячи їх наявним, делікатним, але посильним для осмислення способом у лікувальну реальність психотерапевтичного процесу.

Звідси сформовані спочатку завдання ООП, що ґрунтуються на положеннях , розроблених В.М. М’ясищевим [170; 171], в емотивній сфері охоплюють чотири основних аспекти: а) прицезіонне розпізнавання і вербалізація власних почуттів, а також їх прийняття; б) відтворення і повторне переживання травматичних ситуацій, що забезпечує емоційне відреагування; в) безпосереднє проживання психотерапевтичного досвіду; г) апробацію і рефлексію власних способів дій, спрямованих на вибудовування адекватного самоставлення. Емотивний аспект ООП є, як випливає з цих положень, ледве не головним робочим майданчиком для реалізації принципів і настановлень не пояснювальної (по суті об’єктивної), а співпереживальної, тобто суб’єктно орієнтованої психотерапії. Значущість ленінградської (санкт-петербургської) школи медичної психології і психотерапії якраз і полягає в тому, що ще в 70-ті роки минулого століття нашим колегам вдалося подолати – завдяки працям В.М. М’сищева – жорсткі рамки ортодоксального авторитаризму, так властивого епосі тоталітаризму ідеологічного. Це було досягнуто завдяки тому, що саме особистісне «Я» пацієнта в усьому складному багатоманітні його ієрархій було поставлено в центр психотерапевтичної уваги.

1. Поведінковий аспект. Тут вихідне настановлення психотерапії спрямоване на усунення неадекватних поведінкових патернів, на вироблення навичок більш відкритої , конструктивної і вільної поведінки, на подолання неадекватних поведінкових стереотипів, здатних проводити психологічно важки ситуації, а також на вироблення і підкріплення форм поведінки, що передбачали б включення таких його етичних регуляторів, як відповідальність і вольове зусилля. Крім того, цей аспект включає в себе опрацювання і тренінг нових форм поведінки, що забезпечують більш адекватну соціальну адаптацію і соціальне функціонування. Поряд з тренінгом асертивності (впевненості у собі) поведінковий аспект закріплює на цій основі оновлене почуття власної гідності.

В загальному вигляді спрямованість ООП в поведінковій сфері може бути сформульована як завдання, що лежить на осі принципів-альтернатив «дезадаптація – адаптація», «декомпенсація – компенсація» (див. Менделевич [158], с.71). Відтак, завдання ООП виступає як загальна система ціле покладання, що спирається на «три кити»: само розуміння, само ставлення і саморегуляцію. Взагалі ж оздоровлення вказаних принципово важливих складових особистісного «Я» можна розглядати як сутність ООП в тому вигляді, в якому вона була розроблена ленінградською психотерапевтичною школою.

Стосовно ж власне терапевтичних механізмів ООП у всіх трьох аспектах, то вони, на нашу думку, не вирізняються великою своєрідністю, хіба що формулюються більш відверто, без містичного нальоту, властивого часом тим же герменевтичним підходам. Якщо ж виходити з того, що універсальними механізмами психотерапії виступають емоційне відреагування, навіювання (в його різноманітних формах – від гіпнотичної, в директивному і не директивному вигляді, до легкого наведення трансу або ж раціонального переконання), навчання і переучування, то ООП в варіанті, що розглядається нами, оперує термінами «конфронтація», «коригувальний емоційний досвід» і «тренінг». З цього випливає, що серцевина лікувальної взаємодії припадає на момент «сшибки» (термін І.П. Павлова) між процесами сугестії і контр сугестії. Вироблення – при зіткненні хворобливого й оздоровчого, конструктивного і деструктивного, менш адекватного і більш адекватного – нової системи відносин, нової психосоціальної позиції пацієнта і становить сутність головного в ООП.

Зрозуміло, що важливу роль у всіх цих процесах належить зворотному зв’язку, який, скажімо, в тій самій груповій психотерапії є багатостороннім і ніби об’єктивованим , бо здійснюється за принципом «всіх зі всіма». Пацієнт мовби бачить себе в багатостулчастому дзеркалі, що втілюється в соціальній перцепції учасників групи. Когнітивний дисонанс «Я – концепції» і «Я – перцепції» і виступає психологічним наслідком тієї самої «сшибки», пророблення якої пацієнтом приводить до розширення і диференціації образу «Я» і, в підсумку, до вибудовування більш адекватного його змісту. Рефлексивний матеріал, хоча і належить перед усім до особистісного «Я»пацієнта, включає в себе і міжособистісні аспекти, що стосуються розуміння інших людей, норм і стереотипів їх поведінки, а також взаємозв’язків психічних і соматичних процесів. Йдеться про володіння особистістю пацієнта психологічною культурою, в тому числі культурою міжособистісної взаємодії. Забезпечення розвитку психологічної культури особистості виступає не прямою (побічною), а іноді й безпосередньою, функцією особистісного і соціально-психологічного навчання у групі.

Очевидним є те, що групова психотерапія сприяє такому навчанню переучуванню пацієнтів, оскільки створює умови для реального емоційно насиченого спілкування, коли у всій повноті розкриваються психологічні особливості кожного учасника групи і надаються більш широкі можливості для порівняння власних відносин, настановлень і позицій з відносинами, настановленнями і позиціями інших людей. Таке порівняння сприяє не тільки більш глибокому розумінню самої себе, а й підвищенню сенситивності, ступеня прийняття цінностей і значущості інших людей, незважаючи на вияв поведінкових, емотивних і когнітивних, у тому числі ментальних, відмінностей. А це, в свою чергу, веде до оптимізації, редукування напруження і підвищення продуктивної компетентності пацієнта.

Тим часом коригувальний емотивний досвід включає в себе повторне проживання і аналіз своїх ранніх переживань – у тому числі стосунків у батьківській сім’ї і фактів та способів отримання і надання емоційної підтримки означає для пацієнта прийняття його психотерапевтом (або групою), визначення його людської цінності і значущості, унікальності внутрішнього світу і готовності розуміти його, виходячи з наявних в нього настановлень, цінностей і відносин. Надання самим пацієнтом емоційної підтримки іншим підвищує у нього почуття власної гідності і зміцнює впевненість у собі. Зміна ставлення до себе відбувається, з одного боку, під впливом нового знання про себе, а з другого, – в результаті зміни емоційного компонента само ставлення, що і забезпечується здебільшого завдяки емоційній підтримці.

В обох випадках емоційна підтримка справляє коригувальний і оздоровлю вальний вплив на один з найбільш чутливих компонентів системи відносин особливості, яким є само ставлення. Останнє, як відомо, практично завжди «страждає», перебуваючи в структурі невротичного «Я».

Таким чином, зміна самоставлення відбувається, з одного боку, під впливом нового знання про самого себе і розуміння себе пацієнтом, з другого, – завдяки емотивному компоненту само ставлення, що реалізується у процесах емоційної підтримки. До того прийняття пацієнта психотерапевтом (або групою) сприяє розвитку співробітництва, полегшує процес засвоєння пацієнтом психотерапевтичних норм, підвищує його активність і відповідальність у психотерапевтичному процесі, створює умови для саморозкриття. Групова згуртованість у психотерапевтичному процесі виступає своєрідним аналогом терапевтичного альянсу в індивідуальній психотерапії, забезпечуючи ще більш високий і багатоплановий рівень емоційної підтримки і саморозкриття.

Коригувальне емоційне переживання, як вже зазначалося, пов’язане також з повторним проживанням і переживанням пацієнтом свого травматичного досвіду. Створення в ході психотерапії різних емоційно насичених ситуацій відкриває можливості для того, аби відтворити в безпечній обстановці колишні способи комунікативних дій та поведінки в цілому, переосмисливши їх, і виробити нові, менш болісні.

Ще раз наголосимо: навчання в межах ООП здійснюється як безпосередньо, так і опосередковано. Група виступає одночасно і як дослідна лабораторія стосовно реальної поведінки пацієнта, і як своєрідний тренінгів полігон, діючи в межах якого він набуває нового, зцілювального досвіду, позбавляючись від колишнього, невротичного.

Вважаємо нашим обов’язком зауважити про таке: поза будь-яким сумнівом, описувана нами феноменологія і практика, будучи похідною від тодішньої методології і теорії, з висоти сучасності може виглядати як перелік загальних місць. Соціально підкреслимо: як і будь-які описи, що стосуються техніки безпеки, правил дорожнього руху або медичних протоколів, написані у прямому розумінні цього слова, кров’ю і ціною людських життів, так і описувана практика ООП, навіть створюючи враження, з висоти другого десятиліття ХХІ століття, загальних місць, була осягнена через засвоєння хворобливого, іноді травматичного, досвіду старших колег. Крім того, їм доводилося працювати в умовах ідеократичної системи організації суспільного життя. І справа тут навіть не в простій повазі до їхньої праці. Справа, скоріше, в тому, що ми за відомим висловом, стоїмо на плечах попередників, без зусиль яких був би немислимий сучасний етап розвитку ООП як такої.

Відтак, у тій системі ООП, яка була вироблена ленінградською школою в 70-80-ті роки, індивідуальна і групова форми розв’язують загальні психотерапевтичні завдання (розкриття і пророблення невротичного конфлікту, корекція неадекватних внутрішньо- і міжособистісних відносин, самооцінка, образ «Я») на підставі теоретико-методологічного підґрунтя праць В.М. Бехтерева і В.М. М’ясищева, але з широким використанням психотехніки сучасної зарубіжної групової психотерапії. При цьому індивідуальна психотерапія була і залишається більшою мірою орієнтованою на розвитковий аспект існування особистості з урахуванням актуальних життєвих ситуацій, а групова – на міжособистісні аспекти, але з урахуванням життєвої історії пацієнта.

З того часу склалися і були алгоритмізовані зумовлені професійно найбільш ефективні способи комунікативної поведінки психотерапевта в обох видах робіт. Так, в індивідуальній роботі з перших зустрічей він має бути не директивним, виявляти мінімальну активність, сприяти створенню довірливого контакту й емоційному розкриттю пацієнта. На наступних сеансах у міру з’ясування внутрішньої картини хвороби (ВКХ) і експірації пацієнтом його уявлення про неї, лікувальних очікувань і т.п., психотерапевт збільшував свою активність, вносячи необхідні корективи у ВКХ, обмірковування причин невротичних розладів і т. ін. Цей етап роботи, присвячений дихотомії «хвороба – особистість», важко переоцінити. Саме тут переплітаються у складний симптоматико-смисловий вузол зміст і форма невротичних проявів, спотворень відносин і хибних уявлень щодо соціокультурних настановлень, поведінкових норм й емоційних реакцій. Після опрацювання цих вихідних етапів, що мають по суті контакто-встановлювальний і діагностично-насичений характер не стільки навіть у клінічному, скільки в феноменологічному плані, поведінка психотерапевта, як і зміст його спілкування з пацієнтом, знову змінюється. Предметом обговорення стають вже не симптоми, а психологічні труднощі пацієнта. У процесі обговорення у свідомості хворого формуються ніби референтні точки відліку, спираючись на які він виробляє більш розумне, здорове ставлення до захворювання і до самого себе. Взаємини з пацієнтом поглиблюються, а сам психотерапевт займає місце партнера і помічника в самодослідженні власного внутрішнього, точніше навіть життєвого, світу «Я» пацієнта.

На завершальних етапах ООП психотерапевт знову інтенсифікує свої інтервенції аж до директивності з метою закріплення у свідомості пацієнта здорових способів сприймання, емоційного реагування і поведінки. Упродовж курсу психотерапії постійно реалізовувалися два взаємопов’язаних психологічних процеси: а) рефлексія, б) корекція. Перший, супроводжуючись часом інсайтом, веде до підвищення осмисленості справжніх джерел і причин невротичного розладу, другий – націлений на коригування системи значущих для пацієнтів відносин і вироблення більш адекватної поведінки, включаючи когнітивний та емотивний компоненти. В умовах ООП психотерапевт докладає всіх зусиль для забезпечення лікувальних закладів, синтезуючих у собі діагностику, консультування, психокорекцію і власне психотерапію.

Зрозуміло, що кожна схема, якщо перефразувати відому приказку, «кульгає». В певному розумінні кульгає і схема, представлена нами. Природно, що усвідомлення пацієнтом пускових механізмів захворювання має суто раціональний характер, тому без емоційного відригування, без вибудовування системи своїх ціннісних смислів, таке усвідомлення неефективне хоча б через те, що інтелектуалізація – один із захисних механізмів, за допомогою якого людина якраз відсторонюється, відгороджується від неприємної реальності. В цьому випадку усвідомлення і розуміння можуть виступати скоріше однією з умов власне психотерапевтичного дійства. Так само адекватні в одній ситуації системи смислів, ставши раптом травматичними в іншій, можуть бути не тільки причиною травматизації, а й спровокувати психосоматичне і навіть соматичне захворювання. Ця неоднозначність психологічної феноменології робить вищеописані, хай і схематично, способи психотерапевтичної роботи таким ж необхідним, як і досить складними у своїй реалізації. Проте саме в ленінградській школі вперше була сформульована ідея і зроблені практичні кроки у напрямку не просто формування, а саме поновлення уражених життєвих відносин особистісного «Я». В ході такого оновлення відносин пацієнта відбуваються три взаємопов’язані процеси. По-перше, усунення хворобливих реакцій. По-друге, пошук і вироблення з наступним закріпленням більш адекватних способів поведінки, в тому числі з використанням компенсаторних механізмів. По-третє, інтегрування здорових способів поведінки в оновленні особистісні позиції. Зрозуміло, що у зв’язку з делікатністю і психологічним навантаженням усіх цих процесів, останній потребує певного психотерапевтичного забезпечення. Можливість пошуку й апробація пацієнтом нових способів поведінки на підставі оновлених ціннісних смислів і настановно-емотивних засад передбачає підвищену увагу до питань психологічної безпеки процесу. Звідси одне з найважливіших професійних завдань – зробити можливою таку міру безпеки сетінга, групи, терапевтичного середовища в цілому, щоб пацієнт зміг реально закріпити, а потім і перенести оновлені способи поведінки в реальний світ.

З вказаних позицій трансформація відносин у системі «Я» ґрунтується на двох соціально-психологічних механізмах – ідентифікації й інтеріоризації. Взагалі ми схиляємося до думки, що з самого початку напрацювання і досягнення ленінградської психотерапевтичної школи як піонерські в цій галузі були зосереджені на спробах пророблення вказаних механізмів як основних засобів забезпечення саме патогенетичної психотерапії. Процеси видужування і формування нових патернів поведінки відбуваються з відомими труднощами, пов’язаними з опором пацієнта. Описаний ще З. Фрейдом опір є реальним клінічним феноменом, що виявляється там і тоді, де і коли зачіпаються болісні для людини смисли, дотик до яких словом або якось інакше вільно чи невільно викликає травматичні спогади, тим самим зумовлюючи оборонну реакцію. В контексті нашого дослідження є недоречним більш детальний опис механізмів опору, як втім, і вказаних вище механізмів ідентифікації і інтеріоризації. Варто лишень зауважити, що ця феноменологія вимагає від психотерапевта філігранної техніки володіння психотерапевтичними прийомами. Це особливо стосується корекції деструктивних і неадекватних форм поведінки. Напрацювання ленінградської психотерапевтичної школи є багатющим матеріалом, в якому конденсується безцінний досвід особистісно орієнтованої психотерапії, що синтезує в собі найбагатші традиції російської клінічної школи і західних технік психотерапії.

**2.3. Особистісно орієнтована психотерапія московської психотерапевтичної школи**

Попри умовність поділу на ленінградську і московську психотерапевтичні школи не викликає сумніву той факт, що упродовж ХХ століття, точніше його 20-х років, певні відмінності в психологічних і психотерапевтичних підходах не просто мали місце, а реально виявлялися, формуючи так чи інакше образ особистісної психотерапії, що асоціюється з певним ”genii locusi”. Розглянемо очевидні, на нашу думку, передумови і факти, що визначили обличчя саме московської психотерапевтичної школи в ХХ столітті. Певно, варто почати з того, що своєрідним вододілом тут стали 20-ті рр. минулого століття.

В той час, не зважаючи на наявні паралелі в науково-психологічному і науково-лікувальному існуванні двох столиць (створення в Ленінграді Бехтеревського психоневрологічного інституту і започаткування в Москві Невропсихіатричного інституту імені П.Б Ганнушкіна; плодотворна діяльність у Калтушах під Ленінградом І.П. Павлова і не менш плодотворна робота в Москві (на десятиліття пізніше) Н.І. Бернштейна; психологічна діяльність у Ленінграді С.Л. Рубінштейна і Б.Г. Ананьєва, а також В.М. М’ясищева, й інтенсивна робота в Москві А.Р. Лурія, Л.С. Виготського і О.М. Леонтьєва і т.п.), в самих основах розуміння психіки і особистості психогенного, екзогенного й ендогенного все-таки простежуються певні відмінності: в предметі дослідницької уваги, підходах до дослідження і тлумаченні психіки як такої. Яскравим прикладом вияву таких відмінностей може слугувати творча діяльність одного з основоположників московської психотерапевтичної школи С.І. Консторума (1890-1956). Вже в одній з своїх перших праць з психіатрії, опублікований в 1927 році під назвою «Кілька принципових і практичних зауважень про трудову терапію неврозів», С.І. Консторум стверджував і обстоював ідею і практику залучення пацієнтів у змістову діяльність. Надаючи важливого значення гіпнозу і сугестії взагалі, як це було прийнято в ті роки під впливом праць В.М. Бехтерева, І.П. Павлова, Ю.В. Каннабіха, а також зарубіжних психіатрів і неврологів О. Фохта, К. Бродмана, О. Дюпре й ін., С.І. Консторум під впливом перед усім Е. Кречмера і французької соціологічної та неврологічної думки поступово переходить на позиції раціональної психотерапії через роз’яснення і переконання (школа П. Дюбуа і П. Дежеріна). Потім він формулює, за його словами, «велику і складну проблему впливу на особистість у цілому, … виходячи з вимоги, що далеко виходить за рамки зцілення у вузькому розумінні слова, з вимоги інтелектуально-етичної перебудови особистості пацієнта» [98, с.64].

Поступово відштовхуючись від зарубіжних психологічних і психіатричних авторитетів, С.І. Консторум, як у свій час Л.С. Виготський, приходить до марксистсько-ленінського розуміння значущості діяльності як вирішального людського способу і життя в цілому, і здоров’я, зокрема. Це нове розуміння С.І. Консторум називає «активуючою психотерапією» і роз’яснює: «під активуючою психотерапією ми розуміємо сукупність таких заходів, які прагнуть усунути хворобливі явища, апелюючи до діяльності хворого» [98, с.68].

В цьому контексті доцільно висловити таке припущення: можливо нюанси відмінностей московської і ленінградської психологічної і психіатричної шкіл якраз і пояснюються тим, що ленінградське психіатричне і психотерапевтичне товариство тяжіє до германської клінічної традиції, тоді як, московські психологи і психіатри того часу виходили здебільшого з французької соціологічної і неврологічної думки (П. Жане, П. Дюбуа, Т. Рібо й ін.). при цьому і та й інша школи, хоча і з належною повагою, але все-таки досить критично, ставилися до творців психодинамічного напрямку. Але й тут, скажімо, В.М. М’ясищев набагато більше запозичив у А. Адлера, ніж той самий С.І. Консторум. Так само як Л.С. Виготський при численних посиланнях на Г. Мюнстерберга узяв за основу теорію П. Жане. Надзвичайно важливий той факт, що через історичні обставини ленінградські психологи, обравши діяльність наріжною категорією, під впливом С.Л. Рубінштейна переважне значення надавали субстанціальності цього поняття, в той час як школа Л.С. Виготського і О.М. Леонтьєва виділяла саме конструктивний бік цього поняття. Словом, субстанціонізм і конструктивізм – ось принципова сутність відмінностей двох психологічних шкіл, незважаючи на їх спільний марксистсько-ленінський дах. Існує ще одна відмінність, до розгляду якої ми повернемося пізніше. Наразі ж вкажемо на такий безперечний факт: московська психотерапевтична школа в особі одного з яскравих своїх представників С.І. Консторума позначила свої відмітні риси: а) упор на психотерапію активуючу, діяльні сну; б) увага до патогенної значущості афектів і патогенетичної психотерапії в цілому; в) прагнення до поєднаної біо- і психотерапії, що в принципі було б не можливим без врахування нейрофізіологічних і, особливо, біохімічних процесів.

Спеціального розгляду заслуговував би аналіз специфіки підходу С.І. Консторума, В.Є. Рожнова, М.Є. Бурно, Ю.І. Савенка, В.В. Макарова й інших до психотерапії окремих нозологічних груп захворювань. Однак це вимагає окремого дослідження. Наразі ж у нас викликають інтерес специфіка і досягнення саме московської психотерапевтичної школи в цілому не стільки у плані підходів до приватної психотерапії, скільки у плані методології і теорії школи. На підставі принципових поглядів С.І. Консторума неважко простежити подальші магістральні шляхи ООП від її традиційних форм до більш сучасних.

Датувавши ранній початок сучасного етапу ООП другою половиною 70-х рр., згадаємо про знаменну подію тих років – велелюдний форум, присвячений проблемам свідомості й несвідомого. Цей форум, що відбувся в 1979 році у Тбілісі, став своєрідною віхою, яка позначила стан справ і в галузі психології, і водночас, у психотерапії того часу. До цього форуму саме представники московської школи психотерапії В. Рожнов і М. Бурно підготували статтю: «Вчення про несвідоме і клінічна психотерапія: постановка питання», в якій знайшло своє відображення положення провідних московських психотерапевтів того часу про взаємозв’язки методів психотерапії і специфіку особистісного «Я» пацієнта. В ній йшлося і про сукупність його захисних механізмів та реакцій в єдності психосоціальних і біологічних структур організму. Можна сказати, що з цього часу остаточно викорінюється нав’язана всупереч здорового глузду і волі його творця «єдине правильне вчення про ВНД». У Москві, як раніше в Ленінграді, настав вельми бурхливий період офіційного ознайомлення і широкої експансії популярних на той час на Заході психотерапевтичних методів. І знову можна виокремити стосовно діяльності московських психотерапевтів такі тенденції. Це, по-перше, поглиблення клінічних підходів, розвиток стратегії приватної психотерапії, окресленої ц працях С.І. Консторума і М.Є. Бурно. По-друге, розвиток когнітивно-поведінкової психотерапії у діяльності Ю.С. Шевченка, І.С. Павлова, Р.Д. Тукаєва й ін. По-третє, переважна увага до модерністських напрямків ООП здебільшого екзистенціально- феноменологічної спрямованості. Оскільки перші з вказаних напрямків тісно пов’язані з великою психіатрією, ми зупинимося тут на третьому напрямку, бо він відзначається універсальністю, можливістю застосування його надбань і до психотерапії здорових, і до психотерапії невротиків і, що найважливіше, зосередженістю саме на особистісних порушеннях і дисфункціях поза психіатричним контекстом. При цьому вважаємо за свій обов’язок окремо виділити так звану онтогенетично орієнтовану психотерапію Ю.С. Шевченка. Адже в ній найбільш яскраво виявляються ті риси, які так само можна віднести до специфічно московської традиції, що асоціюється також з виготскіанством, бо тут явно проступає інструменталізм Л.С. Виготського, сприйнятий ним від поведінкової психології, але ніби замаскований в оболонку діяльнісного підходу. Тим часом в онтогенетичній психотерапії Ю.С. Шевченка це поведінкове начало виступає зовсім чітко, поза будь-якою хибною солідаризацією. В цьому випадку це особливо важливо, оскільки Ю.С. Шевченко працює саме з підлітками. Відтак, наукова об’єктивність і результативність роботи, покладені в основу, перемогла концептуальну оболонку й ідеологічні настановлення [див.: 261; 262].

Теоретичним підґрунтям онтогенетично-орієнтованої психотерапії є положення про те, що мозкові структури модифікуються під впливом спеціально вибудованої моторної активності. На думку розробників конструктивно-кондуктивної моделі психотерапії, коли йдеться про процес визрівання і формування психіки (а в загальному контексті – і особистості підлітка) з інтенсивним перебігом, то ідеальною моделлю остаточного результату психотерапії є не поновлення (навіть у поліпшеному варіанті) того, що було до хвороби або декомпенсації, а приведення людини до того стану зрілості, гармонійності та життєстійкості, які б склалися у неї у разі нормального розвитку, не обтяженого хворобою. В контексті нашої роботи це положення є, на нашу думку, надзвичайно значущим: і не тільки тому, що в методологічному плані бере свій початок в ідеях С.І Консторума про психологічний вплив на пацієнта шляхом його моторної активації, а й тому, що зовсім точно формулює вимогу не **відтворювати**, а створювати нову здорову онтогенетичну або поведінкову функцію, можливості якої визначаються зоною найближчого розвитку, тобто допустимими можливостями і потрібними психологічними зусиллями.

Принциповою ідеєю онтогенетично орієнтованої психотерапії є гармонізація особистісної структури пацієнта за рахунок поєднання двох різноспрямованих процесів: оживлення онтогенетично ранніх форм спілкування й активне включення їх у процес адаптивної добудови психіки.

Реконструктивно-поведінкова психотерапія справляє розвивальний вплив на потребово-мотиваційну, когнітивну, соціально-комунікативну і вольову сфери пацієнтів у трьох просторово-часових вимірах («тут і зараз», «там і тоді», «скоро і поблизу»). Тривимірність онтогенетично орієнтованої психотерапії дає змогу пацієнту за порівняно короткий період природного експерименту прожити життя, насичене минулими раніше або ще не здійсненими подіями, здатними зміцніти особистісне «Я».

Розроблена в межах онтогенетично орієнтованої (реконструктивно-кондуктивної) психотерапії м методика онтогенетично орієнтованої інтенсивно-експресивної психотерапії і психокорекції (ІНТЕКС) являє собою 9-денний цикл емоційно-стресового діяння на групу хворих і їх батьків з метою ліквідації нервово-психічних відхилень, а також забезпечення їх первинної профілактики [280].

Основними принципами методики ІНТЕКС є:

1. залучення у психотерапевтичний процес всієї сім’ї й обов’язкова активна участь у групових заняттях як мінімум одного родича;
2. наочно-почуттєва діагностика проблем пацієнта для нього самого і його близьких з метою підвищення власної відповідальності за свої рішення;
3. емоційно-стресовий характер лікувального процесу, під час якого небезболісно відбуваються оголення і прояв максимальної експресивності психотрамвуючих конфліктів, які перекриваються подіями, насичують життя пацієнта відчуттям свята, подвигу, творчого горіння;
4. рівноправність і партнерство всіх учасників групи незалежно від віку згуртовує групу в єдиний, гуманістично спрямований колектив;
5. постійний зворотний зв’язок терапевта і членів групи у формі дискусій, діалогів і щоденних письмових звітів;
6. поєднання групового характеру лікувального процесу з індивідуалізацією його завдань відповідно до клінічної, соціально-психологічної і педагогічної діагностики кожного пацієнта-клієнта;
7. єдність вербальних і невербальних форм експресії та взаємодії;
8. взаємопроймання лікувальних, виховних, навчальних та рефлексивно-аналітичних прийомів психотерапії і психокорекції, спрямованих як на патогенетичні механізми порушень (включає їх психогенні, енцефалопатичні і дизонтогенетичні ланки), так і на окремі симптоми особистісної аномалії;
9. поєднання інтимно-емпатійних, директивно-маніпулятивних, недирективно-демократичних і піднесено-надихаючих форм поведінки психотерапевтів;
10. активне самопізнання через пізнання інших з метою корекції самооцінки й оптимізації процесу саморегуляції;
11. системний підхід до проблем пацієнта та його сім̓ ї (інтрапсихічна динаміка клієнта здійснюється в контексті екстра-психічних змін його мікросоціуму);
12. досягнення інсайту через позитивний регрес й інтенсивне засвоєння функціонально-особистісної зони найближчого розвитку (батьки, граючи з дітьми, ідентифікують себе з ними, залишаючись дорослими, діти ж у ситуації рівноправної взаємодії підносяться у напрямку дорослості).

Безумовно, виокремлення шкіл є певною умовністю. Слушно заперечити: хіба ж можна говорити тільки, скажімо про ленінградську і московську школи психотерапії поза такими постатями, як А.Є. Алексєйчик або В.Ю. Зав’ялов? Хоча перший працює у Вільнюсі, а другий – у Новосибірську. Однак нас цікавлять історичні джерела традиції: вони не можуть накладати певні рамки на тих, так чи інакше до них прилучається. Тому ми розраховуємо на прихильну увагу і поблажливість колег стосовно хай і досить розмитим, але все ж чітко відчутними межами так званої практичної психології з її психологічними тренінгами комунікативної компетентності, сенситивності, окремих навичок і т.п., включаючи, безумовно, психологічне консультування. Аби безпечно проскочити між Сциллою психотерапії і Харібдою практичної психології, орієнтуватимемося по-перше, на поняття «психологічна допомога». Як найбільш компромісне в цьому контексті і, по-друге, відмежуємо все, що не має відношення до усунення психологічної симптоматики і до психологічної корекції особистісних розладів та аномалій і, власне, захворювань. За таких умов ми зможемо зосередитися на головному: що і як було в реальності досягнуто представниками московської школи у галузі ООП.

На нашу думку, тут можна виділити три когорти психологів, котрі мають відношення до сучасної (модерної, але не модерністської ) ООП: теоретики (Д.А. Леонтьєв, А.І. Сосланд, В.Н. Цапкін й ін.); теоретики, що поєднують теоретизування з практикою (Ф.Є. Василюк, А.Б. Орлов, А.Ф. Копьєв і ін.) і практики (А.М. Кроль, Є.А. Лопухіна, Є.Т. Соколова, А.В. Черніков і ін.).

Якщо не удаватися в подробиці, найбільш яскравою постаттю, що поєднує в своїй роботі теоретичне осмислення ООП, вихідні концептуальні джерела та їх практичне застосування, виступає мабуть професор Ф.Є. Василюк. Заявивши себе продовжувачем діяльнісного підходу Л.С. Виготського і О.М. Леонтьєва, Ф.Є. Василюк з виданням у 1984р. своєї книжки «Психологія переживання» послідовно реалізовував у теорії і на практиці головну свою ідею – про те, що переживання не є певним психічним станом, але являє собою «пере-живання», тобто особливу діяльність з смислопородження, спрямовану на відновлення уражених і створення нових конструктивних смислів життя. Концептуально, з заявлених позицій, проаналізувавши основні різновиди «пере-живання», автор у просторі своєї понятійної системи чітко позначив їх, як «стрес», «фрустрація», «конфлікт», і «криза». При цьому він сконструював чотири типи стратегій переживання, в підґрунтя яких була покладена ідея Е. Гуссерля про «життєвий світ», а самі чотири типи в підсумку вражаюче збігаються з виділеними ще К.-Г. Юнгом чотирма типами особистості – сенсорним, мислитель ним, етичним й інтуїтивним.

В подальшому Ф.Є. Василюк розробив концепцію так званої «розуміючої психотерапії» в якій синтезував апробовані ним раніше феноменологічні ідеї та принципи мисле-діяльнісної школи Г.П. Щедровицького. Потім, відчуваючи, певно, надмірну інтелектуалізацію своєї концепції, Ф.Є. Василюк звернувся до релігійних мотивів та засобів психологічної допомоги, ввівши до консультативного процесу молитву.

І тут ми підійшли до найістотнішого питання – співвідношення медичної і психологічної моделей психотерапії. Зовсім не прагнучи применшити значущість філігранних методологічних і теоретичних побудов Ф.Є. Василюка, зауважимо, втім, що вона повністю належить психологічній моделі психотерапії. Незважаючи на те, що між медичною і психологічною моделями прірва не пролягла, бо їх об’єднує орієнтація на допомогу людині в її стражданнях (див.: Бурлачук й ін. 2003, с. 11), все-таки було свого роду самовпевненістю випустити з уваги той факт, що психологічні проблеми потребують для свого вирішення у людей практично здорових, але таких, котрі опинилися у життєво складній чи навіть трагічній ситуації – тим паче у пацієнтів соматичного або психіатричного стаціонару, відмінних один від одного способів роботи – чи то назвати їх «переживанням» чи «допінг-стратегіями».

Завершуючи цю главу, ми залишаємо відкритим позначений нами майданчик для подальших розробок і дослідження.

Наразі наше завдання – здійснити орієнтування у процесах і підходах, що становлять загальне і відмінне, типове і своєрідне в досягненнях української школи психотерапії в тому вигляді, в якому вона склалася до кінця ХХ – початку ХХІ століття в Києві, Харкові і Одесі.

**2.4. Джерела і сучасний стан особистісно орієнтованої психотерапії української психотерапевтичної школи**

Сказати, що Київ, Харків і Одеса є великими психотерапевтичними центрами – не сказати нічого. Правильним було б констатувати, що на території сучасної України з часів Російської імперії існувало принаймні три психологічних центри загальноросійської значущості: Одеса, Київ і Харків. Дореволюційна Одеса тісно пов’язана з творчістю М.М. Ланге, в той час як дореволюційний Київ – з творчістю А.І. Сікорського і В.А. Чижа. Харків, ставши столицею соціалістичної України, в 20-30-ті роки перетворився на потужний центр психологічних і неврологічних досліджень, близько асоціюючись зі школою Л.С. Виготського і О.М. Леонтьєва, діяльністю А.І. Соколянського і неабиякими соціокультурними традиціями, закладеними ще з часів М.Я. Данилевського.

До нашого часу, якщо додержуватися накресленої нами лінії хронологічного поділу, датованої кінцем 70-х – початком 80-х років минулого століття, українська особистісно орієнтована психотерапія – як і в її медичному прояві, так і в психологічних моделях – дістала потужний імпульс розвитку, спираючись на багатий досвід минулого і завдяки нинішньому широкому обміну теоріями і практиками.

Цілому поколінню колег добре відома книжка А.П. Слободяника «Психотерапія. Навіювання і гіпноз», що вийшла друком ще в 1968 р. у Києві. З тих пір звернення до особистості хворого, врахування особливостей різних шкіл, напрямків і можливостей, що з них випливають, вельми істотно збагатили вітчизняну теорію та практику. Такого стану справ досягнуто і завдяки працям українських лікарів і психологів. Слід зазначити, що в Україні питання надання психологічної допомоги людям з психосоматичними і соматичними захворюваннями завжди були в центрі уваги. Згідно з оцінками різних авторів, близько 70% пацієнтів соматичного стаціонару потребують психологічної і психотерапевтичної допомоги.

Варто визнати, що останніми роками проблемам психології і психотерапії особистості при соматичних захворюваннях стали приділяти в нашій країні особливу увагу. Це пов’язано з недавнім уведенням в систему медицини нової спеціальності «лікар-психолог». Ця заслуга належить авторитетному українському психологові академіку С.Д. Максименку, за ініціативою якого був відкритий в 2001 році факультет медичної психології при НМУ імені О.О. Богомольця і започаткована спеціальність «медична психологія». Все це плодотворно вплинуло на розвиток сучасної медичної психології і психотерапії в Україні.

На підставі існуючих матеріалів можна стверджувати, що з усіх загальновизнаних психосоматичних захворювань (бронхіальна астма, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, ессенціальна гіпертонічна хвороба, гіпертиреоз, ревматичний артрит, атопічний дерматит) в Україні найбільш детально розроблені питання психотерапії особистості при серцево-судинних (зокрема, гіпертонічній хворобі) і гастроентерологічних (здебільшого виразкових) захворюваннях, а також частково при ревматоїдному артриті. Існує величезна кількість окремих досліджень психологічних особливостей цих категорій пацієнтів. Інакша ситуація склалася у питаннях, що стосуються людей з такими захворюваннями, як бронхіальна астма, нейродерміт і тиреотоксикоз.

Можна зробити припущення про взаємозв’язок між рівнем захворюваності і ступенем розробленості теми певних хвороб. Але такий висновок ставиться під сумнів через те, що в Україні, згідно з офіційними даними, найбільш поширеними є захворювання дихальних шляхів – зокрема, бронхіальна астма. Разом з тим більшість авторів відзначає, що останніми десятиліттями спостерігається стрімке зростання розладів саме серцево-судинної і гастродуоденальної систем. На підставі сказаного зробимо наразі стислий огляд досліджень з вищезгаданих питань.

На використанні психотерапії в комплексному лікуванні та реабілітації ревматологічних хворих, як відомо, зосереджувала свою увагу К.М. Амосова із співавторами. В однойменній публікації 1995 року йдеться, зокрема, про те, що за два роки існування кабінету психотерапії в ревматологічному центрі ЦДКЛ була обстежена значна кількість хворих ревматологічного профілю. Поряд з клінічними і лабораторними методами використовувалися також патопсихологічні тестові методики: опитувальники Кеттелла й Айзенка, проективні методики (тест Люшера і метод піктограм). На підставі узагальнених результатів дослідження були створені орієнтовні психологічні портрети хворих на ревматоїдний артрит. Таким чином, вищезгадана категорія пацієнтів характеризується: трофотропними тенденціями, ригідністю, схильністю до продукування надцінних ідей, тенденцією до інтровертивності, переважанням інтропунітивних реакцій, субдепресивним фоном настрою, у внутрішній картині хвороби нерідко мала місце анозогнозія [13].

В комплексі лікувальних заходів (з урахуванням клінічного синдрому) автори пропонують індивідуальні та групові психотерапевтичні методи (гетеро тренінгові, оригінальні методики).

Результати терапії оцінювалися за динамікою результатів клінічних і лабораторних методів дослідження, даних патопсихологічних тестів, на підставі ефективності психотерапії Б.Д. Карвасарського. У підсумку К.М. Амосова узагальнює: частота й інтенсивність неврозоподібних проявів зменшилася в середньому на 23%, що підтверджує доцільність використання психотерапії цієї категорії хворих.

У більшості досліджень гастродуоденальної сфери лейтмотивом проходить інформація про те, що останнім часом спостерігаються істотні зміни в уявленнях про етіологію хронічних захворювань органів травлення. Справа в тому, що, незважаючи на факт активної розробки препаратів, які дійсно дають змогу позбавитися від хронічного гастриту і виразкової хвороби, рівень захворюваності в усьому світі не падає, а, навпаки, зростає. І причиною цього є однобічний підхід, за допомогою якого неможливо цілісно і всебічно оцінити хворобу. Це той варіант, коли лікувати треба не хворобу, а хворого. Згідно з думкою сучасних дослідників, саме психологічні фактори займають найважливіше місце в етіопатогенезі цієї категорії захворювань.

Психотерапія особистості в такому випадку передбачає початкове визначення психологічних особливостей хворих, а саме: особливостей психологічного реагування і структури та змісту внутрішньоособистісного конфлікту. А.В. Михальський спільно з співавторами пояснюють це таким чином: моторика, кровопостачання і секреція шлунка тісно пов’язані з діяльністю вищих нервово-психічних центрів і, тим самим, з ефективним станом. Агресивність і злість прискорюють проходження їжі через шлунок, а страх або сильні емоції сповільнюють його. На думку авторів, агресивне середовище, хронічні страхи і конфліктні стани, підвищуючи шлункову секрецію, здатні викликати зміни з боку слизової оболонки шлунка. Змінена слизова оболонка стає уразливою: навіть незначна травма може спровокувати ерозію або виразку. Таким чином, тісна залежність метаболічних змін у слизовій оболонці шлунка і стресогенного впливу є цілком очевидною [165].

Зауважимо, що досліджень, спрямованих на вивчення особистості гастроентерологічного хворого з метою подальшої розробки алгоритму психотерапевтичної допомоги, досить багато. В цьому огляді ми орієнтуємося на дослідження, проведені нещодавно. Так, дослідження особистості, здійснене А.В. Михальським і А.І. Шинкарюк за допомогою опитувальника ММРІ, свідчить про різні порушення нервово-психічної сфери. Автори твердять, що найчастіше спостерігалися сукупні зміни за шкалами паранояльності, депресії, іпохондрії і шизоїдності. Ці автори характеризують хворих на хронічний гастрит як уразливих, підозрілих, ворожих щодо оточення, з тривожними переживаннями стосовно свого здоров’я, почуттям безпорадності, невпевненості в собі, підвищеною чутливістю паралельно з емоційною холодністю та відчуженням у міжособистісних відносинах. Подібні дані представлені і в дослідженні В.В. Гончарова [62].

У процесі створення психологічних портретів хворих на хронічне захворювання гастродуоденальної зони з наступним вибором адекватних психотерапевтичних корекційних програм І.В. Іваніна з співавторами визначили такі типологічні особливості: високий нейротизм, підвищена тривожність, домінування таких реакцій, як провина й образа [192].

Розроблена авторами психокорекцій на програма включала в себе такі методи, як арт-терапія, гештальттерапія, тілесно-орієнтована терапія, рефлексивно-діагностичні розставлення, системна сімейна психотерапія. На думку дослідників, ці методи є найбільш адекватними, оскільки вони передбачають ознайомлення пацієнта зі своїм тілом і, відповідно, зі своєю хворобою, власними почуттями. Особлива увага в цьому випадку приділяється роботі усунення тривожності. За допомогою арт-терапевтичних методів можливе відображення свого больового симптому. Гештальт-прийоми сприяють розвитку рефлексії.

Дослідники наголошують на тому, що впровадження розробленої ними програми мало високу ефективність, яка виражалась передусім у продовженні часу ремісії і скороченні числа рецидивів (там само).

Тим часом у проблемі впливу психологічного стану на фізіологічну сферу, як згадувалося вище, найбільш розробленими в Україні є питання захворювання серцево-судинної сфери. Це пояснюється таким чином. Встановлено, що серцево-судинна система є найбільш чутливим ефекторним органом, який відображає психологічний стан пацієнта. У зв’язку з цим А.І. Кудінова відзначає, що зовнішні фактори можуть призводити до різних нозологічних станів: розвиток ішемічної хвороби серця, де присутнє реальне ураження органа, або соматоформні вегетативні дисфункції серцево-судинної системи без озак як таких [119].

Аналіз існуючих на сьогоднішній день даних наукових досліджень, проведених в Україні за останні двадцять років, дає можливість узагальнити стан справ і представити «середньостатистичний» психологічний портрет пацієнта, котрий страждає серцево-судинними захворюваннями. Автори відзначають, що досліджувані зазвичай характеризувалися поєднанням сентизитивності, конформності, лабільності і тривожності, поганим самопочуттям і настроєм, відсутністю спонтанності, низьким рівнем енергопотенціалу, слабкістю «особистісного стержня». Крім того, В.В. Бабич говорить про «фрустрацію фізичної і соціальної активності особистості» [21]. Спираючись на результати власних досліджень, вищеназваний автор розробив систему психотерапевтичної роботи з пацієнтами із серцево-судинними захворюваннями – зокрема, з хворими на гострий інфаркт міокарда. Він підкреслює, що при розробці подібних програм важливо враховувати особливості лікувального процесу в установі, перебіг основного захворювання, а головне – «мішені» психотерапевтичного впливу. Кінцевою метою такої психотерапії автор бачить зміну активної життєвої стратегії хворого.

Запропоновано чотирьохетапний алгоритм психотерапевтичного впливу:

1. седативно-адаптивний етап (формування комплайєнса, профілактика);
2. психодіагностичний етап (визначення «мішеней» психотерапевтичного впливу за допомогою психодіагностичного інструментарію);
3. лікувально-коригувальний етап (активна психотерапевтична інтервенція (індивідуальна і групова) за допомогою казуальної, сімейної, когнітивно-біхевіоральної психотерапії, спрямованої на створення умов для зміни життєвої стратегії);
4. профілактично-підготовчий етап (рекомендації з супроводу зміни життєвих стратегій за допомогою того самого психодіагностичного інструментарію).

Разом з тим Ю.А. Корягін спільно із співавторами у своїх публікаціях підкреслюють той факт, що у кардіологічних хворих головним патогенним фактором, який формує невротичну реакцію та в подальшому може стати причиною інвалідизації, є страх смерті [106]. Автори пропонують як варіант вирішення проблеми методи психотерапії, спрямовані на купірування афекту страху – елементи колективно-групової психотерапії, естетопсихотерапії, раціональної бібліотерапії.

Таким чином, ми розглянули найбільш відомі дослідження, що стосуються психотерапії психосоматичних хворих на ревматоїдний артрит, серцево-судинні захворювання і розлади гастродуоденальної сфери.

Нижче наводимо перелік і опис досліджень з тієї самої проблематики, але безвідносно до конкретного виду психосоматичного розладу.

Одним з фундаментальних досліджень, спрямованих на віднайдення нових ефективних методів психотерапії пацієнтів з психосоматичними захворюваннями, є дослідження В.І. Коростія [104]. Автор бере за основу ідею про те, що пацієнти з психосоматичними захворюваннями особистості, які призводять до їхнього розвитку, потребують корекції психічного стану в першу чергу. В цьому випадку найбільш ефективним методом є психотерапія. Цінність цієї роботи зумовлюється і тим, що в ній здійснюється аналіз саме практичної сторони цього питання і розкриваються найбільш поширені проблеми психотерапії психосоматичних хворих. Серед цих проблем, зокрема, такі: труднощі в установленні психотерапевтичного контакту; вибір методів; менша, ніж у пацієнтів з невротичною патологією, ефективність традиційних психотерапевтичних підходів.

Метою дослідження були розробка й апробація принципів диференційованої, патогенетично обґрунтованої психотерапії непсихотичних психічних розладів при психосоматичних захворюваннях у молодих осіб на підставі комплексного вивчення клініко-психопатологічних та психологічних особливостей і патогенетичної ролі в розвитку і перебігу психосоматичних захворювань [102;103].

Дослідження здійснювалося на вибірці з 956 чоловік з такими психосоматичними захворюваннями, як бронхіальна астма, виразкова хвороба, артеріальна гіпертензія. Для розв’язання завдання дослідження були використані такі методи: клініко-анамнестичний; клініко-психопатологічний; психодіагностичні – тест ММРІ, колірний тест Люшера, Торронтська шкала алексітимії, тест агресивності Басса-Даркі, тест антиципаційної здатності В.Д. Менделевича, методика оцінки типів ставлення до хвороби, методика виявлення переважаючих механізмів психологічного захисту.

В результаті психодіагностичного дослідження були встановлені особистісні особливості пацієнтів усіх клінічних груп.

Узагальнення результатів дослідження дало змогу авторові з’ясувати, що характерні особливості хворих на психосоматичні розлади визначаються комбінацією високого рівня вираження алексітимії, низькою продуктивністю психологічного захисту, порівняно високою прогностичною здатністю, високими показниками опосередкованої агресії та індексу ворожості. Власне, сукупність вищевказаних психологічних особливостей і визначає основні підходи до психотерапії осіб з психосоматичними розладами.

Дослідник запропонував три етапний психотерапевтичний алгоритм.

1. «Кризовий» етап. Відмітною особливістю цього етапу є високий рівень тривожності пацієнта, виразність соматичних симптомів хвороби. Автор пропонує такі психотерапевтичні методи (особливо для зниження тривоги), як аутогенне тренування, тренінг навичок психічної саморегуляції, раціональна та когнітивна психотерапія, гіпносугестія і не директивний гіпноз.
2. «Базисний етап». На цьому етапі здійснюється робота з алексітимічністю й агресивністю. Відповідно метою є навчання пацієнта вербалізації і прояву агресії. Використовувані методи: гештальт-терапія, арт-терапія, поведінкова терапія.
3. «Відновлювальний» етап. Цей етап є найбільш тривалим. Його мета – розвиток більш ефективних допінг-стратегій, підвищення рівня соціальної адаптації [102; 105].

У підсумку автор наголошує на значущості саме раннього втручання на етапі функціональних психосоматичних порушень, а також правильної діагностики патогенетичних (значущих у розвитку) психосоматичних реакцій, психологічних особливостей та їх патогенетичної корекції.

Це дослідження є одним з найбільш масштабних в Україні. На нашу думку, вищеописана схема психотерапії особистості може бути застосована до різних психосоматичних розладів, бо є універсальною.

До того для перебудови психосоматичних співвідношень найбільш ефективним є, на думку дослідника І.М. Сарвір, застосування комплексної диференційованої системи психотерапії, яка включає в себе як класиичні методи раціональної і гіпносугестивноїтерапії, так і не директивні методи: Еріксонівський гіпноз і НЛП [217]. Пріоритетним напрямком у цьому випадку є корекція соматичного стану з наступним діянням на так звані «анксіозні стани»: наприклад, дезактуалізація страхів з подальшою нормалізацією соматичного стану.

Диференційоване застосування психотерапії сприяє перебудові структури особистості хворого з анксіозними станами, нормалізації психічного стану, дезактуалізації страхів, зниженню рівня невротизації та тривожності, значному підвищенню рівня соціально-психологічної адаптації і нормалізації соматичного стану як результату перебудови психосоматичних відношень.

Для аналізу проблеми психотерапії особистості при психосоматичних розладах особливо цінними є матеріали міжнародної конференції «Психосоматичні розлади. Психотерапія», яка відбулася в Буковинському державному медичному університеті в м. Чернівці [192]. Факт організації науково-практичної конференції з питань психотерапії психосоматичного хворого вже свідчить про активну розробку цих питань в Україні. В межах цього заходу було представлено багато доповідей. Але особливо вагомою була доповідь Н.С. Карвацької пр. актуальні питання надання психотерапевтичної допомоги хворим на психосоматичні розлади. Зокрема, надзвичайно цінною була порада авторки звернути увагу на низку специфічних особливостей при роботі з психосоматичним хворим.

По-перше, дослідник підкреслює, що традиційні підходи до психотерапії психосоматичних розладів директивно потребують активізації особистості, перебудови життєвих орієнтацій і само ставлення, тим самим викликаючи у хворих психологічний опір, особистісне неприйняття і негативне ставлення до представників медицини.

По-друге, слід звернути увагу на такий аспект, як взаємодія в системах: «хворий – лікар», «хворий – його сім’я», «лікар – сім’я хворого». Ці відносини відіграють значну роль у зціленні хворого.

По-третє, у процесі психотерапевтичної взаємодії важливо визначити взаємозв’язок соматичних симптомів і психологічних конфліктів, які приховуються за ними. Завдання полягає в тому, щоб дати відповідь на запитання, які особистісні риси пацієнта справляють вплив на хвороботворний процес, розробити конкретний підхід до лікування з урахуванням зовнішньої і внутрішньої реальності хворого [192].

На підставі вищевикладених аспектів автор зазначає, що головним завданням роботи з пацієнтами психосоматичного профілю є усунення страху, тривоги і психоемоційного напруження, корекція неправильних настановлень хворого щодо лікування, попередження невротичних реакцій і ятрогенних станів. Дослідник також вказує на велике практичне значення того факту, що деякі психічні розлади можуть не усвідомлюватися хворими або дисимілюватися. Підтвердженням цього є те, що хворі, як правило, відмовляються обговорювати можливість психологічної зумовленості соматичних симптомів – навіть у разі наявності яскраво виражених депресивних або тривожних станів. Попри це психотерапія є однією з базових форм допомоги психосоматичним хворим. При цьому використовується весь спектр психотерапевтичних методів, серед яких раціональна психотерапія, аутогенне тренування, гіпнотерапія, групова, аналітична, біхевіоральна, позитивна, клієнт-центрована терапія і т.п.

За призначенням такі методи можуть бути відволікаючими і седативними, психорегулювальними і дезактуалізувальними, компенсуючими, психозахисними, потенційними і пролонгованими.

Диференційований підхід до кожного хворого дає змогу обирати конкретний вид психотерапевтичної допомоги.

Автор стверджує, що досвід застосування методів психотерапії при лікуванні хворих психосоматичного профілю свідчить про їх високу ефективність, яка виявлялася у зменшенні страху, тривоги, і психоемоційного напруження, зникненні психосоматичних симптомів у хворого.

На завершення мовилося, що своєчасний вияв і адекватна діагностика психосоматичних захворювань мають вирішальне значення для успішної терапії і сприятливого прогнозу захворювання.

Таким чином, матеріал дослідження Н.С. Карвацької по праву може стати універсальним керівництвом для спеціалістів, котрі працюють у сфері психосоматичної психотерапії.

Сказане дає можливість впевнитися: попри те, що медична психологія в Україні є досить молодою галуззю, вже існують праці, без яких важко уявити нинішню науку і практику. Інша справа, що окремою проблемою сьогодення є більш високий рівень розробки питань специфіки психотерапевтичної допомоги людям з психіатричними та психосоматичними захворюваннями, ніж пацієнтам з соматичною патологією. Як згадувалося вище, найбільш вивченою в Україні є проблематика гастродуоденальних і серцево-судинних захворювань. Про це, зокрема, свідчить багато окремих і дисертаційних досліджень, наукових статей і т.п. Проте наголос у них робиться на вивченні саме особистісних характеристик, психогенних причин соматичних патологій, а питання психотерапевтичного впливу часто випускаються з уваги.

Не менш гостро стоїть питання про психотерапію особистості при наявності хронічних захворювань. Причиною цього є специфіка таких захворювань. Ця специфіка полягає в тому, що перебіг подібної хвороби не має часових меж, хворобливий розлад не минає, а, навпаки, супроводжує людину протягом життя. За такого виду захворювань, як правило, немає надії на повне позбавлення від нього; можливе лише часткове поліпшення і підтримка задовільного стану. Таким чином, людині лишається примиритися і «жити разом» з хворобою. Через те, що далеко не кожному пацієнту дається це легко, психотерапія в цьому разі покликана допомогти хворому жити зі своїм недугом так, аби відчувати якомога менше обмежень і функціонувати оптимальним чином.

Автори зазначають, що ігнорування ролі психотерапії в цьому випадку нерідко стає причиною передчасної інвалідизації. І, як показує досвід інших країн, наявність ефективної системи комплексної реабілітації за участю психотерапевта дає змогу пацієнтам практично не змінювати способу життя через захворювання [287]. Дослідники підкреслюють необхідність психотерапії в системі реабілітації такого пацієнта. Це особливо важливо через той факт, що зазвичай всі зусилля лікарів зосереджені на лікуванні основного захворювання.

На підставі узагальнення результатів дослідження можемо стверджувати про недостатність в українській медичній психології фундаментальних досліджень у галузі психотерапії психосоматичних хворих і людей з хронічними захворюваннями. І це тоді, коли існує достатня кількість окремих досліджень, які повторюють один одного і стосуються особистісних особливостей пацієнтів психосоматичної категорії. Справа в тому, що абсолютна більшість з них спрямована на діагностику психогенних причин соматичних захворювань, а не на аналіз та розробку психотерапевтичного процесу.

При цьому було б безперечним недоглядом з нашого боку хоча б побіжно не торкнутися напрямку розвитку і діяльності «неклінічної» психотерапії, тобто психологічних її моделей у тому вигляді, в якому вони з’явилися упродовж останніх десятиліть. Тут, певно, варто особливо відзначити діяльність харківського психолога-психотерапевта А.С. Кочаряна та його співробітників, роботу київського психолога-психотерапевта О.Ф. Бондаренко. Слід також вказати на те особливе місце, яке займають у цій галузі два найбільших центри з підготовки медичних психологів: маємо на увазі факультет медичної психології НМУ імені О.О. Богомольця і психологічний факультет КНУ імені Т.Г. Шевченка. Своєрідним синтезом харківської та київської шкіл у професіоналізації практикуючих психологів може слугувати колективний підручник «Психотерапія: підручник для вузів» за загальною редакцією професора Л.Ф. Бурлачука, що витримала до нашого часу вже третє видання.

Якщо ж звернутися до більш конкретного опису специфіки особистісно орієнтованої психотерапії, то маємо констатувати ті її особливості, які певною мірою аналогічні процесам, що відбуваються в цій сфері в Санкт-Петербурзі і Москві. В Україні так само велику увагу приділяють психологи роботі у поза клінічній галузі (О.Ф. Бондаренко, П.В. Лушин, А.С. Кочарян, П.Г. Горностай, Я.Л. Обухов, З.Г. Кісарчук й ін.). Помітним є також вплив екзистенціально-феноменологічних підходів. Разом з тим, і це вигідно вирізняє українську психотерапевтичну школу, в Одесі, Києві й Харкові докладаються значні зусилля саме до розвитку клінічно орієнтованої психотерапії в тому її аспекті, який має прямий стосунок до медичної психології. Це пов’язане з діяльністю В.Ф. Простомолотова і Є.А. Поклітара в Одесі; практикою й дослідницькими напрацюваннями А.В. Михайлова і Є.В. Кришталя, а також покійного В.В. Кришталя у Харкові, О.С. Чабана і А.П. Чуприкова у Києві. І, зрозуміло, йдеться про неабияку лікувальну і профілактичну роботу, яка ведеться на відповідних кафедрах академії післядипломної освіти імені А.М. Шупика, в НМУ імені О.О. Богомольця з його єдиним у країні факультетом медичної психології, не кажучи вже про діяльність НДІ судової й психіатричної медицини (Київ) і НДІ неврології і психіатрії (Харків).

Підбиваючи підсумки, визначимо основні специфічні риси розробки в Україні заявленої на початку нашого огляду теми. По-перше, в нашій країні здійснюється активне дослідження лише певних видів психосоматичних і соматичних захворювань: як вже зазначалося, здебільшого серцево-судинних і гастродуоденальних. При цьому значно менше уваги приділяється іншим, не менш важливим і поширеним, хворобам: приміром, нейродермітам, тиреотоксикозу. По-друге, більшість дослідників при вивченні психотерапевтичних аспектів зазвичай спиняються лише на характерологічних особливостях хворих психосоматичного профілю, які не продуктивно розглядати самі по собі, без спроб подальшої розробки програм психотерапевтичної роботи з метою оптимізувати стан недужого. Іншими словами, перспективи досліджень у цій галузі, як і їхні можливості, з урахуванням величезної клінічної бази, наявних напрацювань та найширших перспектив міжнародного співробітництва, що постають перед українськими психологами, справді невичерпні.

**Висновки до другого розділу**

Аналіз історичних етапів розвитку вітчизняної медичної психології і психотерапії в ХХ столітті і в наш час показав, що основні лінії та напрямки тут можна розглядати в таких самостійних вимірах: особистісно орієнтована московська, ленінградська й українська школи, а також онтогенетично орієнтована, або реконструктивно-кондуктивна, школа.

Найбільш яскравими представниками і розробниками вітчизняної медичної психології, котрі стояли біля джерел її зародження, були: І.А. Сікорський, В.А. Чиж, Г.І. Челпанов у Києві; В.М. Бехтерєв, І.П. Павлов у Санкт-Петербурзі; П.І. Боткін, С.С. Корсаков, П.Б. Ганнушкін, С.І. Констроум, Ю.В. Каннабіх, Л.С. Виготський, А.Р. Лурія, П.П. Басов у Москві; М.І. Ланге в Одесі.

Відроджували вітчизняну психологічну науку після кризи в 70-ті роки ХХ століття В.М. М’ясищев, Б.Д. Карвасарський, А.М. Свядощ, А.І. Захаров, Ю.М. Ємельянов, С.І. Констроум, В.Є. Рожков, М.Є. Бурно, Л.А. Петровська й ін.. Початковим психотерапевтичним феноменом, що викликав інтерес у вітчизняних психологів і психотерапевтів, став феномен групової психотерапії в її особистісно орієнтованій формі.

Методологічним підґрунтям для особистісно орієнтованої психотерапії (ООП) слугувала концепція неврозів В.М. М’ясищева. Центральним елементом особистості в межах цієї концепції визнається ставлення як активний, свідомий, інтегральний, вибірковий зв’язок з різними сторонами дійсності, що ґрунтується на досвіді. Значна увага приділяється в ООП психологічним конфліктам у сфері само ставлення і в галузі відносин з іншими людьми. Беруться до уваги глибинні внутрішньо особистісні конфлікти, розуміння їх ролі і міри у розвитку невротичних реакцій і провокуванні конфліктних та травматичних ситуацій. Головне завдання ООП виступає як загальна система ціле покладання, що ґрунтується на само розумінні, само ставленні та саморегулюванні.

На сучасному етапі розвитку вітчизняної медичної психології і психотерапії можна виокремити три лінії власне психологічних досліджень, представлених у працях чистих теоретиків (Д.А. Леонтьєв, А.І. Сосланд, В.Н. Цапкін й ін.); теоретиків, котрі поєднують теорію з практикою (Ф.Є. Василюк, А.Б. Орлов, А.Ф. Коп’єв й ін.) і власне практиків (А.М.Король, О.А. Лопухіна, О.Т. Соколова, А.В. Черніков й ін.).

Біля джерел особистісно орієнтованої української психотерапевтичної школи стояли: М.І. Ланге, А.І. Сікорський, В.А. Чиж, Л.С. Виготський, О.М. Леонтьєв, А.І. Соколянський. Серед сучасних представників медичної психології і психотерапії української школи виділяються такі постаті: А.П. Слободяник, С.Д. Максименко, А.В. Михальський, А.І. Шинкарюк, В.Є. Гончаров, І.В. Іванін, А.І. Кудінова, В.В. Бабич, Ю.А. Корягін, В.І. Коростій, Н.С. Карвацька.

На сучасному етапі розвитку української психотерапевтичної школи, вельми важливими є дослідження в галузі психосоматичних розладів і захворювань серцево-судинної та гастродуоденальної систем. Значна увага приділяється у психологічних дослідженнях проблематиці психологічної допомоги як у клінічній, так і поза клінічній галузі (О.Ф. Бондаренко, П.В. Лушин, А.С. Кочарян, П.Г. Горностай, Я.Л. Обухов, З.Г. Кісарчук й ін.). Прицьому помітним є вплив на ці дослідження екзистенціально-феноменологічних підходів. Значні зусилля докладаються до розвитку саме клінічно орієнтованої психотерапії (В.Ф. Простомолотов, Є.А. Поклітар, А.В. Михайлов, Є.В. Кришталь, О.С. Чабан, А.П. Чуприков).

Перспективи досліджень в Україні відносяться до галузі психосоматичних і соматичних захворювань, а також до розробки програм психотерапевтичної роботи з метою оптимізації психоемоційних станів пацієнтів, котрі звернулися за психологічною допомогою.

**Результати дослідження, викладені у другому розділі, відображені в наступних публікаціях автора**

1. **Максименко К.С.** Истоки и современное состояние личностно-ориентированной психотерапии украинской психотерапевтической школы / К.С. Максименко // **Наука і освіта : наук. –практ. журнал. –Одеса.** – **2014. – № 9.** – **С. 137–143.**
2. **Максименко К.С.** Проблема каузации в понимании психологических детерминант психических нарушений, связанных с болезненными состояниями организма / К.С. Максименко // **Проблеми сучасної психології .** зб. наук. праць **Кам’я­нець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України** / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. **– Кам’янець-Подільський : Аксіома, 2014 – Вип. 26. – С. 390–407.**
3. **Максименко К.С.** Личностно-ориентированная терапия московской психотерапевтической школы / К.С. Максименко // **Проблеми сучасної психології :** зб. наук. праць **Кам’я­нець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України** / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. **– Кам’янець-Подільський : Аксіома, 2015 – Вип. 27. – С. 291–304.**
4. **Максименко К.С.** Концептуально-функциональная семантика современной украинской личностно-ориентированной психотерапевтической школы / К.С. Максименко // **Психогенеза особистості: норма і девіація :** зб. наук. статей. – Луцьк, 2015 – Т.1 – С. 151–164.
5. **Максименко К.С.** Истоки и современное состояние личностно-ориентированной психотерапии украинской психотерапевтической школы / К.С. Максименко // **Проблеми сучасної психології :** зб. наук. праць **Кам’я­нець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України** / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. **– Кам’янець-Подільський: Аксіома, 2015. – Вип. 28. – С. 306–320**

**РОЗДІЛ 3**

**ПРОБЛЕМА ОСОБИСТІСНО ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ З ТЕНДЕНЦІЯМИ ДО ХРОНІФІКАЦІЇ**

Логіка нашого дослідження передбачає подолання відомого постулату, згідно з яким нові ідеї і техніки психотерапії з’являються найчастіше для обслуговування інтересів їх творця, а не заради потреб пацієнта (Сосланд [232, с. 8]). Ми ж свідомо виходимо з теоретичної й одночасно практично спрямованої позиції,відповідно до якої не пацієнт має пристосовуватися до методу лікування, а метод повинен враховувати ту своєрідність захворювання, страждань й особистості хворого, з якими доводиться мати справу. Висвітленню цього етапу роботи і присвячений розділ.

**3.1 Сучасні підходи до типології пацієнтів із захворюваннями, що тяжіють до хронічного перебігу.**

Соматичне захворювання належить до тих факторів, які впливають на зміну психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, на зміну в структурі її самооцінки, нерідко спричиняють передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. У новій для пацієнта життєвій ситуації на основі сукупності відчуттів, уявлень та переживань, пов’язаних із фізичним станом, людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе в цих обставинах, тобто внутрішню картину хвороби. При цьому мають важливе значення як об’єктивні умови життя хворого (соціальні умови, об’єктивна тяжкість захворювання, його об’єктивний прогноз, ступінь вітальної загрози тощо), суб’єктивний контекст (увесь комплекс преморбідних особливостей особистості), так і сукупність ситуаційних особливостей, куди належить вся ситуація лікування: тяжкість і тривалість лікувальних процедур, ступінь залежності хворого від медичної апаратури, зміст і стиль взаємин хворого з медичними працівниками, тривалість стаціонарного лікування.

Існує багато термінів, що визначають відображення хвороби в психіці людини: аллопластична картина хвороби, аутопластична картина хвороби, переживання хвороби, реакція адаптації, позиція до хвороби, ставлення до хвороби, соматонозогнозія тощо. Кожне поняття по-своєму розкриває суб’єктивний бік хвороби, як правило, фіксуючись на якому-небудь окремому аспекті. Розрізнюючись в деталях, ці поняття описували, як відзначав Р.О.Лурія «усе те, що зазнає й переживає хворий, усю масу його відчуттів, не тільки хворобливих, але його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, її причини, усе те, що пов’язано з його приходом до лікаря, – весь той величезний внутрішній світ хворого, що складається з дуже складних сполучень сприйняття й відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і тривог» [130, 38].

У вітчизняному науковому вжитку поширений термін «ставлення до хвороби», який на думку Л.Л.Рохліна [187], включає:

а) гнозис хвороби, тобто пізнання її на основі сигналізації з внутрішнього середовища, відчуттів, представлень, знань і досвіду даної особистості;

б) загальні зрушення в психіці хворого;

в) ставлення особистості до захворювання, що переломлюється через специфіку цього захворювання, особливостями особистості хворої людини, особливостями її нервової системи, факторами зовнішнього середовища, що формують свідомість і поведінку захворілого.

Маючи всі характеристики, що притаманні психологічним відносинам, ставлення до хвороби містить у собі когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти та проявляється у когнітивній, емоційній та поведінкових сферах функціонування особистості. Когнітивний компонент включає знання про хворобу, усвідомлення її, розуміння її ролі і впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз. Емоційний – відчуття й переживання хвороби та всієї ситуації, пов’язаної з нею. Поведінковий компонент включає реакції, що пов’язані з хворобою., які сприяють адаптації або дезадаптації до неї, та напрацювання певної стратегії поведінки у життєвих ситуаціях у зв’язку з хворобою – прийняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістичні установки.

Існують, як вважають фахівці (Квасенко, Зубарев, Конечний, Боухал) [92], [101], три фактори, що впливають на формування ставлення до хвороби: преморбідні особистісні особливості хворого, природа самого захворювання, соціально-психологічний фактор – ставлення до цієї хвороби у мікросоціальному оточенні, яке значиме для хворого.

Як будь-яке ставлення, ставлення до хвороби є індивідуальним, вибірковим, свідомим (або здатним до усвідомлення), тобто відображає індивідуальний або особистісний рівень. Воно носить суб’єктивно-об’єктивний характер та визначається природою самого захворювання. Ставлення до хвороби опосередковується суспільним досвідом, відображає існуюче в суспільстві в цілому та в значимому для хворого мікросоціальному оточенні ставлення до даного захворювання, до ролі хворого, регламентовані в певній культурі норми поведінки хворого, соціальні та соціально-психологічні наслідки хвороби.

Р.Конечний та С.Боухал вважають, що ставлення до хвороби може мати такі види:

– нормальне – відповідає об’єктивному стану хворого, або тому, що йому було повідомлено про хворобу;

– зневажливе – ігнорування факту хвороби, хворий не звертається до лікаря, жене від себе думки про хворобу;

– нозофобне – людина занадто боїться своєї хвороби, має місце розуміння того, що побоювання перебільшені, але перебороти їх не може;

– іпохондричне – занурення, відхід у хворобу;

– нозофільне – хворий одержує задоволення від того, що хвороба звільняє його від обов’язків;

– утилітарне – одержання певної вигоди від хвороби, наприклад, моральної – співчуття, уваги, кращого обстеження; виходу з неприємної ситуації – звільнення від військової служби, ненависної роботи, або матеріальної – призначення пенсії, одержання вільного часу, який можна вигідно використати [101].

Отже, ставлення до захворювання є елементом системи відносин у цілому і тому не може розглядатися ізольовано, його необхідно розглядати у більш широкому контексті, враховуючи також ставлення до тих сфер функціонування особистості, на які може впливати як сам факт захворювання, так і ставлення до нього індивіда.

У вітчизняній літературі самим розповсюдженим є поняття «внутрішня картина хвороби». Внутрішня картина хвороби – це цілісний образ свого захворювання, що виникає у хворої людини. Поняття внутрішньої картини хвороби було введено у науковий вжиток Р.О.Лурією [130]. У порівнянні з цілим рядом подібних термінів поняття внутрішньої картини хвороби є найбільш загальним і інтегративним. Первісне уявлення про структуру внутрішньої картини хвороби було таким, що включає два рівня (сенситивний і інтелектуальний); надалі це уявлення було диференційовано і стало вважатися складним багаторівневим утворенням, яке включає щонайменше 4 рівні відображення хвороби в психіці хворого:

– сенситивний, чуттєвий рівень;

– емоційний рівень, пов’язаний з різними видами реакції на симптоми, хворобу в цілому та її наслідки;

– інтелектуальний (раціональний) рівень, що пов’язаний з уявленнями хворого про свою хворобу, роздумами про її причини та можливі наслідки;

– мотиваційний рівень, що пов’язаний з певним ставленням хворого до хвороби, до змін поведінки та образа життя, актуалізації діяльності, яка спрямована на видужання [156, 80].

Як патологічний процес, хвороба подвійно відбивається в побудові внутрішньої картини хвороби індивіду. По-перше, тілесні відчуття локального та загального характеру приводять до виникнення сенсорного рівня відображення картини захворювання. Ступінь участі біологічного радикала в становленні внутрішньої картини хвороби визначається складністю клінічних проявів. Безпосередньо впливаючи на головний мозок, соматогенні фактори викликають порушення в нервово-психічній сфері. По-друге, хвороба утворює специфічну життєву ситуацію, в яку потрапила хвора людина. Об’єктивна ситуація., що складається в житті індивіду внаслідок хвороби, включає в себе багато компонентів: процедури обстеження, спілкування з хворими, нові відносини з оточуючими та близькими. Усе це формує власне ставлення до хвороби й до себе. Саме переробка інформації про ситуацію надає внутрішній картині хвороби цілісний, структурований характер.

У психологічному плані внутрішня картина хвороби може розглядатися як елемент самосвідомості, сформований унаслідок самопізнання. Її можна розглядати як складний комплекс уявлень, переживань та ідей, своєрідно відбиваючих у психіці хворого патологічні зміни процесів життєдіяльності організму, а також умови існування особистості, що пов’язані з ними і які визначаються патологією. Велике значення мають при цьому соціальний статус особистості хворого, його роль у сімейних та службових відносинах, ступінь його працездатності, суспільне положення, ціннісні орієнтації, обмежена поведінка, яку спонукала хвороба, звуження інтерперсональних зв’язків, зниження життєвої перспективи, які можуть створювати додаткові, окрім самої хвороби, стресові ситуації, що накладають свій відбиток на структури психологічних перебудов особистості хворого. Внутрішня картина хвороби у даних випадках відіграє роль оптимізатора, який визначає поведінку, скеровану на подолання хвороби, в інших – формує песимістичні прогнози, які супроводжуються негативними емоціями. Наявність неадекватно сформованої внутрішньої картини хвороби може опосередковано негативно впливати на перебіг та результат захворювання, створювати серйозні труднощі у сімейних взаємовідносинах та соціальному житті, ставати гальмом для реалізації складних життєвих програм особистості, сприяти зміні самої особистості, розвитку внутрішніх конфліктів різного плану.

Задача вивчення суб’єктивної сторони захворювання була поставлена ще в минулому столітті. Роботи класиків клінічної медицини початку XX століття М.Я.Мудрова, Г.О.Захар’їна, П.Б.Ганнушкіна започаткували цілісний підхід у вивченні хворого, який означає досконале вивчення та правильне розуміння ролі особистості при виникненні захворювання, щоб досягти найбільшої ефективності при вивченні етіології та патогенезу хвороби, для організації процесу лікування та профілактики, а також для адекватної психологічної допомоги, адже хвороба залежить не тільки від зовнішніх, але багато в чому й від внутрішніх, суб’єктивних причин, від особистості хворого, від його емоційних переживань. На жаль, дотепер не досить з’ясована «вага» психологічного фактора, його функціональна міць, обсяг зрушень, які він може обумовлювати як у відношенні прямого, так і зворотного розвитку хвороби. Не виключено, що суттєвість саме психологічного фактора, ймовірно, є вирішальною у фазі початку хвороби та зменшується в міру поглиблення захворювання.

Разом із загальними закономірностями суб’єктивного відображення хвороби, необхідно враховувати механізми індивідуального сприйняття хвороби. Хворий оцінює своє захворювання не тільки в цілому, але й аналізує окремі його симптоми. Він має власний «діагноз» хвороби, свої судження про причини, виникнення, перебіг та лікування захворювання. Психологічна картина соматичного страждання, таким чином, відбивається у кожному конкретному випадку по-своєму, набуваючи відповідного індивідуального забарвлення. Вона зумовлена сукупністю як індивідуальних особливостей особистості, так і своєрідністю хвороби, а також ситуацією, в якій опиняється хворий.

Розуміння психологічної природи переживання психологічних станів соматичними хворими людьми пов’язане також з уточненням змісту самого поняття «хворий». при його визначенні, як вказує Н.Ф.Шевченко, необхідна єдність особистості хворого та його хвороби, тобто їхньої біопсихосоціальної сутності [239, 140]. Хворий – це одиничне, індивідуальне, специфічне; хвороба – загальне. Видатні медики минулого М.Я.Мудров, С.П.Боткін не протиставляли хворобу хворому, а навпаки – розглядали їх у єдності. Хворий – це людина, в якій об’єднані в складній єдності та взаємообумовлені її організм і особистість. Цей зв’язок полягає в тому, що особистість накладає відбиток на виникнення, перебіг та кінець захворювання. Інший бік цього зв’язку полягає у зміні особистості під впливом хвороби та лікування [92, 18]

Суттєвою ознакою поняття «хворий» є розуміння його як людини, яка страждає, яка усвідомлює себе хворою, відчуває хворобу тоді, коли вона досягає певних функціональних і анатомічних змін. Хворий – це особистість, що обтяжена турботою про здоров’я, із загостреним почуттям існування.

Хворий, звісною мірою, втрачає волю, у нього виникає відчуття залежності від хвороби. Тому А.М.Ізуткін обґрунтовано вважає, що у психічному стані соматично хворого розвивається дисгармонійні процеси, відбуваються порушення біосоціальної адаптації. хвора людина втрачає суттєво значимі індивідуальні та суспільні зв’язки, вольова регуляція стає обмеженою, певною мірою спотвореною, що переживається як стистнутість волі [87, 63]. Таким чином, під поняттям «хворий» ми будемо розуміти, слід за Н.Ф.Шевченко, людину, яка «страждає й має порушення фізичного, душевного та соціального благополуччя, а також розлад біосоціальної адаптації, відчуття залежності від хвороби, переживання стиснутої волі» [239, 140].

Слід відзначити, що особливості зовнішнього переживання хвороби залежать і від культурних нормативів соціального середовища. так, у жителів північного краю не прийнято демонструвати свої страждання, навіть якщо вони дійсно дуже серйозні. натомість у жителів півдня навіть незначна подряпина у дитини може стати приводом гучних емоційних переживань усіх старших членів родини.

Сприйняття хвороби певною мірою залежить і від віку людини. Так, переживання самого факту хвороби, погрози особистісному існуванню загалом рідко турбує дітей. Виключення складає, зокрема, лише патологія, пов’язана з виникненням косметичних дефектів. Ці випадки нерідко пов’язані з реакціями явно переоцінного типу, коли найменший дефект уявляється як найсерйозніша перешкода для успіху в житті (особливо для підлітків та юнаків, для яких характерна перебільшена увага до своєї зовнішності). У психологічній картині соматичного захворювання найбільш значимими виявляються етичні та естетичні компоненти, пов’язані не тільки з косметичними дефектами, але й з травмами, опіками, сексуальними порушеннями, дерматовенерологічними захворюваннями. Для осіб молодого віку відносно характерно загострення переживань не з приводу факту самої хвороби, а через ситуацію, що обумовлена захворюванням, його резонансом у колі близьких і знайомих. Характерним для молодої людини є адекватний тип реагування на серйозні соматичні захворювання або навіть недооцінка їх (тобто переоцінка своїх можливостей). Відсутність життєвого досвіду, надлишок енергії обумовлюють невіру в можливість захворювання, інвалідизації, з чим пов’язане зневажливе й безтурботне ставлення до свого здоров’я. Ще однією особливістю хворих людей молодого віку є те, що висока реактивність організму сприяє більш гострому перебігу захворювань з вираженою (а не змазаною) симптоматикою. Вони значно гостріше сприймають болючі відчуття і переносять їх гірше, сприймаючи їх як надмірну соціальну депривацію.

Зрілий вік (31-59), як відомо, характеризується максимумом активності, продуктивності й життєздатності. У першій половині зрілого віку ставлення до здоров’я й захворювання є найбільш адекватним. Реагування на хворобу характеризується відповідністю між характером подразника й адекватністю реакції. У другій половині цього вікового періоду на ґрунті біологічного зів’янення (клімакс) і соціальної перебудови (вихід на пенсію, «відділення» дорослих дітей) структура ставлень до захворювання може істотно змінюватися. Особливу значимість у такого роду хворих здобувають професійно трудовий та інтимний компоненти психологічної картини соматичної хвороби. Ставлення до хвороби формується в плані її переоцінки, лише в окремих випадках можуть спостерігатися патологічні реакції.

У передстаречому віці (60-74) відбувається зниження адаптаційних можливостей організму. У цих хворих нерідко виникають іпохондричні, фобічні та депресивні настрої. Вони починають усе більше уваги приділяти своїм відчуттям, надмірно виявляючи турботу про здоров’я. Кожне більш-менш подовжене в часі захворювання нерідко формує реакцію переоцінного характеру, що може йти у двох напрямках: перший пов’язаний з особистісними вітальними аспектами – страх за можливі наслідки, які викликало захворювання для існування організму, його біологічної повноцінності, аж до страху смерті; другий – переважно з міркуваннями над тим, до яких наслідків соціального характеру може привести хвороба. Це страх виявитися не при справах, бути нездатним до продовження своєї професійної діяльності, звільнення із служби і т.п. За даними дослідників приблизно лише в половини осіб літнього віку відзначається адекватним ставленням до соматичного захворювання, в однієї чверті - спостерігається переоцінка, а в іншої – переоцінка носить перекручений характер.

При аналізі внутрішньої картини хвороби у хворих старечого віку (75-89) варто виходити з їхньої психологічної структури особистості при фізіологічному старінні, яке характеризується падінням активності, зниженням емоційного резонансу, зростанням впертості й ригідності. Соматичні розлади, неприємні відчуття в тілі відволікають від зовнішнього світу, підсилюють інтравертованість. Тривоги, побоювання, страхи частково пояснюються реальними біологічними й соціальними причинами, однак, нерідко бувають перебільшені й неадекватні. Спостерігається підвищення чутливості, зниження реактивності й витривалості до різних стресогенних факторів. Навіть незначні, не патогенні фізичні й психічні подразники можуть привести в цьому віці до дезорганізації гомеостазу й захворювань. Старість специфічно забарвлює перебіг захворювань: менш гостро, зазвичай, виражена й симптоматика (температурні реакції, болі тощо) унаслідок зниженої реактивності. Ставлення хворих старечого віку до соматичних захворювань відрізняється їхньою недооцінкою, але можуть зустрічатися й патологічні форми переоцінки [94, 31-32].

Тип реагування людини на хворобу тісно пов’язаний з особистісним смислом захворювання. Описано кілька таких типів, що зустрічаються в клінічній практиці [94, 143]. **Тип 1.** Хворі позитивно ставляться до лікування, виконують усі рекомендації лікарів, адекватно оцінюють свій стан і прогноз на майбутнє.

**Тип 2.** Пацієнти схильні переоцінювати значимість свого захворювання. Для одних характерне почуття тривоги, вони часто впадають у паніку, активно займаються пошуками «кваліфікованих» лікарів і читанням медичної літератури. Для інших «норма» - знижений настрій, апатія, песимізм. Такі хворі стверджують, що лікування є безцільним, але вказівки лікарів виконують пунктуально.

**Тип 3.** Цих хворих відрізняє недооцінка симптомів і наслідків захворювання. Вони або лікуються неактивно, або зовсім не бажають звертатися до лікаря і негативно ставляться до лікування.

**Тип 4**. Хворі, які належать до даного типу, також не бажають лікуватися, але на відміну від попереднього типу, вони не недооцінюють хворобу, а цілком її заперечують, як правило, із страху перед наслідками.

Отже, внутрішня картина хвороби є складним психологічним явищем, Вона дуже мінлива, залежить від значної кількості факторів і виникає у хворих у всіх випадках захворювання, як незначних, так і тяжких хронічних.

Подальший аналіз динаміки переживання психічних станів ми розглянемо на прикладі особливостей особистісних змін тяжких соматичних хворих, зокрема онкологічно хворих. Людина з моменту першого натяку на можливість наявності у неї онкопатології опиняється в тяжкій стресовій ситуації, яка поглиблюється майже на кожному етапі обстеження і лікування. Раптовість виникнення хвороби і психологічна непідготовленість до неї, необхідність виконання складних діагностичних процедур, перспектива застосування променевої та хіміотерапії, важкої операції, а також погана інформованість стосовно можливості одужання, наслідків хвороби тощо, – все це викликає у хворих появу тривоги, депресії, страху, невпевненості у можливість подальшого життя (Бусигіна Н., Волков В.Т., Герасименко В.Н., Гнєздилов А.В., Карпіловська С., Пезешкіан Н., Шевченко Н.Ф. та ін.).

Онкологічне захворювання сприймається як непідвладна контролю загроза життю, замах на цілісність організму, особливо при оперативних втручаннях. Рак – це особливий смисловий простір, особливий образ життя й світосприймання. Негативні відчуття посилюються через почуття страху смерті, самотності, каліцтва, відчуження, безнадійності.

Хвороба радикально змінює особистість онкологічне хворого. Вона накладає глибокий відбиток на його фізичний стан та зовнішність(особливо у хворих на рак підшлункової, щитовидної залози – брудно-жовтий колір шкіри, виснаження, екзофтальм, та пухлинах гіпофіза), призводить до певних змін у структурі особистості та до переструктурування соціальних та особистісних стосунків. Онкологічна хвороба як кризова ситуація, що несе безпосередню загрозу життю людини, зумовлює перебудову мотиваційної, ціннісної та емоційної сфери хворого. На перший план виступає мотив збереження життя, свого соціального та сімейного статусу. Під час тривалої хвороби у людини відбувається своєрідне переосмислення свого життя, життєвих цілей, досягнень. Особистість проводить оцінювання, яке дуже часто зумовлене необхідністю адаптації до умов соматичного захворювання.

Біологічні особливості важкого соматичного захворювання - масивна і тривала інтоксикація, порушення обмінних процесів, виснаження, функціональні розлади – приводять до зміни протікання психічних процесів, до зниження операціонально-технічних можливостей індивіду. Соціальна ситуація змін особистості хворих із важкими соматичними захворюваннями в багатьох відносинах негативна, вона обмежує можливості життєдіяльності людини. Змінюється соціальний статус хворих: вони переводяться на інвалідність, відриваються від звичних колективів і груп; при цьому звужується коло контактів, порушуються особисті й сімейні плани; досягнення визначених цілей (зокрема, професійних) стає неможливим; видозмінюється звичний уклад та стиль життя.

Перше усвідомлення хвороби тягне за собою переживання екзистенціальної фрустрації: руйнуються життєві плани і саме відчуття життя як чогось стабільного. Тепер воно сприймається як «дім, який побудований на піску», що може зруйнуватись у будь-яку мить від найменшого дотику. Життя поділяється на щасливе (до хвороби) і похмуре (тепер). Такі думки спричиняють емоційне навантаження, нездатність керувати ситуацією, відчай. У людини розвивається унікальний стан - переживання самотності перед обличчям незвідності і навіть смерті. Цей особливий екзистенціальний стан, що зумовлений усвідомленням загрози, яка раптово обрушилася, руйнуванням звичного світу, потребує переоцінки всієї життєвої ситуації, необхідності відповісти на виклик долі, збудувати новий життєвий світ [61], [239].

У структурі внутрішньої картини хвороби провідним є емоційний рівень: страх, тривога з приводу сумнівності лікування. Серед емоційних реакцій переважають страх за свій стан, за рольові стосунки, тривожність на особистісному рівні. Хворі прагнуть відтягнути початок лікування, виписатися із стаціонару, повернутися до колишнього способу життя. Хвороба характеризується як перешкода на шляху досягнення колишніх життєвих цілей, і турбота за своє здоров’я в цей період, насамперед, є необхідним засобом продовження звичної діяльності (робота, навчання, виховання дітей).

При переході до хронічного лікування у хворих помітно змінюється емоційний стан, що особливо виражено у хворих із неадекватною (завищеною) моделлю очікуваних результатів лікування. Різко змінюється загальний настрій, поведінка хворих. Звужується сфера їх інтересів, вони часто цілком занурюються у хворобливий стан., стають дратівливими, конфліктними.

Структура особистості людини визначається, перш за все, її актуальними мотивами та їх ієрархією. Центральним психологічним механізмом особистісних змін стає перебудова ієрархії мотивів, їх підпорядкування новому головному смислоутворюючому, стрижневому мотиву («зсунення мети на мотив» – за визначенням О.Ш.Тхостова [248]). Домінуючий мотив «збереження життя» забарвлює психічне життя індивіду, накладає відбиток на особливості сприймання світу, визначає зміни системи життєвих цінностей. Те, що радувало і здавалося важливим, втрачає свою привабливість, позбавляється змісту. Хворі стають байдужими до близьких людей, звужується коло явищ, здатних привернути їх увагу. Разом з тим заявляються інтереси раніше не властиві людині, підвищується егоцентрична фіксація на собі. За даними Н.Ф. Шевченко [279], на початкових етапах захворювання мотив «збереження життя» є ситуативним і актуалізується лише в періоди різкого погіршення стану: хворі починають активно проходити обстеження, обмежувати свою активність, дотримуватись нового режиму життя, стежити за результатами аналізів, шукати нові методи лікування. В силу своєї великої вітальної значимості мотив «збереження життя» досить швидко виділяється серед інших, стабілізується, стає центральним, підпорядковує собі всі інші мотиви. Надалі змінюється вся система відносин хворих: значимими стають тільки ті події, які не суперечать смислоутворюючому мотиву «збереження життя», коло актуальної діяльності онкохворих звужується, він починає визначати особистісний смисл звичних для людини форм діяльності.

Однією з найбільш важливих особистісних особливостей онкологічних хворих є знижений рівень суб’єктивного контролю, що обумовлює суб’єктивну не контрольованість ситуації, в наслідок чого відбувається зняття з себе відповідальності за результати дій, що починаються. З цим пов’язана вкрай низька самооцінка, і як наслідок, – почуття провини, схильність до надання надмірної значимості життєвій ситуації, що склалася, і нездатності з нею впоратися. Не менш важливою є виражена потреба досягти успіху і, разом з тим., висока значимість минулого негативного досвіду, очікування невдачі і негативного прогнозу результатів лікування, що обумовлює відмову від вирішення проблемної ситуації.

На термінальній стадії захворювання онкологічне хворі переживають почуття безпорадності, страху за те, що не зможуть повернутися до нормального активного життя. Вони переживають жах самотності у стражданні й бажання, щоб їх залишили у спокої. Відчувають постійну незахищену тугу, відчай, відчуженість. Найглибша стадія життєвої кризи, викликана хворобою, супроводжується почуттям безнадії, відсутності сенсу існування. Усе, що відбувається навколо, здається хворим нереальним, безглуздим, нікчемним. Здатність планувати своє майбутнє втрачається, життєві перспективи катастрофічне звужуються.

Не дивлячись на безліч індивідуальних особливостей існують загальні типи реагування на звістку про смерть, що наближається. Динаміка переживання цього стану, за спостереженнями Е.Кandel [334, 335], проходить п’ять емоційних стадій, швидкість проходження через які є індивідуальною:

– заперечення та ізоляція. Людина не погоджується, не приймає факт смертельної хвороби. Шок від отриманої інформації примушує людину відкласти цю проблему, щоб повернутися до неї пізніше, коли вона буде емоційно готовою.

– гнів та агресія. Найчастіше гнів є виразом інших, більш глибинних емоцій – страху й розчарування. Не в змозі вилити гнів на членів родини, вони виплескують його на медичних працівників, психолога.

– ведення переговорів. Хворі намагаються «вести переговори» з вищою духовною силою, «укласти угоду», щоб виграти побільше часу. Наприклад, тяжко хворі можуть говорити: «Якщо я тільки доживу до весілля дочки, я буду готова покинути цей світ.» Сама обіцянка і не так вже й важлива, але дає можливість людині використати цей час для завершення розпочатих справ.

– депресія, яка характеризується двома формами: перша – сум з приводу минулих втрат, розчарувань, нереалізованих мрій; друга – підготовка до прийдешніх втрат.

– смиренність. Людина відчуває умиротворення, примиряється з думкою про неминуче, відмовляється від боротьби із смертю.

Н.A. Шевченко, виокремлює ще одну стадію – парадоксальну, в якій ніби утримуються елементи попередніх стадій, але переважає рідкісне явище сходження духу людини («кристалізація духу») [279, с. 160]. Дослідник вважає його новоутворенням, яке з’являється у термінальному періоді життя людини. Для цього стану характерними є, з одного боку, просвітлення, любов до оточуючих, злагода із самим собою, Богом; з іншого, – здатність ушляхетнити простір навколо себе.

Таким чином, хвороба є подією в житті (В.В. Ніколаєва), яка здатна змінити до сих пір його рівний плин, заставити людину по-новому поглянути на власне життя, його смисл, і на саму себе; хвороба може викликати почуття втрати, провини, і, як наслідок, особливу гостроту переживання цінності й суб’єктивної принадності життя. Отже, хвороба є подією і стражданням. Смертельно небезпечне захворювання якісно змінює всю соціальну ситуацію розвитку людини, змінює об’єктивне місце, що займає людина в житті, а також – її внутрішню позицію по відношенню до себе і життя в цілому.

Хворобливе відчуття, переломлюючись у структурі потреб і мотивів людини, набуває особистісного смислу, який відображає життєве значення захворювання для особистості. Психологічний вплив хвороби на особистість виражається в реакції на захворювання, його наслідки, а також зміні особистості в період хвороби. Реакція на цей вплив може мати перебіг із залученням різних захисних механізмів та стратегій долаючої поведінки, особливості прояву котрих розглядаються у медичній та психологічній літературі в рамках уявлень про внутрішню картину хвороби, ставлення до неї, адаптації. При всьому розмаїтті методологічних позицій авторів наведених понять, всі вони відображають, по суті, комплекс переживань та відчуттів хворого, інтелектуальних та емоційних реакцій на хворобу, лікування та взаємодію з тими, хто оточує. З цієї позиції захворювання необхідно розглядати не як натуральний стан, що пасивно відчувається суб’єктом, а як предмет його активного відображення.

Тяжке хронічне соматичне захворювання може стати джерелом формування у людини як психологічно негативних особистісних рис із тенденцією до збіднення та занепаду всього психічного вигляду, звуження зв’язків із світом, так і до психологічно позитивних для розвитку її особистості новоутворень у вигляді, наприклад, компенсаторних проявів, прояві пристосування тощо.

Хвороба може змінити й перспективу людського життя в цілому. Будь-який справжній особистісний копінг передбачає, як відомо, саме скерованість на майбутнє, відкритість перспективи руху. Зміни ескізу майбутнього - одна з найбільш суттєвих характеристик нової соціальної ситуації розвитку, яка складається в умовах хвороби. Усі минулі життєві цілі, прагнення, очікування знецінюються, а невизначеність прогнозу порушує можливість планування життєвих цілей. Активність, цілеспрямованість, установка на самореалізацію та досягнення, що скеровані у майбутнє, втрачають свій смисл у ситуації тяжкого соматичного захворювання, що фруструє основні людські потреби соціального та фізичного існування. На основі цього формується нова соціальна позиція – соціальної неповноцінності. Нова соціальна ситуація розвитку соматичне хворої людини стає предметом її активної внутрішньої роботи, внаслідок якої формується нова внутрішня позиція людини, зміст та динаміка якої відображає основні смислові зміни в структурі особистості.

* 1. **Психічні стани пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями і проблеми психотерапевтичної допомоги**

На підставі вищевказаного ми здійснили експериментальне дослідження, метою якого було встановлення (у разі віднайдення) деяких особливостей переживання психічних станів пацієнтів з соматичним діагнозом. Така мета зумовила певні особливості дослідження.

**3.2.1 Методи і досліджувані**

В дослідженні використано такий діагностичний інструментарій: колірний тест відносин А. Еткінда і тест колірного вибору М. Люшера, методику «локус суб’єктивного контролю» М.Роттера, методику Коллермана-Плутчека для визначення особистісних захистів, проективний тест «Рисунок неіснуючої тварини» (РНТ), проективну методику візуалізації хвороби і процесу її лікування, а також скорочений варіант особистісного опитувальника СМДО, відомого під назвою СМОЛ (у модифікації А.М. Харченка).

На перший погляд може видатися, що кількість діагностичних методик невелика. Це не так. Небагато не означає недостатньо. Слід врахувати, що наші обстежувані не просто звичайні досліджувані, це пацієнти соматичного стаціонару, котрі страждають від різних алгій, часом з невизначеним діагнозом, нечіткими перспективами лікування і т.п. Спочатку ми взагалі збиралися обійтися лише загальновідомими шкалами тривожності Спілбергера-Ханіна і проективним тестом Люшера. Однак поступово, вступаючи в контакт з пацієнтами стаціонару, формуючи з близьких нам по духу колег робочу групу психотерапевтів, беручи посильну участь у лікувальному процесі. Ми змогли відвоювати простір і, головне, час – між традиційними оглядами, діагностикою, лікувальними процедурами, відвідуваннями родичів, особистим часом пацієнта тощо – для забезпечення спільної доброзичливої психотерапевтичної роботи.

Перший етап дослідження, що охоплював різні періоди упродовж 2009-2010 рр., здійснювався на основі клінічної лікарні №12 м. Києва, а також у стаціонарах, що складають клінічну базу кафедри внутрішніх хвороб і ряду інших кафедр НМУ імені О.О. Богомольця. В дослідженні брали участь 39 пацієнтів (14 чоловіків і 25 жінок) у віці від 23 до 62 років з такими діагнозами: серцева недостатність 2-3 ступеня та хронічний холецистит у стадії загострення. При цьому 9 жінок і 5 чоловіків проходили повторну госпіталізацію. Для порівняння результатів з умовною нормою було набрано контрольну групу з 12 добровольців – студентів факультету медичної психології НМУ імені О.О. Богомольця.

**3.2.2. Результати обстеження**

Середні значення показників емоційного ставлення хворих ХХ і СН до трьох груп понять (хвороби і проявів, що її супроводжують; процедур лікування і самоконтролю; значущих сфер життєдіяльності) становили 24,3 і 22,3; 17,2 і 15,4; 12,2 і 12,8 балів відповідно. Таким чином, хворі СН у середньому дещо позитив ніше ставляться до хвороби, процедур її лікування та самоконтролю, а хворі ХХ – до значущих сфер життєдіяльності, хоча статистично значущих відмінностей за цими параметрами ХХ і СН не виявлено.

Об’єкти, пов’язані з хворобою, здебільшого асоціюються з чорним кольором. Це, певно, пов’язане з наявністю негативних і фобічних переживань хворих ХХ і СН. Об’єкти, пов’язані з процедурами лікування та самоконтролю, у хворих ХХ найчастіше асоціюються з сірим кольором, у той час як у хворих СН спостерігається великий діапазон комірних асоціацій. Об’єкти, пов’язані зі значущими сферами життєдіяльності, і у хворих ХХ, і у хворих СН найчастіше асоціюються з яскравими кольорами. Найбільша перевага віддається поняттю «самореалізація», яке асоціюється з коричневим кольором у хворих СН, що свідчить про недостатнє задоволення відповідної потреби, відчуття своєї слабкості, дефіцит енергетичного потенціалу.

Варто відзначити той факт, що основним кольором, з яким асоціювалася велика частина понять у хворих ХХ, був жовтий, що свідчить про їх більшу оптимістичність, про потребу у вірі в позитивну перспективу в майбутньому.

Непарний аналіз частот об’єднання різних смислових понять в єдину колірну групу дав змогу дослідити емоційно-смислові комплекси хворих ХХ і СН.

Частотний аналіз дав можливість виділити певні емоційно-смислові групи у пацієнтів з ХХ. Поняття «робота» часто асоціювалося з поняттям «щастя», «здоров’я», «сім’я», «життя», «гастроентеролог». Таким чином, в єдину смислову групу потрапляли поняття, пов’язані зі значущими сферами життєдіяльності. Потрапляння в цю групу поняття «дієтолог», мабуть, можна пояснити, з одного боку, розумінням важливості і необхідності лікування для підвищення якості життя; з другого боку, – перекладанням відповідальності за стан свого здоров’я на лікаря.

Дослідження ступеня усвідомлення ставлення до хвороби показало, що майже у всіх хворих ХХ (у 96%) воно було адекватним на відміну від хворих СН, у котрих адекватне ставлення до хвороби виявлене тільки у 60%. В інших випадках хвороба або переоцінювалася (41%), або недооцінювалася (19%). Відтак, у хворих СН має місце тенденція до переоцінки тяжкості своєї хвороби.

У більшості хворих ХХ спостерігалося адекватне оцінювання хвороби, позитивне ставлення до процедури лікування та самоконтролю і негативне ставлення до хвороби і станів, що її супроводжують, а також емоційне відторгнення захворювання, що свідчить про розбалансованість у його розумінні та про емоційне ставлення до нього. На нашу думку, цей феномен можна інтерпретувати як розбалансування когнітивної та емоційної складових у структурі внутрішньої картини хвороби (ВКХ), за якого знання про хворобу і розуміння правил самоконтролю не виступають регулятором реальної діяльності хворих зі збереження здоров’я. Ми переконані, що вказане вище розбалансування є специфічним механізмом порушення смислового саморегулювання хворих.

Дослідження за допомогою методики «Локус суб’єктивного контролю» (ЛСК) показало, що в цілому хворі ХХ відзначаються помірно інфернальним локусом контролю, а хворі СН – помірно екстернальним локусом контролю. Статистично значущі відмінності між хворими ХХ і СН отримано за шкалою «невдачі» (р≤0,01), загальної інтернальності, «виробничі відносини» (р<0,05).

Нагадаємо, що локус контролю, або атрибуція відповідальності, пов’язаний з ефективністю функціонування смислового саморегулювання. Таким чином, хворі СН, маючи помірно екстернальний локус контролю, приписують відповідальність зовнішнім факторам і характеризуються меншою ефективністю функціонування смислового саморегулювання порівняно з хворими ХХ.

Дослідження за допомогою методики Келлермана-Плутчека спільно з рисунком неіснуючої тварини (РНТ), коли графічні аспекти і проективні історії пацієнтів виступали як підґрунтя діагностики захисних механізмів, дало такі результати. Статистично значущі відмінності між групою норми і пацієнтами з ХХ виявлено за параметром прояву захисних механізмів раціоналізації (р<0,01), заперечення та компенсації (р<0,05); між групою норми і групою хворих СН – за параметром раціоналізації (р<0,05), а між групами хворих ХХ і СН – за параметрами регресії, заперечення, проекції, компенсації та раціоналізації (р<0,05).

Взагалі ж хворі СН відзначалися меншою вираженістю різних механізмів психологічного захисту (мається на увазі їхня кількість) порівняно з хворими ХХ і групи норми. Найбільш вираженими захисними механізмами пацієнтів з ХХ і СН порівняно з групою норми виявилися раціоналізація і заперечення – особливо у групі хворих ХХ. Механізм раціоналізації, певно, вказує на інтелектуальну стратегію оволодіння ситуацією хронічного захворювання. Механізм заперечення ми схильні інтерпретувати скоріше як варіант механізму ізоляції, пов’язаного з високим когнітивним контролем хронічних хворих над ефективною сферою життя.

Схильність хворих ХХ і СН до когнітивного гіперконтролю особливо виявляється при аналізі їх проективних рисунків (методика РНТ). Так, багаторазове обведення контуру тварини, що виступає показником тенденції жо надмірного контролю, мало місце в рисунках, виконаних 44% хворих ХХ і 46% хворих СН.

Аналіз проективних рисунків і створених до них історій так само дав змогу виявити характерні для хворих ХХ і СН механізми психологічного захисту. Так, раціоналізація як провідний захисний механізм хворих ХХ і СН властива 58% рисунків та 67% історій хворих ХХ і 46% рисунків та 58% історій пацієнтів СН. У проективних рисунках цей механізм виявився в характерних назвах тварин, що виражали незвичне поєднання смислових частин (наприклад, рос. – «медяц», «пчелоух», «ежекот» і т.д.); в історіях цей механізм знайшов свій прояв у багатофункціональному призначенні різних частин тварин, в обґрунтуванні їх житлових умов, харчування і способу життя.

Захисний механізм заперечення виявився в 58% проективних історій ХХ і 67% проективних історій хворих СН. У цих історіях намальовані тварини зазвичай описувалися як дружелюбні та миролюбні, позбавлені ворогів та проблем, як загальні улюбленці, що «несуть у світ добро», у них «завжди все добре» і живуть вони «для свого задоволення».

Регресія в рисунках (положення тварини «анфас») відзначалася у 29% пацієнтів з ХХ і 58% хворих СН. Істероїдно-демонстративні риси (наявність у тварин вій, прикрас і т.п.) мали місце у 36% пацієнтів з ХХі 42% пацієнтів з СН. Інфантилізм та істероїдно-демонстративні риси можна розглядати, на нашу думку, як непрямий показник такого захисного механізму, як витіснення.

Зазначимо також, що прояв захисту у вигляді використання гумору спостерігався лише в проективних рисунках та історіях пацієнтів з ХХ. Так, гумористичні історії створили 17% хворих ХХ, а гумористичні назви тварин зафіксовано у 28% пацієнтів з ХХ (наприклад, «дюдюка-п’яточаківна», «телю-люлечка», «сміхотун триокий»).

Таким чином, провідними захисними механізмами і хворих ХХ, і хворих СН, виступають заперечення і раціоналізація. Ще раз наголосимо: пацієнти СН відзначалися меншою вираженістю різних механізмів психологічного захисту порівняно з хворими ХХ і групою норми.

Відповідно до методики візуалізації хвороби та її лікування (див.: Саймонтон К., Саймонтон С., 2002) отримано такі дані за критеріями оцінки різних типів проективних рисунків (див.: табл. 3.1)

*Таблиця 3.1*

**Критерії оцінки різних типів проективних рисунків хворих ХХ і СН (методика «Візуалізація хвороби та її лікування»)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Тип рисунка | Критерії оцінки проективних рисунків |
| 1. | Механічні рисунки | Обмеженість змісту рисунка прямими знаками хвороби та її лікування, відсутність образного простору в рисунках |
| 2. | Образні конкретні рисунки | Конкретність і простота образів хвороби та її лікування, відсутність зв’язку хвороби та її лікування на образному рівні |
| 3. | Образні символічні рисунки | Наявність переносного смислу в рисунках, метафоричність, символічність образів хвороби та її лікування |
| 4. | Образні абстрактно-філософські рисунки | Високий рівень абстрактності рисунків, наявність філософської проблематики в розповідях за рисунками |

В механістичних рисунках відсутній образний простір, смислове наповнення хвороби редуковано до уявлення про процедуру хвороби. Так, найчастіше такі рисунки містили зображення печінки і жовчного міхура у хворих ХХ, перекресленого і заштрихованого серця і серцевих препаратів у хворих СН.

Велика кількість механістичних рисунків у пацієнтів з ХХ – на відміну від пацієнтів з СН – пов’язана, на нашу думку, з описаним вище феноменом розбалансування когнітивної та емотивної складових у структурі ЗКХ. Емоційне відторгнення хвороби, її недостатнє усвідомлення призводять до редукції її образного смислового наповнення. Це припущення підтверджується статистично значущими відмінностями, зафіксованими між низкою механістичних рисунків і низкою образних рисунків – за показниками заперечення і раціоналізації (р<0,01), що відображає недооцінку емоційної складової хвороби і тенденцію до її інтелектуального подолання.

Образні рисунки мають метафоричний характер, у них наявний простір переносного смислу. Рисунки хворих СН, на відміну від хворих ХХ, мали здебільшого конкретний характер. Конкретні рисунки зазвичай містили природні ландшафти із зображеннями самих хворих. Ось фрагмент оповіді Д.А., пацієнтки з СН.

*«Це ліс, там далі галявинка. Погожа днина, світить сонце. Це я, у мене добрий настрій, я дихаю на повні груди, серце калатає рівно. Моя хвороба – це коли серце калатає дуже сильно і швидко (робить позначку в ділянці серця). Лікування – це коли моє серце калатає рівно».*

Як бачимо, тут наявна спроба метафоричного опису хвороби та її лікування, однак, власне образи хвороби та лікування, а також взаємозв’язок між ними відсутні.

В символічних рисунках, яких було вдвоє більше у хворих ХХ (р<0,05), з’являються переносні, метафоричні образи і хвороби, і лікування. Так, хвороба може асоціюватися із зів’ялою квіткою, високою горою, назріванням вулкану, зламаним мотором, а її лікування – з процесом поливання й удобрювання квітки, підйомом в гору, виверженням вулкану, полагодженням двигуна відповідно. Таким чином, в образних символічних рисунках окреслюється простір для смислового, метафоричного наповнення хвороби. Цей простір за своєю функцією є простором для емоційного опрацювання та усвідомлення хвороби, а також шляхів її подолання.

Тим часом у 22% хворих ХХ і 6% хворих СН спостерігалися образні абстрактно-філософські рисунки (р<0,01). Так, Б.Ю., пацієнтка з діагнозом СН подала образ хвороби як замкнуту спіраль, а образ лікування – як розімкнену спіраль, і дала таке пояснення своїм рисункам: *«Замкнута спіраль є образом обмежень і внутрішньої несвободи. Розімкнена спіраль символізує можливість внутрішньої свободи, свободи від обмежень, яка досягається завдяки правильному лікуванню».*

Заслуговує на увагу і те, що у 30% пацієнтів з ХХ, порівняно з 6% хворих СН, діагностувався хід хвороби, що утруднює або підриває звичний спосіб життя. Так, у рисунках часто звучав мотив «подолання перешкод», а сама хвороба асоціювалася з перешкодами. На нашу думку, подібний хід хвороби, що утруднює звичний спосіб життя, також пов’язаний з феноменом розбалансування когнітивної та емоційної складових у структурі ВКХ.

Інтерес викликає і той факт, що у 35% пацієнтів ХХ, порівняно з 12% хворих СН, у проективних рисунках було наявне сонце. Цей феномен, на нашу думку, узгоджується з переважним вибором хворими ХХ жовтого кольору в методиці ЦТО і пов’язаний з їх підвищеною потребою вірити в позитивне майбутнє.

Аналіз проективних рисунків показав, що хвороба та її лікування були взаємопов’язаними у 52% пацієнтів з ХХ й у 59% пацієнтів з СН. Стосовно представлення образу лікування зауважимо, що він взагалі був відсутній у 26% хворих ХХ і у 35% хворих СН.

За емоційним фоном проективних рисунків та історій до них 57% рисунків пацієнтів з ХХ і 47% рисунків пацієнтів з СН виявилися позитивними, 22% і 18% відповідно – негативними, а 22% і 35% – нейтральними. В позитивних рисунках та історіях були наявні настрій на лікування та впевненість у позитивному його результаті. Негативні рисунки відображали песимістичні емоції – зокрема, страх, фрустрації, безнадійність, які втілювалися в образі могил, домовини або хреста. Таким чином, спостерігалася тенденція до поляризації емоційного забарвлення хвороби та її лікування у хворих ХХ, що виявлялося у зменшенні кількості нейтральних рисунків у хворих ХХ порівняно з хворими СН (р<0,05).

Відтак, у результаті дослідження смислу хвороби були отримані різні варіанти характерної для хворих ХХ і СН смислової редукції, які виражалися і в різних типах проективних рисунків, і у вигаданих історіях. Так, з рисунків «редукціоністського типу» (механістичні та конкретно-образні) видно, що для пацієнтів з ХХ була характерною переважна наявність механістичних рисунків, що можна пояснити дією захисних механізмів заперечення та раціоналізації. Захисне заперечення призводить до ізоляції негативних емоційних переживань і, як наслідок, до відсутності образного простору для емоційного та смислового наповнення хвороби. Захисна раціоналізація редукує усвідомлення хвороби до уявлення про процедури її лікування та самоконтролю. Переважна наявність конкретних образних рисунків у хворих СН є другим варіантом смислової редукції, що пов’язане, на нашу думку, з недорозвиненістю способів знаково-символічного опосередкування хвороби.

Матеріали для дослідження емоційного досвіду хворих ХХ і СН слугувала методика вільної класифікації дескрипторів емоцій. В цілому хворі ХХ краще справлялися з виконанням приписів цієї методики. Найчастіше виділялися такі групи емоцій: «депресія» (78%), «провина» (60%), «радість» (60%), «страх» (52%), «позитивне ставлення до людей» (50%).

У свою чергу, пацієнтами з СН виокремлювалися такі групи емоцій: «страх» (91%), «депресія» (74%), «позитивне ставлення до людей» (64%), «радість» (64%), «агресія» (52%). При цьому пацієнти з СН, на відміну від пацієнтів з ХХ, часто включали в групу емоції, які не мали до них стосунку за експертними оцінками. Щодо змішаних емоційних груп, то найчастіше вони являли собою комплекси «страх-агресія» (64%) і «провина-агресія» (55%).

Заслуговує на увагу і та обставина, що при цьому групи мали назви «страх» і «провина» відповідно, тобто переживання власне агресивних емоцій не усвідомлювалося пацієнтами з СН. З одного боку, відзначений феномен узгоджується з даними літератури про наявність у хворих СН прихованої, неусвідомлюваної, стримуваної агресії, яка може трансформуватися у переживання полі емоційного спектра. З другого боку, цей факт викликає особливий інтерес, якщо врахувати протилежність у системі емоційних координат емоційних комплексів провини та агресії. Певно, тут спрацьовує захисний механізм формування реакції, в результаті якого агресія на рівні суб’єктивного переживання перетворюється на свою протилежність. Тобто на почуття провини. Разом з тим така недиференційованість емоційних комплексів та їх недостатня промовлюваність хворими СН може свідчити про витіснення відповідних переживань або про певну роль рис характеру в розвитку цієї нозології.

За допомогою бланкового варіанта методики класифікації дескрипторів емоцій не було встановлено значущих відмінностей між хворими ХХ і СН за параметрами обсягу загального і частотного словників емоційного досвіду, які становили 76 і 27 дескрипторів відповідно у хворих ХХ і 70 і 25 дескрипторів у хворих СН. Разом з тим процедура частотного аналізу змісту словників частотного емоційного досвіду хворих ХХ і СН та порівняння дескрипторів емоцій, що його утворюють, з виділеними експертними групами дають змогу з’ясувати деякі цікаві відмінності, подані в таблиці 3.2.

*Таблиця 3.2*

**Розподіл найбільш частотних дескрипторів емоцій по кожній з 9-ти експертних груп хворих ХХ і СН**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Експертні групи | Хворі ХХ | Частота, у % | Хворі СН | Частота, у % |
|  | Занепокоєння | 81 | Занепокоєння | 75 |
| Хвилювання | 76 | Хвилювання | 75 |
| Тривога | 62 | Тривога | 63 |
| Настороженість | 43 | Настороженість | 44 |
| Побоювання | 43 | Побоювання | 44 |

Продовження таблиці 3.2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Страх | 44 |
|  |  | Переляк | 44 |
|  |  | Напруженість | 44 |
| Безстрашність | --- | --- | Рішучість | 38 |
| Радість | Веселість | 81 | Веселість | 88 |
| Радість | 76 | Радість | 75 |
| Задоволення | 52 | Задоволення | 56 |
|  |  | Насолода | 44 |
| Сум | Печаль | 76 | Печаль | 44 |
| Засмучення | 57 | Смуток | 44 |
| Смуток | 48 | Апатія | 44 |
| Туга | 43 | Зневіра | 31 |
| Сором | Жаль | 57 | Жаль | 44 |
| Провина | 52 | Незручність | 31 |
| Незручність | 48 |  |  |
| Завада | 43 |  |  |
| Збентеження | 43 |  |  |
| Гнів | Незадоволення |  | Роздратування | 75 |
| Роздратування |  | Незадоволення | 63 |
| Образа |  | Образа | 44 |
| Гнів |  | Гнів | 31 |
| Симпатія | Ніжність | 71 | Ніжність | 75 |
| Симпатія | 67 | Любов | 75 |
| Жалощі | 62 | Симпатія | 56 |
| Любов | 57 | Гордощі | 50 |
| Зачарованість | 38 | Жалощі | 38 |
| Антипатія | Неприязність | 33 | --- | --- |
| Інтелектуальні емоції | Інтерес | 86 | Інтерес | 88 |
| Задоволення | 71 | Здивування | 69 |
| Здивування | 43 | Задоволення | 63 |

З таблиці 3.2 видно, що в цілому описи емоцій, які часто переживаються, у пацієнтів з діагнозом ХХ і СН багато в чому подібні. У хворих ХХ виявився більш диференційованим і частотним емоційний комплекс «сором-провина», у хворих СН – «страх». Це ще раз вказує на підвищену суб’єктивну значущість станів тривоги для хворих СН, пов’язаної, певно, безпосередньо зі специфікою захворювання. Перманентний ризик настання серцевого нападу, також його реально пережитий досвід створюють ситуацію загрози життю для хворих СН, що зумовлює виникнення тривожно-фобічних станів.

Стосовно специфіки профілів, отриманих за тестом СМОЛ, зауважимо, що статистично значущі відмінності у пацієнтів з ХХ, порівняно з пацієнтами з СН, мали місце лише за шкалами 1, 2 і 7 («іпохондрії», «підвищеної тривожності», «тривожної підозріливості»). При цьому у пацієнтів гастроентерологічного профілю виявилися достовірно підвищеними шкалами 2 і 7 (р < 0,05), в той час як у пацієнтів кардіологічного відділення зафіксоване стійке підвищення за шкалою 1 (р < 0,01). Зазначимо, що хоча і статистично недостовірно, але спорадично загальне піднесення профілю спостерігалося у пацієнтів і першої, і другої групи, що, як відомо, є показником підвищеного стресу.

Отримані на першому етапі дослідження результати стали підґрунтям для попереднього орієнтування у фактичній симптоматиці і феноменології психічних станів пацієнтів соматичного стаціонару, що створило можливість більш усвідомлено подбати про поглиблення та розширення нашого дослідження. Відповідно до логіки агравацій них процесів ми припустили, що змінені емоційні стани у пацієнтів з соматичними захворюваннями, якщо йдеться про хірургічне втручання,посилюватимуться аж до реактивних станів як невротичного, так і, можливо, психотичного регістру. Крім того, нам важливо було зрозуміти, як наші емпіричні дані узгоджуються із загальною картиною, що стосується соматики в цілому в інших дослідників. Цьому присвячена наступна глава.

**3.3. Реактивні невротичні стани в клініці соматичних захворювань і при радикальних хірургічних втручаннях**

З метою забезпечення якомога повнішого врахування всього діапазону можливих психологічних проявів ми здійснили огляд досліджень з вказаної проблематики в такій черговості:

1. Серцево-судинні захворювання.
2. Ендокринні ( цукровий діабет).
3. Респіраторні.
4. Гастроентерологічні.
5. Онкологічні.
6. Хребцево-спинномозкові травми.
7. Ампутації.
8. Ектомії.
9. Імплантування замінників органів.
10. Трансплантації.

Відразу ж пересвідчилися, що останнім часом вказаній проблемі приділяється дедалі більше уваги. Це можна пояснити тим, що емоційні реакції на захворювання багато в чому визначають його подальший перебіг. Але їх розпізнавання, від кваліфікування і корекція, безумовно, не входять у компетенцію, і тому не привертають відповідної уваги лікарів соматичних відділень та спеціальностей, чиї зусилля сконцентровані здебільшого на лікуванні основного захворювання. Актуальність проблеми невротичних розладів у загально медичній практиці визначається, на думку Г.Ю. Васильєвої, не тільки їхнім поширенням та дезадаптуючим впливом, а й тим, що своєчасна їх діагностика у багатьох випадках стає визначальною умовою успішної медичної допомоги [43].

Тим часом зміна психічного стану внаслідок тяжкого соматичного захворювання вважається досить поширеною реакцією, яка ще більше ускладнює і без того непростий стан пацієнта. Про наявність проблеми у психіці соматичного хворого можуть свідчити підвищена тривожність, депресія, роздратованість або ж агресивність, заперечення проблеми, що так само вважається небажаним.

Йдеться про так звані реактивні невротичні стани – тимчасові поворотні розлади психічної сфери, які виникають як реакція у відповідь на діяння психічної травми. Коли ж психотравмувальним фактором виступає здоров’я, проблема набуває особливої гостроти, бо ці стани значно погіршують перебіг соматичних захворювань за рахунок опосередкованого впливу психічних факторів на внутрішні органи через вегетативну нервову систему.

Схожим за значенням є термін «нозогенія» - психічний розлад, що виникає внаслідок усвідомлення загрози для існування людини, яка випливає з соматичного захворювання або переживання тілесного неблагополуччя. Протилежним йому терміном є «анозогнозія», коли пацієнт просто не хоче знати й ігнорує будь-яку достовірну інформацію про наявну у нього хворобу.

В західноєвропейській та американській літературі аналогічні реактивним невротичні стани описуються найчастіше під такими назвами: комор бідні (co – morbide – супутні хворобі) психічні стани, а також соматопсихічні розлади.

Охарактеризуємо механізми виникнення можливих реактивних невротичних станів при хронічних соматичних захворюваннях, а також після радикальних хірургічних втручань, встановлені на основі аналізу досліджень вітчизняних і західноєвропейських та американських авторів: К.М. Амосова, С.А. Самар, Д.М. Винников, В.В. Бабич, І.Д. Булюбаш, Г.Ю. Васильєва, В.С. Гаськов, О.І. Ільченко, А.В. Каніщев, Ю.А. Корягін, С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко, Б.В. Михайлов, П.І. Мінко, Г.А. Мусієнко, А.А. Сердюк, В.А. Федосеєв, М.Є. Сандомирський, Б.С. Федак, А.Б. Холмогорова, Є.І. Чехлатий, Т.П. Яворська, A. Bitton, W. Brautigam, M. Broda & J. Bengel, J. Brown, P. Checkland, Y. Eifert, M. Franz, Y. Yabbard, Y.P. Maguire et al., A.A. Mirokra – Walus et al., P.E. Sifneos й ін.).

Загальновизнаним є передусім факт виникнення психологічної реакції на захворювання, що включає в себе ряд когнітивних, емоційних та поведінкових відповідей, які в сукупності являють собою комплекс переживань, пов’язаних з поточним фізичним станом.

Так, канадський медичний психолог Z. Lipowski вказує на три джерела формування реакції пацієнта на соматичне захворювання: тілесні відчуття, власна обізнаність про цей вид хвороби, надії та очікування, інформація, яку пацієнт дістає від оточення – особливо від лікарів, що лікують, й інших авторитетних осіб [340].

На нашу думку, сюди так само можна віднести особистісні особливості хворого, його систему цінностей, релігійність, належність до певної культури і т.п.

Це відіграє неабияку роль, оскільки значною мірою формує реакцію недужого на хворобу. З приводу цього сам вчений говорить про «смисл» хвороби для людини («Meaning of illness»). Цей «смисл» залежить від вищезгаданого і великою мірою допомагає формувати ставлення до хвороби і відповідну допінг-стратегію.

Z. Lipowski описує чотири переважних типи «смислу» захворювань: проблема або загроза; втрата (здоров’я, неможливість повернутися до колишнього способу життя і т.п.); полегшення, як це не дивно звучить, як шанс дістати перепочинок, втекти від обов’язків або вийти з важкої ситуації; покарання (справедливе або несправедливе).

Аби пояснити механізм формування того чи іншого смислу хвороби, автор перелічує основні детермінанти смислів:

* Інтраперсональні фактори (включають у себе особливості особистості, минулий досвід, емоційний стан, когнітивно-перцептивні особливості);
* Інтерперсональні фактори (підтримка близьких, система відносин «пацієнт – лікуючий лікар» і т.п.). Цей фактор автор розглядає як оптимальний засіб пом’якшення стресу під час тяжкої хвороби. В цьому випадку хвороба є для пацієнта скоріше проблемою, ніж загрозою чи покаранням;
* Наслідки хвороби. Мається на увазі суб’єктивна значущість для пацієнта втраченої функції або характер загрози (розставання з колишнім способом життя, відмова від колишніх звичок) або втрати;
* Соціокультурні й економічні фактори. Як згадувалося вище, йдеться про переконання, вірування, рівень освіченості, які значною мірою формуються на підставі соціального походження і серйозно позначаються на суб’єктивному сприйманні пацієнтом свого захворювання. Сюди можна віднести освіченість і соціокультурне походження. Приміром, як зауважує Z. Lipowski, такі хвороби, як епілепсія, рак, венеричні захворювання, більшою мірою сприймаються як тавро, ніж покарання або трата [340].

Відтак, психологічна відповідь на соматичне захворювання нерозривно пов’язана з суб’єктивним сприйманням хвороби пацієнтом. Найбільш поширеними в клінічній практиці психологічними реакціями на захворювання є загострене почуття занепокоєння, горя, пригніченості, провини і гніву, що зустрічаються в різних поєднаннях [340; 341]. І оскільки кожному захворюванню властивий «набір» переживань залежно від його специфіки та особливостей перебігу, розглянемо їх по черзі.

Одним з найбільш важливих у плані соматопсихічних співвідношень є захворювання кардіологічної сфери. Оскільки серце є найважливішим органом життєзабезпечення, всі хвороби, пов’язані з ним, прийнято вважати серйозними, а пацієнтів з цим видом захворювань такими, які перебувають у групі ризику і потребують особливої уваги. Архаїчне розуміння серця як органа, в якому зосереджується не тільки фізичне, а й духовне буття людини, теж накладає свій відбиток на усвідомлення важливості розладів цієї категорії. Зрозуміло, на сучасному етапі розвитку науки ми оперуємо зовсім іншими уявленнями, - втім, всі захворювання, пов’язані з серцем, вважаються вкрай серйозними і викликають тремтіння та побоювання.

Серед найбільш відомих кардіологічних розладів виділяють такі: порушення серцевого ритму, ессенціальну гіпертензію, стенокардію, ішемічну хворобу серця, серцеву недостатність, міокардит, інфаркт міокарда і т.п. Окрему категорію проблем становлять кардіохірургічні втручання різного типу.

Реактивні невротичні стани при захворюваннях серцевого м’яза мають свою специфіку через надання цьому органу особливого статусу. Тому не дивно, що, згідно із спостереженнями спеціалістів-кардіологів, головною особливістю таких хворих виступає тенденція до особливо уважного ставлення до власного здоров’я аж до розвитку іпохондричних станів і розладів. У цьому плані має місце гіпергнозія – висока суб’єктивна значущість переживань тілесного неблагополуччя.

Згідно з даними дослідження на базі Російського кардіологічного науково-виробничого комплексу імені А.Л. М’ясникова, серед психічних розладів у кардіологічних хворих (їх соматична патологія представлена ішемічною хворобою серці спільно з гіпертонічною хворобою різного ступеня тяжкості; а середній вік становив 57,2 року) переважали органічний емоційно-лабільний розлад (33,5%), тривожний розлад (36,2%), депресивні епізоди здебільшого легкої та помірного ступеня тяжкості (25,4%), іпохондричні розлади (4,9%) [17].

Поряд з цим медики виділяють комор бідні депресивні стани у кардіологічних хворих, які сприяють появі супутніх основному діагнозу розладів, що веде до істотного обстеження клінічної картини хвороби та її соціальних наслідків (приміром, часті і не завжди обґрунтовані звернення до лікаря) [7]. Тут вже йдеться про психосоматику. Серед цих недугів так званий кардіофобічний невроз, що проявляється у нав’язливому страху появи тяжкого кардіологічного захворювання, а то й зовсім зупинки серця [320]. Кардіофобіями можуть страждати люди, у яких відсутні розлади серцево-судинної системи, а також ті, хто переніс гострий період хвороби (наприклад, інфаркт міокарда) або мають хронічне захворювання (приміром, гіпертензію). За даними Національного інституту здоров’я США, особи з кардіофобіями схильні зосереджувати увагу на діяльності свого серця, коли відчувають стрес і збудження, сприймаючи при цьому його роботу фобічним чином і як таку, що містить у собі органічні проблеми. Аби зменшити занепокоєння, вони звертаються у медичні заклади, хоча не рідко факт наявності органічного розладу не підтверджується [320].

Таким чином питання кардіофобій можна розглядати за характером подібно до замкненого кола: з одного боку, основне захворювання може виступати стресогенним фактором, що провокує кардіоневроз, а з другого боку, сам кардіоневроз здатний призвести до ускладнень і супутніх симптомів основної хвороби. На це вказує й ідея F. Lesperance про те, що депресія виступає самостійним фактором ризику ускладнень після перенесеного інфаркта міокарда [339].

Узагальнюючи сказане, зазначимо, що реактивні невротичні стани у кардіологічних хворих мають низку особливостей:

* Поліморфізм проявів, наявність коморбідних депресивному афекту розладів: тривоги, астенії, простих страхів і соціофобій, іпохондрії, астенічного аутизму, алгій і т.п.
* Гіпернозогнозія свого стану – виражена афективна насиченість переживань, що стосуються соматичної сфери;
* Хвилювання про свій стан у майбутньому. Хворі постійно побоювалися можливості виникнення в подальшому тяжких соматичних захворювань – таких, як інфаркт, інсульт;
* Ускладнення основного захворювання на фоні невротичних реакцій різного типу.

Наразі розглянемо таке хронічне інвалідизуюче захворювання, як цукровий діабет, що належить до групи ендокринних хвороби. Ця хвороба характеризується наявністю низки особливостей, які можуть виступати як психотравмуючі фактори. Сюди належать клінічні прояви симптомів гіпер-і гіпоглікемії, невідворотні ускладнення з боку функціонування життєво важливих органів та систем, труднощі додержання дієти, інвалідизація і скорочення тривалості життя [18]. Через те, що цукровий діабет – це хронічне захворювання, яке ставить серйозні вимоги до пацієнта, лікування (точніше, підтримка життєспроможності організму) вимагає дисциплінованості за потреби щоденних ін’єкцій інсуліну, неодноразового вимірювання рівня глюкози в крові щодня, планування режиму харчування і регулярних відвідувань лікаря. На думку медиків, абсолютна більшість пацієнтів, хворих на цукровий діабет, страждають нозогенною депресією. Нерідко мають місце затяжні депресії, що провокують самото вегетативні симптоми, які нагадують уже інші хвороби.

Сучасні психологи підкреслюють необхідність навчання хворих на діабет новому способу життя, пристосування до всіх обмежень і труднощів.

Та найбільш складним і небезпечним аспектом цукрового діабету є його наслідки. Як зауважують медики, коло віддалених наслідків цієї хвороби дуже широке, починаючи від незначних соматичних ускладнень, зміни ваги і завершуючи втратою сексуальної та репродуктивної функції, втратою зору, ампутацією кінцівок, нирковою недостатністю або невропатичним болем. Власне невизначеність щодо хвороби й очікування кінця є найсильнішим психотравмуючим фактором для пацієнта. Серед найбільш поширеним реактивних невротичних станів відмічають такі: депресії, тривожність, розлади харчової поведінки, фобічні стани. Дослідники так само говорять про затяжний депресивний стан [Dysthymic disorder]. За даними зарубіжних авторів, основними причинами такого стану є невизначеність майбутнього, велика ймовірність ускладнень та інвалідизації [353].

Зарубіжні медичні психологи твердять, що люди з цукровим діабетом схильні до психічних розладів набагато більше, ніж люди з іншими хронічними захворюваннями [353; 354]. Депресіїї, тривожність та розлади харчової поведінки є найбільш поширеними у цієї категорії хворих.

Депресивні стани при цукровому діабеті характеризується такими особливостями: пригніченість, пасивність, почуття втоми (за відсутності навантажень); нестійкість апетиту (постійне його підвищення або зниження); проблеми зі сном; постійне хвилювання; помітне зменшення інтересу до всіх або майже до всіх видів діяльності; усвідомлення власної непотрібності і безглуздості існування; знижена здатність мислити і зосереджуватися на будь-чому; нав’язливі думки про ускладнення та смерть [358].

Серед психологічних проблем, пов’язаних з цукровим діабетом, зарубіжні автори виокремлюють так званий діабетоспецифічний емоційний розлад (diabetes-specific emotional distress), викликаний різким негативним сприйманням своєї хвороби і страхом перед її наслідками, необхідністю інсулінотерапії й усвідомленням інсулінозалежності [344].

Крім вищеописаного, уваги потребують й інші захворювання ендокринної сфери – такі, як базедова хвороба, тиреотоксикоз, гіпотиреоз й ін. Бо тісний взаємозв’язок ендокринології і психіатрії був встановлений багато років тому.

Їхньою відмітною особливістю є те, що психічні розлади у цьому випадку пов’язані з безпосереднім впливом гормональних змін на психічний стан хворого. Йдеться про так званий «ендокринний психосиндром», для якого характерне зниження психічної активності різного ступеня вираженості, посилення або зниження потягів та інстинктів (статевого, харчового і т.п.), нестійкий настрій. При подальшому розвитку захворювання психосиндром трансформується у психоорганічний, за якого спостерігаються розлади пам’яті й інтелекту, емоційна млявість і т.п.

Далі розглянемо питання про можливі реактивні невротичні стани при хронічних захворюваннях органів дихання – зокрема таких, як бронхіальна астма, хронічна обструктивна хвороба легенів, муковісцироз, саркоїдоз, туберкульоз.

Оскільки ці захворювання зачіпають життєво важливі органи та функції (в цьому випадку йдеться про постачання організму кисню), тому не дивно, що багато дослідників називають серед найбільш поширених психологічних проблем таких хворих виникнення тривожності, депресії, вегетативної лабільності та ін. психічних порушень.

Люди з хронічними захворюваннями легенів мають низку функціональних обмежень, серед яких такі: загальне ослаблення, зміни з боку серця, низька працездатність, депресія, дисфункція скелетної та дихальної мускулатури, вимушений малорухливий спосіб життя, втрата соціального статусу [230]. Це, у свою чергу, тягне за собою ряд психологічних проблем.

У монографії «Саркоїдоз: від гіпотези до практики», опублікованій в 2009 році за редакцією відомого нейропсихолога Т.Г. Візель, наводяться узагальнені результати дослідження якості життя і психічного стану хворих на саркоідоз – зокрема, пуль монологічної сфери [218]. Дослідження проводилося з використанням опитувальника «World Health Organization Quality of Life assessment instrument»(WHOQOL-100), який дає змогу виявити взаємозв’язок між наявністю захворювання і якістю життя пацієнта. Як результат хворі на саркоідоз відчували – менше позитивних і більше негативних емоцій, у них страждала самооцінка, сприймання своєї значущості в житті, їм важче було сконцентрувати увагу, погіршувалася пам’ять та мислення. Спостерігалися також і серйозні психологічні проблеми: такі, як боязнь смерті (танафобія), депресія, тривожність, а також високий рівень занепокоєння [218].

Проведене дослідження психічного стану хворих на хронічну обструктивну хворобу легенів (ХОХЛ) показало, що у пацієнтів з ХОХЛ зафіксовано достовірне підвищення показників за шкалами тривоги і депресії (за опитувальником Голдберга: 54,86 – шкала тривоги, 17,66 – шкала депресії) і за шкалою тривоги Гамільтона (загальний бал: 27,9; психічна тривожність: 15,7; соматична тривожність: 12,2) [156].

Відповідно до даних, поданих у Британському журналі «Перша допомога при респіраторних захворюваннях» (Primary Care Respiratory journal, за 2011 р.), астма є одним з найбільш поширених хронічних захворювань і, за оцінками спеціалістів, зачіпає понад 300 мільйонів населення планети [370].

M. Thomas спільно з співавторами у своїй роботі «Астма і психологічна дисфункція» (Asthma and psychological dysfunction»), опублікованій у вищезгаданому виданні, вказує, що комор бідні психологічні стани, супутні астмі, можуть бути подібними до інших хронічних захворювань і водночас можуть мати свою специфіку. Дослідження психологічної комор бідності астми, проведене у Британії, з використанням опитувальника Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) засвідчило наявність у пацієнтів цієї категорії депресивних і тривожних станів, а також панічних розладів. Поява тривоги і депресій пояснюється тим, що напади астми, супроводжувані бронхоспазмами, утрудненим диханням, болем, відчуттям стискування в ділянці грудей і т.п., як правило, є неконтрольованими, що значно зменшує впевненість людини у собі й обмежує її соціальні функції. Про це так само свідчать результати досліджень, проведені за допомогою опитувальників Cognitive Depression Inventory and Trait – Anxiety Scale questionnaires, які зафіксували високий рівень психологічної мор бідності й набагато вищий рівень тривожності в осіб, котрі зазнали критичних нападів астми рік тому [370]. Багато в чому такі реактивні невротичні стани є результатом передбачення фатального завершення захворювання.

Окрему проблему являє собою група хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту – особливо запальні хвороби кишечника, що періодично рецидивують (Inflammatory Bowel Disease – IBD): це насамперед хвороба Крона і неспецифічний виразковий коліт. За даними дослідників, поширення цих хвороб дуже виросло в останні десятиліття (Sajadinejad, Asgari, et al. [361]). Проблемою є й те, що на сьогодні не існує певного лікування вищезгаданих хвороб, всі лікувальні заходи спрямовані на управління запальним процесом під час загострення та підтримання періоду ремісії шляхом суворих терапевтичних приписів.

Численні проблеми, пов’язані зі станом здоров’я, необхідність постійного лікування і водночас усвідомлення невиліковності цього виду захворювань, непевний прогноз на майбутнє, боязнь ускладнень, страх перед операціями або розвитком злоякісних утворень і зумовлюють ускладнення у психічному стані пацієнта (див.: Там само).

Втім, багато пацієнтів здатні адаптуватися до цих захворювань і прийняти свій стан. Але це вже залежить від особистісних якостей. У протилежному ж випадку пацієнти зазвичай перебувають у депресивному стані, що супроводжується почуттям безпорадності та пригніченості. За оцінками медиків, поширення тривожних станів і/або депресії досягає 29-35% у період ремісії і 80% - для тривожності і 60% - для депресії під час рецидивів. У зв’язку з цим вчені дійшли висновку, що тривожність є більш поширеним реактивним станом, ніж депресія у пацієнтів з хронічними запальними захворюваннями шлунково-кишкового тракту [див.: там само]. Цей факт здобув своє підтвердження і в дослідженні австралійських вчених, яке було проведене за допомогою діагностичного інструментарію, названого Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) (Mikocka-Walus, Turnbull, et al., [348]. Причини вказаних процесів нині піддаються ретельному аналізу.

Джерелом серйозних розбіжностей є в наш час питання про те, чи передує психоемоційний або особистісний розлад цьому виду захворювань чи він є наслідком встановленого соматичного діагнозу. З приводу цього думки дослідників істотно розходяться, бо неодноразово були зафіксовані випадки і того, і того.

Дослідження з вивчення психологічного статусу хворих на гепатит «С» показали, що він залежить від того, чи знає хворий про свій діагноз чи ні. Реактивні стани пацієнтів з гепатитом «С» схожі з невротичними проявами при хворобі Крона і неспецифічному виразковому коліті. Причиною виникнення цих станів є ті самі примусові обмеження, втрата почуття контролю над власним життям, невизначеність подальших перспектив, боязнь ускладнень і т.п. В якості гіпотези західні дослідники розглядають як ще один фактор цього психологічні побічні ефекти лікування інтерфероном – рибавірином (Interferon-Ribovirin) [348]. Зокрема, інтерферон, як вважають, справляє вплив на етіологію депресії. Однак цей факт не підтверджений, оскільки перебуває на стадії детального вивчення.

Друга гіпотеза полягає в тому, що вірус гепатиту може безпосередньо впливати на функції головного мозку і здатний інфікувати центральну нервову систему, викликаючи неврологічні реакції, які можуть проявитися у вигляді когнітивних порушень у сфері уваги, концентрації та швидкості опрацювання інформації. Поки ще не зрозуміло, чи може це бути причиною депресії або хвилювання, однак, за словами дослідників, цю можливість не варто випускати з уваги [348].

Окремим і досить складним питанням є психологічний стан людей, котрі страждають онкологічними захворюваннями. Через те, що цей вид захворювань передбачає надзвичайно складний процес неконтрольованого розмноження атипових клітин, інвазію і метастазування, сьогодні, попри стрімкий науковий прогрес, ще не існує надійної методики зцілення від цієї хвороби.

Якщо узагальнено говорити про онкологічні захворювання, то в цьому випадку психічні реакції відзначаються вираженим клінічним поліморфізмом [215]. Маються на увазі назогенні реакції (реактивні стани, поєднані з соматичною хворобою), які кваліфікуються в межах таких категорій, як розлад адаптації і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також виявляються серед спостережень, віднесених до депресій. Депресії ж супроводжуються за звичай нав’язливими думка про онкологічне захворювання, спогадами про хірургічне та надзвичайно складне консервативне лікування.

Простежуючи динаміку розвитку нозогенних переживань при онкологічних захворюваннях, дослідники твердять, що реактивні невротичні стани з’являлися вже услід за повідомленням діагнозу – за типом шокової реакції – і супроводжувалися тривогою, розгубленістю, страхом смерті, почуттям безвихідності і безпорадності. Далі у міру усвідомлення пацієнтом свого поточного стану, а також ознайомлення з прогнозами лікарів стосовно перспектив лікування, спостерігається часткова редукція гострих тривожних розладів [215].

У цілому ж реактивні стани при онкологічних захворюваннях диференціюються за трьома типами.

Тривожно-депресивні. Ці стани визначаються на підстави явищ генералізованої тривоги, що формуються на фоні стійкої гіпотимії (пригніченість, плаксивість, гіпертрофовано – песимістична оцінка перспектив лікування).

Тривожна симптоматика розширюється за рахунок побоювань, пов’язаних з можливими побічними ефектами хіміо-і променевої терапії, що супроводжується як тілесним дискомфортом (нудота, блювання, слабкість), так і змінами зовнішності (випадіння волосся, ніздрюваність і блідість шкіри), а також побоювань, пов’язаних з калічащими наслідками операційного лікування (косметичний дефект, порушення сексуальних відносин, обмеження можливості з’являтися в суспільстві і т.п.). Виникають фобії, пов’язані з передбачуваними наслідками захворювання, операцією, невизначеністю прогнозів і т.п. Тривога доповнюється нав’язливими уявленнями несприятливих перспектив лікування й явищами танатофобії.

Реакції уникнення у хворих спостерігаються як на етапі первинної клінічної діагностики онкологічного захворювання, так і в період диспансерного нагляду. В усіх випадках реакція формується після первинного вияву новоутворення з підозрою на злоякісність. Пацієнти часто відмовляються від додаткових діагностичних маніпуляцій, потрібних для підтвердження або виключення діагнозу злоякісного новоутворення, відкладають їх на невизначений час, не заперечуючи при цьому можливості раку. Пацієнт з реакцією уникання зазвичай звертаються до онкологів на ІІ – ІІІ стадіях РМНС, коли щадні методи хірургічного втручання вже неможливі.

Супутні поведінкові розлади представлені феноменом «відкладання» - перенесенням (часом неодноразовим) запланованих діагностичних обстежень і початку курсів терапії на віддалений або навіть невизначений термін. До того кожна подібна відстрочка сприймається як полегшення у зв’язку з частковою редукцією тривоги і дезактуалізацією страху тяжкого перебігу захворювання.

Ендоформні гіпоманіакальні нозогенні реакції формуються у пацієнтів з ІІІ-ІV стадіями захворювання. Серед проявів гіпоманії має місце стійка гіперактивність, ідеаторне збудження і балакучість. При цьому на початку реакції (перші 2-3 тижні) поведінка пацієнтів у цілому зберігає адекватну ситуації спрямованість – пошук передових діагностичних і лікувальних центрів, звернення до «найкращих» спеціалістів, з’ясування у інших пацієнтів ефективності того чи іншого методу післяопераційного лікування.

Надалі (3-5 тиждень) у міру наростання гіпоманіакального афекту поведінка хворих набуває дезадаптивного характеру в зв’язку з неадекватним применшуванням серйозності онкологічного захворювання. Так, посилаючись на відчуття повного фізичного благополуччя і комфорту на фоні здійснюваної хіміотерапії, такі пацієнти можуть порушувати режим лікування, ігнорувати рекомендації з обмеження фізичного навантаження і т.п. Судження про стан здоров’я будуються на підставі самовідчуття (характеризується відсутністю болю, побічних ефектів хіміотерапії або тілесного дискомфорту) і відображають недостатнє усвідомлення справжньої тяжкості захворювання з переконанням в абсолютній стійкості організму до онкологічного захворювання [215].

Дослідження психічного стану онкологічних хворих подано В.А. Росляковою у статті «Клініко-психопатологічна характеристика депресивних розладів непсихотичного рівня у хворих з пухлинами щелепно-лицьової ділянки» [Журнал «Медицинская психология», Харьков]. Згідно з результатами дослідження у клініці депресивних розладів переважали такі симптоми: знижена самооцінка – 75,6±4,3%; роздратованість – 68,9±4,6%; зменшення працездатності – 64,4±4,8%; втомлюваність – 91,1±2,8%; інсомнія - 60±4,9%; ідеаторна загальмованість – 91,1±2,8%; звуження кола інтересів – 100%; труднощі у прийнятті рішень або тенденція відкладати прийняття рішень «на потім» – 84,4±3,6%; зниження рівня концентрації уваги – 95,6±2,1% обстежених [204]. Крім того, як вказує автор, у 86,7±3,4% хворих спостерігалося погіршення комунікативних функцій, які проявлялися в неадекватній ситуації поведінці, вибірковому спілкуванні, відсутності реакції на поставлені запитання і т.п. Це свідчить про часткову соціальну дезадаптованість цієї категорії хворих.

Важливо зауважити, що психічний стан онкологічних хворих не обмежується лише реактивними невротичними станами. Через серйозність захворювання часто мають місце більш складні порушення – приміром, розлади свідомості на фоні органічних, метастатичних, інтоксикаційних змін у головному мозку.

Так само важливо згадати про таке явище, як відстрочені емоційні переживання. Мобілізуючи всі свої сили для лікування на початку, пацієнт тримається досить стійко. Та через деякий час всі стримувані переживання дають про себе знати у формі надзвичайно сильної тривоги, хвилювання, гніву та роздратування.

В сучасних міжнародних дослідженнях з медичної психології вивчення проблеми психічних розладів у пацієнтів зі злоякісними процесами виділяється в окремій напрямок «психоонкологія», що оперує власними методологічними підходами з урахуванням специфіки цієї категорії захворювань [204].

Таким чином, проблема психологічного стану онкологічних хворих є досить гострою, причиною чого виступає низка таких факторів: фатальність діагнозу попри успіхи сучасної онкології; операції та лікування, що калічать; відсутність гарантій від рецидивів; наявність вираженого больового синдрому (Гнездилов [61]). З цього випливає необхідність відповідного психологічного супроводу з метою поліпшення якості життя цієї категорії хворих і запобігання соматичним ускладненням на тлі психічних переживань.

Поряд з хронічними захворюваннями не менш серйозними є стани, зумовлені складними травмами – зокрема, хребетно-спинномозковими. Причиною цього є те, що цей вид травм не завжди піддається реабілітації і відновленню, в результаті ламається звична структура життя і людина приречена на існування з великою кількістю обмежень.

Російський психотерапевт І.Д. Булюбаш у своїй книжці «Основні медичні, психологічні і соціальні проблеми пацієнтів зі спінальною травмою», яка стала підсумком її роботи в реабілітаційному центрі, називає такі медичні проблеми постраждалих: порушення рухових функцій, травма спинного мозку на рівні шийних хребців, ушкодження грудного відділу спинного мозку, пошкодження поперекового відділу спинного мозку, інфекційно-запальні ускладнення, нейротрофічні та судинні порушення, порушення функції тазових органів, ортопедичні наслідки спінальної травми [37].

Разом з тим автор вказує на найбільш поширені у цієї категорії хворих три психічниі розлади: реакція горя, великий депресивний епізод, реакції на стрес і порушення адаптації (МКБ-10) [37].

Автор підкреслює, що всі психологічні проблеми в цьому випадку зумовлені настанням у зв’язку з травмою функціонального обмеження людини.

За даними Британської асоціації спінальних травм (Spinal Injuries Association) існує кілька типових реакцій на психічному рівні при травмах хребта.

Заперечення і невіра. Може тривати від кількох годин до кількох днів. Людині важко усвідомити, що це все відбувається саме з нею.

Сум, що переходить у депресивний стан і супроводжується загальною втратою інтересу до життя, почуттям власної нікчемності, безпорадності і/або безнадійності.

Почуття безпорадності. Причиною виникнення цього почуття є та обставина, що людина з цим видом травм на перших порах не спроможна себе обслуговувати самостійно, а в перспективі, напевне, стане людиною з обмеженими можливостями.

Тривога, що переходить у паніку. Має місце тоді, коли людина повністю усвідомлює свій поточний статус і не бачить (або бачить обмежені) перспективи для видужання [369].

Складність ситуації зумовлюється особливостями травм хребта, що полягають в їх непередбачуваності та незапланованості: це може бути транспортна аварія або невдале падіння з висоти і т.п. Оскільки людина не підготовлена психологічно (як у випадку з хронічними захворюваннями, що мають млявий перебіг), реакція збільшується ще сильніше. Психічний стан хворого дуже погіршується, якщо такі травми тягнуть за собою порушення в роботі кишечника, сечового міхура, сексуальну дисфункцію і т.п. [377].

Подібні реактивні невротичні стани виникають також у разі ампутації частин тіла. Власне проблема полягає в усвідомленні пацієнтом порушення цілісності організму. Відбиток також накладають згадувана вище обмеженість функціонування (що немаловажно) і соціальні настановлення, а також та обставина, що людині треба буде пристосуватися до нового способу життя. Пацієнта гризе почуття власної меншовартості (до речі, цілком обґрунтоване!).

Специфіка невротичних переживань у цьому випадку залежить від суб’єктивної значущості для пацієнта тієї чи іншої частини тіла.

Скажімо, ампутація кінцівок тягне за собою стан, подібний до стану при травмах хребта, через обмежену функціональність. Психічний стан хворого погіршується і за рахунок того враження, яке він справляє на оточення. Його психологічний стан значною мірою визначається думкою так званого «колективного іншого» [100]. Звідси виникає переживання своєї фізичної меншовартості, що призводить до обмеження діяльності і спілкування, загальної дезадаптації.

Окрему групу проблем являють собою реактивні стани після відрізання (ектомії) того чи того органа (наприклад, через наявність злоякісної пухлини).

Слід зазначити, що радикальне хірургічне втручання вже саме по собі є вельми стресогенною подією – навіть якщо йдеться про повне усунення причини патологічного процесу (гастроектомія при раку шлунка, вирізування груді при раку молочної залози, холецистектомія при холециститі і т.п.). Людина може позбавитися того чи іншого органа, жертвуючи ним на користь усунення загрози для життя. Сюди також належать реконструктивно-відновлювальні операції.

В медичній літературі особлива увага приділяється випадкам мастектомії і гістеректомії у жінок (наприклад, у разі наявності злоякісних пухлин). При цьому психологічна травма має ніби подвійний характер: по-перше, – це психологічна реакція на сам факт наявності патологічного процесу в організмі, який далеко не завжди виліковується і часто-густо призводить до летального кінця; по-друге, це реакція на операцію, яка має відбутися і назавжди змінити уявлення пацієнтки про власне тіло та привабливість. Справді, в період реабілітації після вказаного виду операцій жінку може спостигнути надзвичайно тяжкий депресивний стан у зв’язку не тільки з утратою органа , а й важливої функції, яку він виконував.

Ще в 1978 році в Британському медичному журналі вийшла стаття під назвою «Psychiatric problems in the first year after mastectomy» [343], в якій серед основних психологічних проблем таких жінок називалися загострене занепокоєння, депресії та сексуальні проблеми.

Окремої уваги потребує психологічний стан людей, котрі живуть з імплантованими замінниками органів: кардіовертерами – дефібриляторами, апаратами штучного кровообігу, штучними серцевими клапанами, штучною ниркою і т.п., які показані у разі неможливості функціонування «рідного» органа і несуть у собі функцію життєзабезпечення організму. На думку дослідників, найбільш поширеною реакцією є підвищення рівня тривожності через усвідомлення можливих збоїв у роботі імплантованого пристрою [337]. Справа в тому, що штучний орган сприймається як щось таке, яке працює саме по собі, чим неможливо управляти, але саме він забезпечує життєдіяльність організму. Таким чином, підвищена тривожність може бути пов’язана з усвідомленням залежності. Однак, як показує практика, багато людей, зрештою, пристосовуються до того, що апарат стає частиною їх тіла.

Не менш важливим є психологічний стан пацієнта з трансплантованим органом. Особливо якщо йдеться про пересадку живого матеріалу не у межах одного організму, а коли пацієнт виступає реципієнтом від донора.

Спільно з тим, трансплантологія має справу з етичними, правовими і суто медичними аспектами (гістосумісність, імунологічна толерантність і т.п.), серйозну проблему створює і психологічний бік питання.

В наш час, коли трансплантологічні операції стали досить поширеними, а їх успішність та виживання після них поступово збільшуються, гострої актуальності набуває, на думку дослідників, питання психологічного супроводу пацієнтів до, а також після таких операцій [329].

Ускладнення у психологічному стані потенційного реципієнта можуть спостерігатися як до, так і після операції. Справа в тому, що реактивні прояви трапляються ще задовго доо самої операції. Мають місце усвідомлення деструктивних процесів у власному організмі, з одного боку, і повна залежність від процедур, що підтримують життєспроможність (наприклад, гемодіаліз при нирковій недостатності) – з другого. Ситуація характеризується залежністю та невизначеністю і водночас надією на позбавлення від проблеми шляхом трансплантації здорового органа [317].

Психічний стан пацієнта залежить також від виду трансплантації. Мається на увазі те, чи можлива заміна органа, що не функціонує, штучним. Приміром, вчені твердять, що для пацієнтів з печінковою трансплантацією немає альтернативи у формі «штучної печінки». В іншому випадку час операції з трансплантації нирки можна відтягти завдяки використанню апарата гемодіалізу. Це пояснюється тим, що період між термінальною печінковою недостатністю, яка призводить до найтяжчого ступеня токсикозу, й операцією гранично короткий.

Відтак, найпоширенішим реактивним станом є депресія, що зумовлено тривалим періодом очікування і невизначеності. Так, згідно з даними американських дослідників (Lopez Navas, Rios, et al. [342]), психологічний стан пацієнтів, що перебувають у черзі за донорським органом, можна охарактеризувати як глибоко депресивний.

Іншою психологічною реакціє є стан тривоги, який спостерігається як у до, так в післяопераційний період. Пов’язаний він з хвилюванням з приводу можливих ускладнень у формі відторгнення, занесення інфекції і т.п. аж до танатофобії.

Дослідники Цюріхського університету, посилаючись на більш ранні дослідження, описують стадії «приживання» донорського органа [328]. На першому етапі донорський орган сприймається як стороннє тіло; другий етап характеризується невизначеністю у сприйманні, і лише на третьому етапі трансплантований орган ідентифікується з власним тілом пацієнта.

В зв’язку з цим вчені неодноразово ставили питання про само ідентифікацію прооперованої людини. Особливо це стосується операцій з пересадки серця, легенів, статевих залоз. Справа в тому, що в масовій культурі й у християнському світогляді серце прийнято сприймати не тільки як насос, що перекачує кров, а й як осереддя людського єства, його здібностей, інтелекту, волі, це точка, з якої виходить і в яку повертається все духовне життя [274]. Безумовно, ця точка зору далека від наукової, але ідеї,які передаються від покоління до покоління споконвіку, не можуть не накладати свій відбиток. Звідси і багато складнощів, які супроводжують пересадку цього органа і психологічний феномен відчуття чогось стороннього.

Не менш важливою є так само проблема вибору/ пошуку донора [332]. Нерідко у реципієнта спостерігається загострене почуття провини у зв’язку з тим, що своїм життям він зобов’язаний донору: живому чи мертвому. В першому випадку пацієнта можуть відвідувати тривожні думки на кшталт: «заради того, щоб я жив, хтось має страждати», у другому – людина може відчувати вигадану провину за смерть іншого.

Підсумовуючи викладене, можна констатувати, що основними реактивними станами пацієнтів, котрі перенесли операції трансплантації, є депресії, пов’язані з непевністю подальшого прогнозу, усвідомленням залежності та неможливості контролю над ситуацією, занепокоєнням стосовно можливості відторгнення трансплантат, залежністю від приймання імунодепресантів, переживанням почуття провини.

Слід також враховувати, що у разі трансплантологічних операцій часто-густо мають місце не тільки реактивні невротичні стани, а й більш складні психіатричні розлади і різні граничні стани [329]. В цілому ж це питання потребує більш детального аналізу через те, що проблема має багатосторонній характер.

Таким чином, з викладеного випливає, що реактивні невротичні стани при різних видах соматичних порушень мають низку подібностей. Це пригніченість, підвищений рівень тривожності, фобічні переживання і т.п. Пов’язане це насамперед з усвідомленням власної фізичної меншовартості, обмеженість функціонування, а також боязню ускладнень і летального кінця. Спільним є те, що через обмежену функціональність організму має місце тенденція до зменшення соціальної активності, що у свою чергу веде до посилення почуття ізоляції.

На цих станах позначаються і соціальна ситуація, і власне особистісні особливості хворого. Як зазначалося вище, реакція на хворобу має ряд механізмів, які у своїй сукупності і формують той чи інший реактивний стан.

Психологічний стан стражденного залежить від багатьох факторів: по-перше, від того, наскільки раптово проявилося захворювання; по-друге, який ступінь загрози вона в собі несе (від погіршення якості життя до летального кінця); по-третє, від перспектив повного чи часткового виліковування.

Важливо зауважити, що комор бідні психічні стани не є порушенням, а являють собою природну реакцію психіки на тілесне неблагополуччя. Однак тривалі та інтенсивні емоційні розлади здатні справляти негативний вплив на перебіг хвороби, викликати не адаптивні захисні механізми і до того можуть провокувати супутні ускладнення основної хвороби.

Здійснений нами огляд, безумовно не вичерпує всіх аспектів цієї проблематики, оскільки не охоплює всього спектра соматичних розладів. Разом з тим він забезпечує більш-менш ясний емпіричний фон для вирішення теоретичних і прикладних проблем особистісно орієнтованої психотерапії пацієнтів соматичного стаціонару.

**Висновки до третього розділу**

Емпіричне дослідження емоційних корелятів соматичних захворювань з тенденцією до хроніфікації з використанням цілого ряду проективних і психометричних методик показали, що можливі психологічні прояви соматичної клініки навіть при широкому діапазоні соматичної нозології (серцево-судинні, ендокринні, респіраторні, гастроентерологічні, онкологічні захворювання, а також хребетно-спинномозкові травми, ампутації, ектомії, трансплантації та ін..) мають цілу низку спільних психологічних реакцій.

Це тривожно-депресивні стани, реакції уникання, ендоморфні гіпоманіакальні нозогенні реакції, тривога, що переходить у паніку, почуття безпорадності, широкий спектр депресивних станів і, безумовно, розвиток іпохондрії. Все більш зростаюча увага до вказаної клініки і, зокрема, до соматичних станів при захворювання, здатних викликати хроніфікацію та інвалідність, свідчить про розуміння дослідниками того факту, що психічний стан пацієнта має самостійний як саногенний, так і патогенний потенціал. На особливу увагу заслуговує логіка аграваційних процесів, оскільки саме ці патогенні переживання зумовлюють багатоманітний патогенний вплив на організм пацієнта, узагальнений у загальновизнаному терміні «nocebo». При цьому підкреслюється, що будь-який справжній особистісний копінг передбачає, як відомо, саме скерованість на майбутнє, відкритість перспективи руху. Зміни ескізу майбутнього – одна з найбільш суттєвих характеристик нової соціальної ситуації розвитку, яка складається в умовах хвороби. Усі минулі життєві цілі, прагнення, очікування знецінюються, а невизначеність прогнозу порушує можливість планування життєвих цілей. Активність, цілеспрямованість, установка на самореалізацію та досягнення, що скеровані у майбутнє, втрачають свій смисл у ситуації тяжкого соматичного захворювання, що фруструє основні людські потреби соціального та фізичного існування. На основі цього формується нова соціальна позиція – соціальної неповноцінності. Нова соціальна ситуація розвитку соматичне хворої людини стає предметом її активної внутрішньої роботи, внаслідок якої формується нова внутрішня позиція людини, зміст та динаміка якої відображає основні смислові зміни в структурі особистості.

Наші експериментальні дослідження показують, що показник емоційного ставлення пацієнтів до хвороби та її наслідків, до процедур лікування і самоконтролю, а також до значущих сфер життєдіяльності на тлі хронічних захворювань, що відносяться до кардіологічної і гастроентерологічної нозології, підпорядковується деякій умовній пропорції, в якій саме хворобливий стан та його прояви незмінно займають провідне місце. При цьому об’єкти, пов’язані з хворобою, здебільшого асоціюються з чорним кольором, тоді як об’єкти зі сфер життєдіяльності найчастіше асоціюються з яскравими кольорами. Характерно, що основним кольором, з яким асоціювалася більша частина понять у хворих з хронічним холециститом, був жовтий, а у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю – коричневий. В жодному разі не претендуючи на вдосконалення традиційної інтерпретації відомого тесту Люшера, разом з тим зауважимо, що друге свідчить про відчуття своєї слабкості і дефіцит енергетичного потенціалу, тоді як перше – про більшу довіру до життя і віру в позитивну перспективу, в майбутнє. Варто також зазначити, що пацієнти з серцевою недостатністю виявили тенденцію до переоцінки тяжкості своєї хвороби, в той час як хворі на хронічний холецистит більш адекватно ставилися до власного захворювання.

На нашу думку, це свідчить про розбалансування емоційних складових у структурі внутрішньої картини хвороби, за якого знання хвороби і розуміння правил самоконтролю втрачають функцію регулювання реальної діяльності пацієнтів зі збереження здоров’я. Певно, вказане розбалансування виступає специфічним механізмом порушення смислової саморегуляції.

За допомогою методики «Локус суб’єктивного контролю» (ЛСК) встановлено, що в цілому хворі ХХ відзначаються помірно інфернальним локусом контролю, хворі СН – помірно екстернальним локусом контролю. Статистично значущі відмінності між хворими ХХ і СН були отримані за такими шкалами: «невдачі» (р < 0,01), загальної інтернальності, «виробничі відносини» ( p < 0,05).

Дослідження за допомогою методики Келлермана – Плутчека спільно з рисунком неіснуючої тварини (РНП) з урахуванням того, що в останньому підставою для діагностики захисних механізмів виступали графічні аспекти та проективні історії пацієнтів, дало такі результати. Статистично значущі відмінності між групою норми і пацієнтами з ХХ були виявлені за параметрами прояву захисних механізмів раціоналізації (p < 0,01), заперечення і компенсації (р < 0,05); між групою норми і групою хворих СН – за параметром раціоналізації (р < 0,05), а між групами хворих ХХ і СН – за параметрами регресії, заперечення, проекції, компенсації та раціоналізації (р < 0,05). Таким чином, провідними захисними механізмами хворих ХХ і СН виступають заперечення і раціоналізація.

Отримані на першому етапі дослідження дані забезпечили нам попереднє орієнтування у фактичній симптоматиці і феноменології психічних станів пацієнтів соматичного стаціонару, що дало можливість більш усвідомлено підійти до поглиблення і розширення нашого дослідження. Крім того, нам важливо було зрозуміти, як наші емпіричні дані узгоджуються із загальною картиною, що стосується сома тики в цілому в інших дослідників.

**Результати дослідження, викладені у третьому розділі, відображені в наступних публікаціях автора**

1. **Максименко К.С.** Личностно-ориентированная терапия эмоциональных расстройств при соматогениях / К.С. Максименко. – **К. : Издательский Дом “Слово”, 2015 – 352 с.**

**РОЗДІЛ 4**

**ПРОБЛЕМА МЕХАНІЗМІВ І ВПЛИВУ ПСИХОТЕРАПІЇ В КЛІНІЦІ НЕПСИХОТИЧНИХ ОСОБИСТІСНИХ РОЗЛАДІВ**

Зібраний та проаналізований нами теоретичний і емпіричний матеріал створив можливість для постановки ледве не головної проблеми нашого дослідження: які реальні можливості особистісно орієнтованої психотерапії стосовно соматогеній досліджуваного кола захворювань? Та ще важливіше – наслідки доцільного й аргументовано можна вирішувати питання не просто про симптоматичну, а й про патогенетичну психотерапію в клініці соматичних захворювань, якщо дослідження вказують на наявність певних зв’язків між специфікою особистісного «Я» і хворобою.

Спочатку розглянемо загальну характеристику особистісних акцентуацій відповідно до їх класифікацій на сьогоднішній день.

**4.1. Загальна характеристика психологічної специфіки непсихотичних особистісних розладів (за МКХ-10)**

Можна по-різному йменувати особистісні особливості, про які йтиметься: своєрідність характеру, характерологічний радикал, особистісна акцентуація і т.п. Ми дотримуватимемося гранично чіткого, можливо дещо ригористичного, але зате цілком певного терміна, який, на нашу думку, робить наше завдання більш рельєфним і визначеним – «особистісний розлад».

В сучасній психіатрії і медичній психології склалася традиція диференціювати психічні розлади за принципом «психотичний - непсихотичний», що визначає рівень цих розладів, своєрідну глибину і вираженість психопатологічної картини захворювання. Психотичний рівень розладу психічної діяльності у всіх випадках оцінюється як стан більш «тяжкий», ніж непсихотичний [158].

Психотичний рівень розладів характеризується порушенням психічних фукцій, порушенням психологічного контакту з реальною дійсністю, дезорганізацією діяльності, поведінкою, загрозливою для хворого й оточуючих, відсутністю критики стосовно свого стану. Психотичні розлади стосуються таких сфер психічної діяльності, як сприймання, пам’ять, мислення, емоції, свідомість, і виражаються в таких симптомах та синдромах, як галюцинації, марення, розірваність і незв’язність мислення, шперунг, аутизм, амбівалентність, розлади свідомості, виражене збудження і гіперактивність, психомоторна загальмованість і кататонічна поведінка.

У свою чергу непсихотичний рівень розладів характеризується передусім наявністю критики щодо свого стану й адекватною оцінкою навколишньої дійсності, що проявляються у диференціації хворобливих суб’єктивних відчуттів (симптомів) і об’єктивної реальності. Поведінка хворого, хоча й може порушуватися, найчастіше не становить небезпеки для самого хворого або оточуючих і перебуває в межах соціально прийнятих норм. До непсихотичних розладів прийнято відносити психогенні порушення (неврози, патологічні реакції на стрес, соматизовані і соматоформні розлади), розлади особистості, а також неврозоподібні прояви при органічних захворюваннях головного мозку, соматичних захворюваннях [122, с. 28].

Однак у Міжнародній класифікації хвороб ВОЗ десятої версії (МКХ-10) відсутній традиційний поділ на неврози (непсихотичні розлади) і психози (психотичні розлади), чого ще не має в дев’ятій версії. В МКХ-9 виділяли групи «органічні психози» й «інші психози», а також групу «неврози, розлади особистості (психопатії) та інші непсихотичні розлади» [24]. Укладачі МКХ-10 пояснюють такий стан наявністю теоретичних і концептуальних проблем у визначенні змісту понять «невроз» та «психоз» і практичній диференціації симптоматики: «кожний раз виникали питання про уведення таких надзвичайно складних понять, як «інсайт» (критичне ставлення до свого психічного стану) і «контакт з реальністю», а також про залучення гіпотетичних механізмів психологічного захисту, які зовсім не належать до загальновизнаних концепцій навіть в умовах того культурного середовища, з якого беруть початок» [84, с. 364]. У зв’язку з цим лишається відкритим питання про те, який розлад з останньої версії Міжнародного класифікатора хвороб можна віднести до непсихотичних.

За даними більшості вітчизняних авторів, непсихотичними вважаються дві групи розладів, які до недавнього часу йменувалися «неврози» і «психопатії», а в сучасній термінології «невротичні розлади» і «розлади особистості». У вітчизняній психіатрії досить тривалий час була поширена точка зору, згідно з якою неврози виникають зазвичай у психопатичних особистостей як самостійний психічний розлад, як гостра реакція на психотравмуючу подію. Пізніше закріпилося уявлення про те, що неврози неспецифічні особистостям, котрі страждають психопатіями або мають виражені психопатичні риси характеру. Таким чином, принциповим вважався поділ неврозів і психопатій [83]. Ці групи розладів справді істотно відрізняються за глобальністю особистісних змін, внеском психогенних і конституціональних факторів, ступенем критичності до власного стану. Так, при невротичних розладах спостерігаються парціальні особистісні порушення зі збереженим критичним ставленням до хвороби і здатністю адаптуватися до навколишнього середовища. У свою чергу, при розладах особистості мають місце глобальні порушення характерологічної конституції і поведінкових тенденцій індивіда, порушення соціальної адаптації, часткове усвідомлення власного хворобливого стану, критика деяких аспектів може бути взагалі відсутня.

Водночас загальним для неврозів і психопатій є виникнення декомпенсації у відповідь на різні психотравматичні впливи, внаслідок чого мають місце яскраво виражені порушення емоційно-вольової сфери, соціальної взаємодії при відсутності патопсихологічних порушень передусім мислення і свідомості. Неврозом і психопатіям не властиве виникнення особистісного дефекту. Таким чином, виходячи з традиційного уявлення вітчизняної психіатрії, розлади непсихотичного рівня в МКХ-10 можуть бути представлені більшістю розладів з рубрики «Невротичні, пов’язані зі стресом і соматоформні розлади» (F40-48), а також деякими групами розладів рубрики «Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих» (F60-69), передусім «специфічними розладами особистості» (F60).

Невротичні, пов’язані зі стресом, і соматоформні розлади в МКХ-10 визначаються як пов’язані з психологічним стресом, що відповідає уявленням про психогенну природу невротичних порушень, яка визначається існуванням зв’язку між клінічною картиною неврозу, особливостями системи відносин і патогенною конфліктною ситуацією. Вітчизняними авторами невроз розуміється як психогенний конфліктогенний нервово-психічний розлад, що виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих відносин людини і проявляється в специфічних клінічних феноменах при відсутності психотичних явищ (Бурно [38]; Макаров [139]; Карвасарський, [83]; Свядощ [221] й ін.). Для невротичних розладів властиве домінування в клінічній картині емоційно-афективних і соматовегетативних порушень, а також оборотність цих порушень незалежно від їх тривалості. Таким чином, розлади, що традиційно йменувалися «невроз», у МКХ-10 подані в таких нозологічних формах: неврастенія (F48.0), дисоціативні (конверсійні) розлади (F44), обсесивно-компульсивні розлади (F42), тривожно-фобічні розлади (F40), інші тривожні розлади (F41). Як не психогенні психотичні порушення можна розглядати також реакції на тяжкий стрес й адаптаційні розлади (F43) та соматофорні розлади (F45).

Специфічні розлади особистості (F60) визначаються в МКХ-10 як «тяжкі порушення характерологічної конституції і поведінкових тенденцій індивіда», що «охоплюють кілька сфер структури особистості» і «майже завжди супроводжуються значним дистресом, що суб’єктивно переживається, і соціальною дезадаптацією». Автори МКХ-10 виокремлюють такі діагностичні критерії специфічних розладів особистості. «Патерни внутрішніх переживань і поведінки в цілому істотно відхиляються від очікуваних у відповідному культурному середовищі і виходять за рамки прийнятного діапазону (або «норми»)». Таке відхилення, по-перше, має «загальний, все проймаючий характер, проявляючись як негнучка, дезадаптивна поведінка в широкому діапазоні різноманітних особистісних і соціальних ситуацій»; по-друге, «є стабільним і спостерігається протягом тривалого часу, починаючи з підліткового віку»; по-третє, «справляє несприятливий вплив на соціальне оточення» індивіда [84, с. 230-231]. Ці критерії повністю відповідають діагностичним критеріям психопатії, які були виділені П.Г. Ганнушкіним [56] і О.В. Кербіковим [87], – тотальності (одні й ті самі риси виявляються в різних сферах життя) й стійкості, тобто властивості патопсихологічних рис проявлятися протягом усього життя, піддаючи постійним зривам процеси соціальної адаптації. Розлади особистості в МКХ-10 представлені такими нозологічними формами: параноїдний (F 60.0), шизоїдний (F 60.1), дисоціальний (F60.2), емоційно нестійкий (F 60.3), демонстративний (F 60.4), ананкастичний (F 60.5), тривожний (уникаючий) (F 60.6), залежний (F 60.7).

Окресливши коло розладів, що підлягають аналізу, розпочнемо характеристику їх психологічної специфіки. Передусім варто визначити значення психічної травми для появи невротичних й особистісних розладів. Під психічною травмою розуміють, як правило, життєву подію, що зачіпає значущі сторони існування людини і призводять до глибоких психологічних переживань. Як психотравми розглядають окремі стимули (об’єкти або дії), епізоди (значущі події), ситуації, оточення і середовище (сукупність фізичних і соціальних змінних зовнішнього світу). Існують різні точки зору стосовно зв’язку змісту психічної травми з невротичною симптоматикою. Так, К. Ясперс вважав, що між психотравмою і симптомами неврозу існують психологічно зрозумілі зв’язки. У свою чергу, Е. Кречмер наполягав на тому, що психогенне захворювання виникає у відповідь не на будь-яку психічну травму, а лише на ту, яка зачіпає особливо значущі сторони відносин хворого, залежні від особливостей його характеру.

Тим часом В.М. М’ясищев поділяв психотравми на об’єктивно-значущі (значущість яких можна вважати високою для більшості людей) й умовно-патогенні (викликають переживання внаслідок особливостей ієрархії цінностей людини), підкреслюючи тим самим семантичну роль події й визначальне значення ставлення особистості до психотравмуючої ситуації як патогенної. На думку вченого ситуація стає патогенною за умови неможливості її раціональної переробки, подолання або відмови від нездійснених потягів. В.М. М’ясищев підкреслював також наявність змістового зв’язку між характером психотравми, клінічними проявами неврозу і патологічною фіксацією на фрустрації і пов’язаних з нею переживаннях.

Психотравмуючі події істотно позначаються і на динаміці розладів особистості. Так, Ю.А. Александровський [10] виділяє два типи динаміки розладів особистості, один з яких відповідає віковим кризам, а другий зумовлений стресовими, здебільшого психотравмуючими, впливами. Найбільш загальний механізм «психотравмуючої» динаміки він описує як компенсацію і декомпенсацію особистісних особливостей, що змінюють одна одну. Декомпенсація, на думку Ю.А. Александровського, проявляється в помітному загостренні всіх притаманних особистості рис. Компенсація є більш чи менш адекватним пристосувальним механізмом до мікросоціального середовища, що забезпечує можливість адаптації. Отже, дія психотравми не викликає розладу особистості, а істотно загостює психопатичні риси. З вищесказаного випливає що психотравма в більшості випадків має суто суб’єктивне значення і справляє психогенний вплив за умови «низької чутливості» особистості до подібних стресорів.

Реакція на травматичну подію залежить, з одного боку, від характеристики психотравми, раптовості її виникнення й інтенсивності впливу, а з другого, - від індивідуальних особливостей сприймання, оцінки, інтерпретації цієї події (змістовний бік). Специфічними є реакції на стресові життєві події, які виникають незалежно від індивідуально-психологічних особливостей особистості. Стрес може мати універсальні характеристики, що нівелюють потребу враховувати індивідуальну вразливість для пояснення його сильного впливу на особистість.

У МКХ-10 виділяють окремі нозологічні форми розладів, що мають чіткий часовий та причинний зв’язок з об’єктивно значущою психотравмуючою подією. Такі розлади розвиваються в осіб, котрі не страждають будь-якими іншими психічними патологіями. Відсутні раніше розлади особистості і навіть акцентуації особистісних рис виникають як дезадаптивні реакції на гострий тяжкий стрес або пролонговану психотравму, призводячи до порушення соціального функціонування. Тривалість і характер реакції на психотравмуючий вплив визначають нозологічну форму розладу. Гостра реакція на стрес (F43.0) триває від кількох годин до кількох днів і проявляється в швидко змінюваній симптоматиці, що ключає стан «оглушення» з певним звуженням поля свідомості і обсягу уваги, дезорієнтацію, неспроможність адекватного реагування; можливі також періоди ажітації та гіперактивності, панічної тривоги з вегетативними проявами гніву та вербальної агресії, іноді розвивається часткова або повна амнезія на час тривання епізоду.

Розгляд адаптації (F43.2) виникає в період пристосування до значної зміни в житті або до стресової життєвої події, проявляється у вигляді станів суб’єктивного дистресу і емоційних порушень, які з’являються протягом місяця після дії психосоціального стресора і тривають не більш як півроку, що призводить до порушення соціального функціонування і зниження продуктивності. При цьому типі розладів емоційні порушення представлені зазвичай депресивним (горе, зниження настрою, схильність до усамітнення) або тривожним (хвилювання, непосидючість, тривога і страх щодо майбутнього, очікування нещастя) варіантами, можливе також агресивне реагування.

Посттравматичний стресовий розлад (F43.1) виникає як відкладена або затяжна реакція на стресову подію винятково загрожуючого або катастрофічного характеру, що виходить за межі буденних життєвих ситуацій і здатна викликати дистрес практично у кожної людини (приміром, бойові дії, терористичні атаки, природні і штучні катастрофи, насилля і тортури). Типовими ознаками цього розладу є епізоди повторного переживання психічної травми у вигляді нав’язливих спогадів, жахливих сновидінь, відчуження від інших людей, втрата інтересу до життя й емоційне притуплення, роздратованість або вибухи гніву, підвищена боязливість, уникання діяльності та ситуацій, що нагадують стресову ситуацію або пов’язані з нею. Внаслідок тривалого посттравматичного стресового розладу може розвинутися «стійка зміна особистості після перенесеного катастрофічного переживання» (F62.0), що проявляється через значні зміни в патерні поведінки, сприймання і мислення, ставлення до оточення і до самої себе і зберігається протягом не менше двох років після перенесеного катастрофічного сильного або надмірно тривалого стресу. Цей розлад характеризується ворожим або недовірливим ставленням до всього зовнішнього світу, соціальною відгородженістю, тотальним почуттям спустошення або безпорадності, тривалим депресивним настроєм, внутрішнім напруженням і хронічним відчуттям навислої загрози, відчуженістю, тенденцією відмежуватися від реальності за допомогою наркотичних речовин або алкоголю.

Таким чином, дія стресових життєвих подій позначається насамперед на особливостях емоційного реагування – викликає депресивні і тривожні переживання або агресивні реакції, обов’язковим компонентом чого є і соматовегетативні функціональні порушення. Порушуються також деякі пізнавальні функції: мають місце звуження уваги, дезорієнтація, амнезія при гострій реакції на стрес; нав’язливі спогади, порушення здатності до інтеграції травматичного досвіду з іншими подіями життя. Це призводить у цілому до загальної і соціальної дезадаптації, соціальної відгородженості і відчуження, зміни ставлення до інших людей та само ставлення. Однак такий тип реагування на психотравму мало відображає її змістовий аспект і не є «особистісно специфічним».

На думку В.М. М’ясищева, саме суб’єктивне ставлення особистості до психотравмуючої ситуації, а також особливості функціонування механізмів психологічного захисту визначають тип і характер психогенного розладу. Попри те, що психотравмуюча подія має різне значення в ґенезі та динаміці невротичних розладів і розладів особистості, реакція на психотравму в обох випадках подібна, оскільки включає особливі компенсаційні механізми. Психотравмуюча подія, взаємодіючи з особливостями особистості у хворих на неврози, формує інтрапсихічний невротичний конфлікт (психологічний, мотиваційний конфлікт), який за певного рівня стійкості або сили призводить до продукування хворобливих симптомів. На пом’якшення психічного дискомфорту, пов’язаного з інтрапсихічним конфліктом, спрямована дія системи психологічного захисту – захисних механізмів особистості, процесів компенсації, копінг-механізмів. Однак при неврозі дія психологічного захисту часто-густо буває неадекватною і неефективною, що призводить до їх адаптаційної неспроможності. Динаміка невротичних розладів характеризується появою вторинних захисних механізмів, що закріплюють невротичну поведінку – це такі механізми, як, приміром, раціоналізація з метою виправдання хворобою своєї неспроможності, занурення в хворобу, що звільняє від відповідальності за розв’язання складних ситуацій, і т.п. [83].

При розладах особистості психотравма так само «включає» особливі захисні функції – щоправда, дещо відмінні від «невротичних». Сам розлад особистості вже передбачає наявність сформованих компенсацій – адаптацій до середовища. Психологічна травма при психопатії провокує виникнення декомпенсацій – порушень особистості, що виникають при нездатності пристосувальних захисних механізмів протистояти психогенним факторам, ще більше загострюючи таким чином патологічні риси. Отже, і при неврозі, і при психопатії реакція на психотравму характеризується неадекватністю особистісного реагування.

Більшість дослідників поділяють ту точку зору, що будь-який невроз є характерологічним. Ще більш точно сформував це положення Д. Шапиро: «...Невротик не просто страждає від неврозу (як можна страждати від туберкульозу або холоду), а й бере активну в ньому участь, поводиться відповідно до правил неврозу, тим самим підкреслюючи характерне сприймання» [277, с. 23].

При неврозах задіяний по суті той самий «компенсаторний» механізм, що і при психопатіях, оскільки психотравмуюча ситуація при неврозах справляє патогенний вплив лише при наявності певних особливостей особистості, що надають значущості та гіперактуалізації несприятливому впливові. Спостерігається залежність інтенсивності та гостроти невротичного реагування на психотравму від особистісних особливостей індивіда, що склалися протягом життя і визначають різні ступені свободи реагування на виниклу ситуацію. На думку Г.К. Ушакова, клінічній картині неврозів, як правило, не тільки зберігаються, а й гротескно посилюються властивості характеру, типові для хворих у преморбідному періоді [252]. Інакше кажучи, є всі підстави говорити про певні зв’язки психогеній з особистістю хворого.

У зв’язку з цим В.М. М’ясищев, розуміючи невроз як хворобу особистості, писав: «…Сприятливим до невротичної декомпенсації в характері є те, що загострює чутливість, створює протиріччя – і передусім конфлікти на «особистому» підґрунті – і що утруднює продуктивне подолання їх» [171, с. 59]. Таке «особисте» підґрунтя багато авторів вбачають в історії формування і становлення цієї особистості, в наявності несприятливих впливів зовнішнього соціального середовища, «дитячих психотравм» – таких, як неповна сім’я, конфліктні відносини в сім’ї, аморальна поведінка батьків, спостереження драматичних подій і т.п. Існує також думка про зв’язок невротичних симптомів з відхиленнями в характері на зразок посилення окремих його рис (акцентуації). На важливості ролі акцентуації характеру наголошує багато авторів. Певним типам акцентуації характеру властиві певні форми невротичних розладів, тобто визначені особливості клінічної картини неврозу, вибіркова чутливість до певних психогенних факторів і т.п. Акцентуація характеру зумовлює «місце найменшого опору» в невротичному реагуванні. Таким чином, характерологічна конституція визначає схильність до виникнення невротичних розладів та їх змістовий бік. При розладах особистості патологічні риси характеру визначають все обличчя людини і спостерігаються протягом усього життя.

Вроджено-конституціональні особливості в обох патологіях визначають наперед тип і характер невротичних або особистісних порушень. Однак багато авторів підкреслюють значення соціальних умов розвитку і виховання у виникненні і неврозів, і психопатій. Зокрема, як причини розладів особистості, поряд з конституціально-спадковими і вродженими факторами, розглядають несприятливі соціально-психологічні фактори й недоліки виховання: такі, як погані умови життя в дитинстві, сирітство, батьківська холодність або гіперопікування, антисоціальні настановлення мікросоціального оточення, наркоманія, алкоголізм батьків, втрата одного з батьків, розпад батьківської сім’ї та інші стресові події. О.В. Кербіков назвав такий процес терміном «патохарактерологічний розвиток», який розумів як форму становлення психопатичної особистості.

У МКХ-10 вказується ,що «перші прояви розладу особистості виявляються зазвичай у старшому дитячому або підлітковому віці; в подальшому вони зберігаються у дорослої людини протягом усього життя» [84, с. 230]. Відтак, психопатичні патерни поведінки формуються на ранніх етапах у процесі індивідуального розвитку: це результат спільного впливу конституціональних факторів і соціального досвіду.

У разі невротичних розладів соціально-психологічні фактори справляють вплив не на виникнення психічної патології, а на формування таких особистісних особливостей, які стають «місцем найменшого опору» при дії психотравми. На думку А.І. Захарова, Е.Г. Ейдемиллера й інших дослідників, як патогенні можуть виступати чинники сімейного виховання, конфліктні відносини в сім’ї, емоційна холодність батьків, батьківська депривація, завищені або суперечливі вимоги, категоричність і владність батьків стосовно дитини, недовіра до можливостей і власного досвіду дитини, драматичний колишній досвід міжособистісних взаємин (у сім’ї, з ровесниками, з «авторитетними» фігурами) і т.п. [74; 284]. Таким чином, формуються неадекватні самооцінка і самоставлення, неадекватні патерни реагування в «складних» ситуаціях, неадекватні способи взаємодії з оточенням. Принципова відмінність між неврозом і психопатією полягає в тому, що соціальний вплив спільно з характерологічними особливостями формують при розладах особистості безпосередньо симптоматику – патологічну поведінку, а при невротичних розладах – «преморбідні особливості» особистості.

В основі клінічних проявів і невротичних розладів, і розладів особистості лежать схожі психологічні феномени – передусім це стосується порушень емоційної сфери. На думку більшості авторів, у клінічній картині неврозів домінують емоційно-афективні порушення – такі, як фобії, патологічна тривога і депресія. Клінічна картина психопатій характеризується вираженими ознаками розладів емоційно-вольової сфери: приміром, такими, як лабільність емоцій, імпульсивність, вибухи гніву, не контрольованість емоційних реакцій, тривожність і невпевненість у собі. Домінування емоційної нестійкості і вираженої тривоги є визначальним для невротичних розладів і деяких форм психопатій.

Можна вважати усталеною думку про те, що тривога є найбільш поширеним і типовим для невротичних розладів психопатологічним симптомам. Тривога виступає центральним компонентом тривожних і тривожно-фобічних розладів. Феномен тривоги, яку розуміють як почуття внутрішнього напруження, пов’язане з очікуванням загрозливих подій, об’єднав в одну групу панічний розлад (F41.0), генералізований тривожний розлад (F41.1), змішаний тривожно депресивний розлад (F41.2). Інтенсивність емоційного переживання тут може змінюватися від тривоги, що вільно поширюється, паніки. Тривога обов’язково супроводжується вегетативними компонентами – такими, як посилене або прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння і тремор, сухість у роті, утруднене дихання, почуття задухи, нудота або неприємні відчуття у животі.

В підґрунті тривожно-фобічних розладів (F40) лежить феномен страху який на відміну від тривоги – має конкретну предметну спрямованість, найчастіше проектується на зовнішню реальність. У МКХ-10 до тривожно-фобічних розладів відносять агорафобію (F40.0), соціальні (F40.1) й ізольовані (F40.2) фобії. В цілому налічується понад 300 фобій. Найвідомішими є соціальні фобії, які полягають у нав’язливому страху відчувати стосовно себе увагу оточуючих або здійснити щось таке, яке може викликати їхнє несхвалення – приміром, страх почервоніти на людях (ерейтофобія), страх здатися смішним (скопофобія), страх розсміятися на похороні або страх вилаятися. Особливими різновидами фобій є агорафобія (страх перебування на відкритому просторі: на вулиці, в натовпі) і клаустрофобія (страх закритих приміщень: ліфтів, громадського транспорту), характерною особливістю яких є побоювання лишитися без допомоги. Ізольовані фобії обмежені вузько специфічними ситуаціями – такими, як перебування в безпосередній близькості від певного виду тварин, перебування в темноті, гроза, польоти в літаках, вживання в їжі деяких продуктів, вигляд крові або ран і т.п. Страх у людини може викликати не сам об’єкт, а наслідки контактування з ним: приміром, як при мезофобіях (страх забруднення) і нозофобіях (страх захворювань). Стан такого хворого характеризується постійним очікуванням психотравмуючого фактору, вираженим тривожним напруженням при безпосередньому контакті з об’єктом страху, яке може за певних умов досягати рівня панічної атаки з ажітацією. Інтенсивність страху може досягати рівня паніки при безпосередньому контакті з об’єктом боязні. Тривога і страх часто призводять до ухильної поведінки або її загальної дезорганізації.

Подібні особливості емоційного реагування спостерігаються і при тривожному (уникаючому) розладі особистості (F 60.6). Цей розлад особистості характеризується відчуттям напруження і поганими передчуттями, постійною тривогою стосовно своєї безпеки, соціальної меншовартості, прийняття іншими, а також страхом критики, несхвалення або знехтування. Застрягання на афекті відбувається внаслідок того, що негативні переживання не витискаютьяс назовні й не проявляються зовні. Такий емоційний стан позначається і на поведінці, що звужує можливості адекватного реагування на ситуацію: наприклад, введення певних обмежень, що лишає свій відбиток на всьому способі життя; уникання соціальної активності та професійної діяльності, пов’язаної з такою активністю; встановлення нових міжособистісних контактів.

Дещо інші порушення емоційного реагування спостерігаються при емоційно не стійкому розладі особистості (F 60.3), а саме: яскраво виражена схильність діяти імпульсивно, нестійкість настрою, неконтрольовані емоційні спалахи, бурхливі прояви роздратування,гніву, незадоволення, схильність вступати у конфлікти в емоційно значущих ситуаціях – особливо у разі перешкоджання оточуючими імпульсивним діям або вираження ними осуду. Характерною особливістю цього виду розладів є невідповідність рівня реактивної агресивності силі ситуативного стресу, що виявляється у втраті контролю над своїми агресивними спонуками, які виражаються у нападі на оточуючих і пошкодженні майна. В умовах емоційно незначущих для хворого обставин афективні реакції можуть бути досить адекватними. Таким чином, при непсихотичних розладах спостерігається занадто інтенсивне, неадекватне, невідповідне силі стимуляції емоційне реагування, внаслідок чого виникають поведінкові порушення, що виражаються в невротичних і психопатичних симптомах.

Розлади когнітивної сфери не є специфічними ні для невротичних розладів, ні для розладів особистості. Однак існує ряд особливостей функціонування когнітивної сфери, які вказують на наявність невротичних або психопатичних рис. Більшість авторів як такі особливості розглядають ригідність мисленнєвих процесів, нездатність йти на компроміси, догматичність мислення й відсутність прогностичності, а також спотворений характер сприймання та інтерпретації різних явищ, людей і подій. У зв’язку з цим Е. Bleuler вказує на практичну безпорадність невротиків і психопатів при формальній відсутності у них розладів мислення та інтелекту, що її він позначив як «відносне недоумство». Е. Bleuler наголошує на разючому протиріччі між формально високим інтелектом і безпорадністю невротиків і психопатів у розв’язанні практичних життєвих завдань, пов’язаною з неможливістю всебічної оцінки буденних явищ [158].

Для більшості невротичних розладів характерні порушення концентрації і стійкості уваги, швидка виснажуваність і сповільненість уваги; порушення мнемічних функцій – таких, як краще запам’ятовування невротизуючої реальності («фіксація на перешкоді»). В.Д. Менделевич вказує на те, що якісні розлади мислення не є специфічними для невротичних розладів і що асоціативний процес лишається в цілому логічно вирішеним. Невротичний депресивний стан може супроводжуватися певним сповільненням мислення. Фіксація на певних образах, думках, спогадах може спостерігатися при тривожно-фобічних і обсесивно-компульсивних розладах. Як відомо,пізнавальні процеси невротиків характеризуються низкою особливостей, до яких можна віднести загальну низьку здатність до научіння та засвоєння нового.

Виниклі внаслідок спотвореного сприймання дійсності й ставлення до самого себе й інших людей неспецифічні порушення когнітивної сфери є визначальними для параноїчного і шизоїдного розладів особистості. Так, крайня підозріливість і недовірливість, тенденція спотворено сприймати реальність, викривлене тлумачення дій інших людей як ворожих, властиві хворим з параноїчним розладом особистості (F 60.3), стосуються «смислового» рівня мислення, але є такими, що не доходять до маячні – це переконання, які не впливають на кількісні та якісні характеристики мислення. Однак ці когнітивні спотворення зумовлюють і порушення взаємин з оточуючими: надзвичайну чутливість до перешкод і відмов, неадекватну реальній ситуації войовничу, уперти готовність відстоювати свої права, заспокоєність думкою інших стосовно себе та іхнім ставленням, схильність співвідносити будь-які факти і явища дійсності з власною персоною, нездатність прощати образи. Шизоїдний розлад особистості (F 60.3) характеризується відсутністю порушень мислення або сприймання, але зануренням у свої думки, схильністю до абстрактного теоретизування, всілякого фантазування, захопленістю інтроспекцією, поданою у вигляді абстрактного аналізу і т.п. При цьому здатність виражати почуття і відчувати задоволення у шизоїдних психопатів значною мірою обмежена. Через надзвичайну зосередженість на інтелектуальній активності такі люди проявляють емоційну холодність і відчуженість, вони байдужі зовні і до похвали, і до критики, не зацікавлені в установленні довірливих взаємин з іншими людьми. В цілому вони проявляють тенденцію до відгородження від емоційних, соціальних та інших контактів, віддаючи перевагу індивідуальній діяльності, що потребує усамітнення. Відтак, когнітивні порушення при непсихотичних розладах не досягають рівня патології, однак справляють істотний вплив на поведінку, адаптивні можливості особистості і характер взаємодії та взаємин з оточуючими.

Багато авторів вважають визначальною характеристикою непсихотичних розладів порушення ставлення до самого себе і до інших, характер і манеру встановлення взаємин з оточуючими, а також способи регулювання міжособистісних ситуацій. Для більшості невротичних розладів характерне амбівалентне емоційно-ціннісне ставлення до самого себе і занижена самооцінка, внаслідок чого відбувається порушення міжособистісного спілкування і взаємодії з оточуючими [74; 88; 101; 132]. При неврозах часто спостерігаються суперечливі поєднання – такі, як ускладнення взаємин з оточуючими при надмірній орієнтації на їхню думку, зацікавленості у підтриманні відносин. Подібні порушення характерні і для деяких форм психопатій. Наприклад, індивіди із залежним розладом особистості (F 60.7) надто орієнтовані на підтримання відносин з іншими людьми, часто на шкоду власним потребам й інтересам. Для них характерними є пасивне поступання бажанням інших людей, покладання на інших у прийнятті як важливих, так і незначних рішень у своєму житті, відсутність навіть мінімальних вимог до інших, які супроводжуються загальним відчуттям безпорадності і страхом бути покинутим. При взаємодії з оточуючими вони намагаються обирати підлеглі ролі, виконувати допоміжні функції, внаслідок чого перспектива професійного зростання у них вельми обмежена. Втрата значущих відносин з домінуючою особою може потягти за собою депресивний стан «залежного».

Протилежні тенденції взаємодії з оточуючими демонструють індивіди з дисоціальним розладом особистості (F 60.2). Вони абсолютно не зацікавлені в інших людях, хоча й не відчувають труднощів у встановленні зв’язків, демонструють нечуле, бездушне ставлення до почуттів інших, всіляко нехтують соціальними зобов’язаннями. Нездатність відповідати прийнятим соціальним нормам, схильність до агресивних, антисоціальних дій, а також відсутність страху покарання значно ускладнюють їх соціальну взаємодію. Вони мають досить високий інтелект, розвинену логіку, вміють правильно оцінити обстановку, можуть носити «сприятливу» соціальну маску, однак низька толерантність до фрустрації, низький поріг вивільнення агресивних імпульсів, тенденція до звинувачення оточуючих, нездатність відчувати почуття провини і діставати урок з негативного досвіду призводять до конфлікту з суспільством. Таким чином, відмітною рисою більшості непсихотичних розладів є порушення системи ставлення особистості: до самої себе, до інших людей і до світу в цілому.

Теорія відносин В.М. М’ясищева пояснює (до речі, досить переконливо) психологічні механізми виникнення, формування і розвитку внутрішньо особистісного конфлікту, переживання якого стає джерелом неврозу: істеричного, обсесивнопсихастенічного або неврастенічного. Базові параметри особистості, моральні та соціально-психологічні характеристики, що склалися у процесі розвитку особистості як складові системи її відносин, є визначальними у проявах емоційного і поведінкового реагування передусім на психотравмуючі події.

*Істеричний конфлікт* (між «хочу» і «маю») виражається в украй завищених очікуваннях і претензіях особистості на фоні недооцінки або повного ігнорування об’єктивних умов реальності та вимог оточуючих. При цьому вимогливість до самого себе або критика власної поведінки зовсім відсутні. Невротичним вираженням істеричного конфлікту є дисоціативні (конверсійні) розлади (F44), які характеризуються різними функціональними психічними порушеннями, що імітують органічну патологію: моторними, сенсорними та вегетовісцеральними. Оскільки виниклі симптоми не мають органічної основи, досить чітко простежується їх психотравмуюча зумовленість на зразок «втечі у хворобу» з привертанням таким чином уваги оточуючих. Відбувається конверсія душевного конфлікту в соматичну симптоматику. Витиснений конфлікт проявляється в символічному характері симптомів: наприклад, параліч як вимога турботи від оточуючих і зняття з себе відповідальності. Така симптоматика «умовно приємна», вигідна хворому, оскільки допомагає вирішити проблеми, звільнитися від небажаних взаємин або дістати бажане. У зв’язку з цим В.М. Менделевич відзначає, що преморбідними особливостями хворих цієї нозологічної групи є завищена самооцінка, егоїстичність й егоцентричність, бажання бути в центрі уваги, висока активність у поєднанні з низьким ступенем рішучості, та цілеспрямованості, схильність до сугестії, виражені сенситивність і тривожність спільно з імпульсивністю та лабільністю, претензії на лідерство в поєднанні з середнім рівнем поступливості та відповідальності [145]. Ці самі особливості характерні і для демонстративного розладу особистості (F60.4). Серед них визначальними є егоцентризм і прагнення здаватися більш значною особистістю у власних очах та очах оточуючих, постійне бажання бути оціненим. «Демонстративна» симптоматика дає змогу розв’язати конфлікт між «хочу» і «маю», що виражається у прагненні привертати до себе увагу будь-якими засобами, претензійності, бажанні викликати захоплення, схильності до само драматизації, театральності, перебільшено інтенсивного вираження почуттів, в ексцентричності, вередливості, образливості, схильності маніпулювати іншими, потуранні своїм бажанням і слабостям і при цьому неуважності до інших людей.

*Обсесивно-психастенічний конфлікт* (між «хочу» і «потрібно») зумовлений суперечливістю амбівалентних внутрішніх тенденцій або потреб, боротьбою між бажанням і обов’язком. Нездатність здійснити вибір на користь однієї з тенденцій зберігає психічне напруження, що проявляється у стані нерішучості, роздвоєності, сумнівах, страхах і ваганнях. При обсесивно-компульсивних розладах (F 42) внутрішній конфлікт фіктивно-символічно розв’язується у формі нав’язливих думок, уявлень, спогадів, сумнівів, рухів і ритуальних дій. Ці симптоми характеризуються усвідомленням їх марності і критичним ставленням до них, але неможливістю звільнитися від них завдяки вольовому зусиллю. Обмеження, створені хворим «захисна» ритуальна поведінка, що потребує великої витрати часу, знижують рівень соціального пристосування. Таким чином створюються «умови», що не дають змоги робити вибір. В.М. Менделевич виділяє як преморбідні особливості хворих на нав’язливості низький ступінь активності, впевненості в собі, рішучості, цілеспрямованості, що поєднуються з вираженою тривожністю і недовірливістю [158]. Психастенічні риси яскраво виражені у хворих ананкастним розладом особистості (F 60.5). Характерними особливостями таких особистостей є постійне почуття невпевненості, надмірна схильність до сумнівів і обережності, прагнення до досконалості в будь-якій діяльності (перфекціонізм), надмірна сумлінність і скрупульозність, потреба у проведенні численних перевірок, занепокоєння через деталі, обережність, упертість і ригідність. Типовими є схильність до аналізу та самоконтролю, недовірливість, превалювання розумної діяльності, вимогливість до інших, надмірна відданість соціальним умовностям. Все це спрямовано на запобігання можливим неприємностям, проте значно знижує гнучкість пристосування до навколишнього світу. Компенсаторні механізми в подібних випадках можуть виявитися перебільшеними: нерішучість при вже прийнятому рішенні обертається на нетерплячість, сором’язливість – неочікуваною і непотрібною безапеляційністю [122; 132].

*Неврастенічний конфлікт* (між «хочу» і «можу»)виражається в суперечності між можливостями людини та її прагненнями, завищеними вимогами до самої себе, у намаганні досягти мети, успіху без врахування реальних сил і можливостей. Це призводить, зрештою, до виснаження нервової системи і хронічної перевтоми – неврастенії (F 48.0). Типовими характеристиками гіперстенічного варіанта неврастенії є емоційні порушення – такі, як підвищена дратівливість, нестриманість емоцій, нетерплячість, підвищена чутливість до незначних подразників; зниження когнітивної продуктивності, що виявляється в порушенні уваги і зниженні розумової продуктивності після незначних розумових зусиль; безладна активність. При гіпостенічній формі домінує астенічний синдром: підвищена втомлюваність,зниження працездатності, погіршення пам’яті й уваги, млявість, сонливість вдень і безсоння вночі; виникають відтяжні асоціації та спогади, знижується інтерес до навколишнього світу. Таким чином, відбувається розв’язання цього конфлікту – описані симптоми служать об’єктивним виправданням власної неспроможності досягти поставлених цілей. Крім того обов’язковим атрибутом і додатковим «виправданням» є вегетосоматичні порушення: головний або м’язовий біль, невизначені або неприємні шкіряні, пропріоцептивні й вісцеральні відчуття, лабільність пульсу, розлад сексуальних функцій, апетиту, порушення сну. Компесаторний характер невротичної симптоматики підтверджується тим, що ці прояви не зникають після періоду «відпочинку»: заспокоєння, розслаблення або абстрагування. Описуючи преморбідні характеристики неврастеніків, В.М. Менделевич вказує на поєднання протилежних тенденцій, що слугують підґрунтям невротичної симптоматики. Так, підвищена відповідальність і добросовісність поєднані з високою чутливістю до критики, високі працездатність й активність пов’язані з досить вираженою тривожністю, низька поступливість сполучається з середнім рівнем рішучості; адаптивності та фрустраційної толерантності [158]. У вітчизняній психіатрії виділяли відповідну неврастенії, схожу за симптоматикою й особистісними характеристиками форму – астенічну психопатію. Однак в МКХ-10 така нозологічна форма розладу особистості відсутня.

Слід відзначити, що поглиблення невротичної психопатологічної симптоматики може переходити на якісно інший, більш виражений рівень – тоді кажуть про формування невротичного розвитку особистості. На думку Н.Д. Лакосіної і М.М. Трунової, у структуру невротичного розвитку особистості входять ті самі синдроми, що й у структуру неврозу [122]. Та якщо при неврозах провідне місце займають вегетативні, сенсомоторні й афективні розлади, то при невротичному розвитку особистості вони втрачають свою вираженість і з’являються психопатичні риси. Виникла надмірна ефективність порушує адаптацію, призводить до міжособистісних конфліктів, позбавляє особистість раніше все роблених форм поведінки.

Відтак, простежується чіткий зв’язок між змістом внутрішньо особистісного конфлікту, особливостями характеру і способом реагування при дії психотравми. До того ці патологічні способи реагування завжди мають компенсаторний характер.

Реакція на психотравмуючу подію може виражатися в ***домінуванні вегетативних і соматичних симптомів*** при відсуванні на другий план власне психопатологічних. До того такі соматичні скарги виникають на фоні відсутності морфологічної зміни відповідних тканин (на відміну від психосоматичних розладів). А коли й виявляються якісь соматичні порушення, то вони не пояснюють характеру та ступеня вираження симптоматики або важкості стану хворого та його занепокоєння. В МКХ-10 цей різновид порушень поданий у рубриці «соматоформні розлади» (F 45). Головною відмітною рисою цих розладів є «маскування» психічної і психологічної проблематики соматичними порушеннями. Індивід реагує на дистрес соматичними скаргами і пошуком медичної допомоги або її альтернативних варіантів: наприклад, звернення до знахарів і цілителів.

Нозологічні форми соматоформних розладів розрізняються за характером і змістом соматичних скарг. Так, для соматизованого (F 45.0) і недиференційованого соматоформного (F45.1) розладу типовими є численні скарги з постійно змінюваною думкою хворого стосовно локалізації джерела симптомів і причини страждань, які спостерігаються протягом кількох років, але їх не можна пояснити жодними соматичними розладами, що піддаються виявленню. Флуктуїруючі соматичні симптоми (не менш як шість) при цих формах розладів відносяться як мінімум до двох різних систем: шлунково-кишкові, серцево-судинні, урогенітальні, шкіряні та больові симптоми. Соматоформна вегетативна дисфункція (F 45.3) характеризується висуванням скарг до функціонування системи або органів, що регулюються вегетативною нервовою системою: таких, як серцево-судинна система, шлунково-кишковий тракт, дихальна система, сечостатева система. Скарги ґрунтуються на об’єктивних ознаках вегетативного збудження, а саме: пітливість, тремор, серцебиття й ін. – або спотвореній чутливості (короткочасний біль, відчуття печії, важкості, напруження, розпирання або розтягнення), що приписується конкретному органу або системі, і супроводжуються вираженими тривогою і страхом. Будь-які інші скарги стосовно розладу відчуттів, тісно пов’язані за часом з подіями, що викликають стрес, не опосередковані вегетативною нервовою системою і обмежені окремими системами організму або частинами тіла (наприклад, шкірою) класифікуються як «інші соматоформні розлади» (F 45.8). Скарги на жорстокий, нестерпний біль, що постійно перебуває в центрі уваги й який не можна пояснити якимось фізіологічним процесом або соматичним розладом, – відмітна ознака хронічного соматоформного больового розладу (F 45.4). Виникнення болю зазвичай пов’язане з емоційними конфліктами або психосоціальними проблемами, а також з отриманням підтримки й уваги з боку оточення. Головною відмітною ознакою іпохондричного розладу (F45.2) є надмірна стійка занепокоєність можливістю наявності серйозного соматичного захворювання (одного чи більше), що супроводжується вираженими тривогою або депресією, причому увага зазвичай фокусується на одному-двох органах або системах організму. Впевненість «іпохондрика» набуває характеру надцінних ідей (немаячнева іпохондрія), зміст і сила яких час від часу можуть змінюватися.

Соматоформні розлади, на думку Z. Lipovski [340], включають розлади трьох рівнів: сенсорного (відчуттів), когнітивного (осмислення того, що сприймається) і поведінкового (зумовленого особливостями особистості). Соматоформні симптоми перешкоджають нормальному функціонуванню в повсякденному житті. У багатьох хворих часто мають місце порушення поведінки у сфері соціального міжособистісного і сімейного функціонування.

Л.М. Юрьєва вказує на єдність соматопсихічної («тілесне Я») й ауто психічної («особистісне Я») симптоматики у структурі соматоформних розладів. Симптоматика соматопсихічного рівня представлена патологічними відчуттями і функціональними розладами органів та систем (алгії, психовегетативні, псевдо соматичні та псевдо неврологічні прояви) без об’єктивно підтвердженої соматичної патології. Порушення ауто психічного рівня містять симптоми, що стосуються рефлексивних (фобічні та обсесивні), експресивних (істеричні) феноменів, а також феноменів з кола образних уявлень (Юрьєва, 2005).

Загальний психологічний механізм усіх соматоформних розладів полягає в тому, що на фоні афективних симптомів, викликаних психотравмуючою ситуацією, з’являються соматичні порушення, на яких концентрується увага хворого, бо саме вони завдають страждань. Ці соматичні порушення посилюють тривогу і страх з приводу стану свого здоров’я, що ще більше зосереджує увагу на тілесних відчуттях. Підозри або переконаність у серйозності соматичного захворювання можуть викликати депресивний або субдепресивний стан.

Для більшості соматоформних розладів типовими є постійні звертання за медичною допомогою, вимоги провести діагностичні обстеження, всупереч багаторазовому отриманню негативних результатів і запевненням лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики. Багаторазова діагностика все більше переконує хворого в наявності у нього важкого захворювання, яке складно виявити та лікувати, що є додатковим ятрогенним підкріпленням. Така «демонстративна» поведінка спрямована на привертання уваги і пошук підтримки з боку оточення або медичних служб.

Так ось соматизація, що є більш привабливою для індивіда порівняно з наявністю емоційно-поведінкових розладів, оскільки оточуючі з більшим співчуттям ставляться до соматичних симптомів, ніж до психологічних проблем, займає зовсім інакше місце у разі саме соматичного захворювання. При цьому вона нерідко виступає тим самим психологічним механізмом його агравації, що посилює перебіг хвороби, а соматичне захворювання, у свою чергу, породжує психогенний вплив на особистість пацієнта. Саме цей конкретний феномен складної взаємозумовленої взаємодії і заслуговує на пильну увагу. Але перш ніж розглянути цю феноменологію в деталях, спочатку розглянемо особливості особистісних переживань з огляду на сучасний стан подій, окільки неможливо абстрагуватися від реальності, заховавшись за стінами клініки.

**4.2. Особистісні передумови психологічного протистояння кризовим станам та переживанням.**

Загальновідомими є чинники, що викликали значну дестабілізацію життя широких мас населення України в останні роки. Це стосується різних сторін і суспільного буття, і аспектів особистісного життя людини. Збройне протистояння на південному сході, значне зубожіння населення, відсутність зрозумілої загальнодержавної політики в інтересах трудівника, погіршення епідеміологічної обстановки, що відбувається на тлі подорожчання чи не у три рази лікарських препаратів тощо – все це і багато інших факторів переводять проблему стресостійкості та подолання життєвих криз особистістю із суто теоретичних розмірковувань у пряму практичну проблему, від вирішення якої, в кінцевому підсумку, залежатиме доля самої нації. Своєрідність сучасної соціально-економічної та соціально-політичної ситуації зумовлена тим, що цих детермінант життя людини й самих по собі було б досить, щоб зруйнувати особистісне життя. Але й від власне особистісних криз ніхто людей не гарантує: як у благополучні роки, так і у роки соціально-політичних катаклізмів. Ось чому вирішення саме психологічних проблем, що додаються до вищевказаних, а затим перетворюються і у самостійні сутності, що каузують подальший патогенний вплив як на саму особистість, так і на оточуюче середовище, вимагають тверезого аналізу й своєрідного перебору тих психологічних ресурсів, які є в розпорядженні кожного з нас, принаймні тих з нас, хто не хоче й не згоден виступати з позиції виключно жертви, а, долаючи власну віктимність, повинен знайти і власні ресурси для подолання негативних наслідків життєвої кризи.

Відомо, що віктимна позиція не просто деморалізує особистість, вона підриває її екзистенційний потенціал, розхитує, або навпаки, напружує захисні механізми, формуючи психогенні реактивні й невротичні реакції, смисл яких полягає в руйнуванні ієрархії життєвих цінностей і пріоритетів. Діапазон особистісних порушень внаслідок кризових явищ досить широкий: від стокгольмського синдрому, коли жертви насильницьких дій, зокрема заручники, починають ототожнювати себе із злочинцями і до індоктринованих приватними засобами масової інформації громадян, які всупереч власним інтересам підтримують ворожих їм політиканів. І це тільки в психосоціальному просторі. Якщо ж торкнутися особистісних аспектів життя, то й тут починаючи з конфліктів з друзями чи членами сім’ї, не кажучи вже про суперечки у соціальних мережах, ми зустрічаємося з одним і тим же явищем: особистість, яка не здатна піднятися до суб’єктного способу буття у світі, вимушена задовольнятися, подобається це їй чи ні, роллю агента як знаряддя чиєїсь іншої діяльності, суб’єкт якої може ставитися до тієї чи іншої людини як до об’єкту, або ж і просто як до витратного матеріалу.

Проблема, таким чином, полягає в тому, що життєва криза детермінується як обставинами життя, соціальною ситуацією, так і внутрішнім особистісним конфліктом. Якщо перший аспект ставить людину перед необхідністю так чи інакше реагувати на нові обставини, то особистісна криза зумовлює необхідність переструктурування завдань, пов'язаних з творчим пристосуванням внутрішньої ієрархії структурних компонентів особистісного «Я» до нового способу дій, або й до нарощування нових, таких, що досі були відсутні в її життєвому досвіді особистісних структур І ті, й інші причини, що індукують кризу, перш за все руйнують систему її ідентифікацій, сукцесивність та цілісність образу «Я», «Я-концепцію», унеможливлюючи тим самим власне життєвий процес у попередніх його формах. Отже, проблема насправді має багатобічні виміри: психологічна допомога постраждалим від кризи у відновленні їхньої суб’єктності шляхом подолання деструктивних форм поведінки та деструктивних емоційних станів; розробка та опрацювання психопрофілактичних засобів перешкоджанню пагубних впливів кризи на особистість; нейтралізація соціально шкідливих інтервенцій у специфічне довкілля (насамперед, підлітки, юнацтво та престаріли громадяни).

Розглянемо можливості та позиції сучасної психології щодо вказаної проблематики. Наш вихідний постулат полягає в тому, що життя – як соціальне буття людини, так і індивідуальне буття особистості – це випробування. Розглядати особистість як певну константу, як це було прийнято в класичному психоаналізі, або зрікатися особистості, як це прийнято в класичному біхевіоризмі є безумовно редукціоністською помилкою. Особистість як певна психосоціальна якість людини, як набута людиною здатність діяти згідно певним, високим, культурним нормам і відстоювати ці, підкреслимо, високі норми як життєві принципи є мінливим не просто феноменом людського світу, а саме онтосом, тобто сутнісним сущим цього світу. Не вдаючись тут і зараз в багатоаспектність детермінацій, що так чи інакше впливають на процеси становлення й розвитку особистісного «Я», вважаємо за необхідне підкреслити: особистість воднораз існує як певне емпіричне утворення, як система мотивів, вмотивованих ставлень, цілепокладань і спонук у сукупності із тим чи іншим рівнем розвитку здатностей (функціональних органів) до реалізації цих устремлінь. І в той же час особистість є позапсихологічним – це принципово - соціокультурним феноменом, стосовно якого можна стверджувати, що таким чином через дану тут і зараз людину, що сягає особистісного рівня розвитку, діє дух часу, дух епохи, тобто особистість є воднораз трансцендентним, таким, що важко піддається визначенню, недоступним для емпіричного дослідження, але реально діючим чинником, здатним каузувати ті чи інші соціальні явища. На наш погляд, будь-який емпіричний психологічний аналіз живої людської особистості, який редукує трансцендентні рівні життя особистісного «Я» до суто емпіричних чи суто ідеологічних концепцій є безумовно непродуктивним, оскільки як емпіричне дослідження, так і ідеологічно-концептуальні пояснення призводять дослідника саме до тих висновків, які вже заздалегідь задані чи ідеологічною концепцією, чи вузькими емпіричними міркуваннями. Наведемо тривіальні, але красномовні приклади першого й другого. Так, існують цілі фоліанти психоаналітичних інтерпретацій творчості, згідно яких, скажімо, подавлений статевий потяг подається як джерело поетичного натхнення, завдяки славнозвісному механізму сублімації. Або коли складну й суперечливу постать непересічної людини описують, користуючись абеткою шкільного курсу психології, соціології чи навіть популярної психіатрії: темперамент, епілептоїдний розлад особистості, типовий представник інтересів селянства тощо. Разом з цим при цьому ніхто ніби не помічає, що мільйони людей можуть належати до епілептоїдного типу особистості чи до селянства, але це аж ніяк не позначується на смислах їхнього життя, чи, тим більше їхніх здобутках та досягненнях. Не говорячи вже про те, що не існує жодних доказів, що подавлений статевий потяг слугує умовою чи механізмом креативності. Принаймні, постаті Гьоте, Пушкіна чи Висоцького – яскраво спростовують подібні забобони.

Ці, на перший погляд, дещо абстрактні міркування видаються нам важливими саме в тих випадках, коли психологічний аналіз покликаний з’ясувати конкретні чинники, важелі, словом, ресурси самодетермінації особистості в складних умовах кризових явищ суспільства і обставинах особистої кризи конкретної людини. Продовжуємо думку: життя є постійне випробовування людського «Я», постійне змагання особистості за себе і за ті, позаоособистісні, трансцендентні цінності, в яких вона втілюється, і які втілюють у собі смисли її буття. Що ж виступає центральним моментом у цих життєвих випробуваннях?

Це – особистісна криза, сутність якої, на наш погляд, полягає в тому, що особистість емпірична, чи, що набагато гірше, трансцендентна особистість в тому різновиді свого існування, в якому вона опинилася в даних обставинах, в даному хронотопі буття втрачає здатність долати смислові, ціннісні, екзистенційна перешкоди на життєвому шляху і опиняється на порозі втрати власного буття.

Як відомо, психологія розрізняє різні види криз. Принаймні на рівні термінологічного апарату можна констатувати широке розмаїття та неоднозначність відповідних термінів: «духовна криза», «екзистенційна криза», «життєва криза», «моральна криза», «криза смислу життя», «криза ідентичності», «вікова криза», «криза професійного розвитку», «особистісна криза», «криза смислу», «криза безглуздості» і т.п. Крім того, існують поняття, що позначають феномени, нерозривно пов'язані з проблемою кризи особистості: «внутрішній конфлікт», «внутрішньоособистісний конфлікт», «екзистенційний вакуум», «переживання», «кризова ситуація» і ін. [3; 4; 5; 6; 7].

Найбільш широко дослідженими та такими, що мають певні традиції теоретико-методогічного обґрунтування, можна назвати такі види криз: *кризи вікового психічного розвитку*; *життєва криза,* яка зумовлена травматичними подіями; *криза стосунків або групова криза,* якарозглядається в аспекті сімейних відносин, груп, колективів, організацій, а також з етнічних і релігійних позицій тощо; *професійна криза,* що характеризуєтся як нетривалий в часі період кардинальної перебудови професійної свідомості, який зумовлює зміну вектора професійного розвитку; *невротичний криза*, яку часто позначають через внутрішні захисні механізми, похідні від основного конфлікту, які створюють суб'єктивне відчуття безвиході і тупика, призводять до дезадаптації особистості; *духовна криза*, яка пов'язана з проявом в ході розвитку людини неусвідомлених проблем, які спрямовують її до трансцендентних переживань, що в підсумку призводить до зміни сприйняття і мислительних процесів; *смисложиттєва (екзистенційна) криза*, що переживається людиною як втрата особистістю сенсу в житті, своєї ідентичності, автентичності. Слід додати, що криза духовна та криза смислу життя можуть ототожнюватись. Нерідко дослідники в основі духовної кризи ставлять проблему сенсу життя, і оскільки духовний розвиток ґрунтується на моральних якостях людини, її ціннісних орієнтаціях, вірі, любові, мотиваційній спрямованості, то їх дисгармонія може бути передумовою виникнення смисложиттєвої кризи [див. 1; 2; 4; 8; 12; 13; 14; 17]. Систематизація сформованих уявлень про причини і умови виникнення смисложиттєвої кризи дозволяє виділити три його психологічні різновиди: а) *криза безглуздості,* яка наступає через відсутність сенсу в житті і неможливості його відшукати; б) *криза втрати смислу*, яка породжується втратою сенсу життя в критичній ситуації і неможливістю його відновити; в) *криза неоптимального сенсу життя*, яка виникає внаслідок прийняття особистістю сенсу життя з неадекватними змістом та структурно-функціональними властивостями і неможливістю його продуктивно реалізувати.

Джерелом виникнення кризи особистості в зарубіжній психології розглядаються як внутрішні конфлікти між структурними елементами особистості, так і неузгодженість між внутрішнім і зовнішнім світом особистості. Відправною точкою у виникненні кризи переважно вважається будь-яка неординарна, найчастіше негативна подія або ситуація, що порушує звичний уклад життя людини і ставить під загрозу її цінності і смисли або навіть життя. Сама криза є поворотним моментом у житті людини і може мати як деструктивний, так і конструктивне значення для процесу розвитку і становлення особистості. В історії вивчення кризи особистості в зарубіжній психології можна позначити традицію, в рамках якої дослідники підходять до вивчення кризи з позиції кризової ситуації. Для вітчизняної психології загально прийнятим, можна сказати, є розуміння, що власне криза, як перелом і протиріччя є необхідною умовою і показником розвитку особистості і може бути зумовлена як зовнішніми, так і внутрішніми чинниками, які поєднуються в переживанні особистості [2; 4; 5; 13; 15; 16]. Якщо говорити про певні підходи до проблематики кризи, спираючись на сучасні теоретичні та дослідницькі роботи, можна виділити наступні: *фрустраційний*, де криза співвідноситься зі станом фрустрації і незадоволеністю людини собою і своїми взаєминами з оточуючими; *трансформаційний* (особистісно орієнтований), в рамках якого ситуація стресу супроводжується переглядом уявлень про себе і про світ і особистісною перебудовою, що носить як позитивний, так і негативний характер; *трансцендентний* (життєво орієнтований), де криза виступає поворотним пунктом, точкою зміни в розвитку людини та її життя (див. [5]).

Переживання особистістю кризового події поряд з виникненням гострих негативних емоцій відчаю, депресії містить внутрішній потенціал особистісного зростання, який полягає в мобілізації життєвої активності особистості, в розумінні й прийнятті себе, в переосмисленні власного життя, в формуванні нових зв'язків, у включенні глибинних резервів психіки, в кінцевому рахунку – в пошуку людиною сенсу життя, якщо вона опинилися в кризовій життєвої ситуації, яку вже неможливо змінити.

В сучасній літературі досвід істотних позитивних змін у житті людини, що є результатом боротьби з життєвою кризою, прийнято називати посттравматичним або стресіндукованим особистісним ростом (див. [19]). Обидва поняття відображають здатність людини до особистісного росту в процесі подолання стресової або кризової ситуації. Стресіндуковане та посттравматичне зростання може виявлятися: а) у набутті більшої життєвої сили, оскільки людина може розкрити в собі невідомі до цього їй самій психічні та фізичні можливості, що дозволяють сформувати нові життєві стратегії та розширити діапазон поведінки; б) у психологічній готовності до подолання екзистенційних перешкод, оскільки завдяки досвіду ефективного опанування кризи людина стає не просто краще підготовленою до подальших важких ситуацій, але й менше до них схильною); в) у екзистенційній переоцінці, оскільки в результаті боротьби за повернення внутрішньої гармонії, людина може отримати досвід духовного перетворення, що передбачає, зокрема, більш виражене переживання наявності сенсу і мети в житті і більшу задоволеність життям в цілому.

Певний інтерес становлять роботи українських психологів останніх років: І.Л. Лясковської, В.В.Кириченко, А.В.Овсички, Л.О.Шевченко, І.М.Щербакової та ін., де глибоко й всебічно розглянуті духовні, професійні, вікові, смислотворчі та інші виміри цього складного явища. Отже, на сьогоднішній день досить повно описана феноменологія особистісної кризи, позначені етапи його розгортання, психологічні, фізіологічні та поведінкові прояви, а також пускові механізми (Р.Ассаджиолі, Ф.Ю.Василюк, С. Гроф, К. Гроф, В.В.Ільїна, Т.Йоманс, Е.Йоманс, О.В.Кружкова та Я.Н.Нєфагина, І.Л.Лясковська, О.С.Огнєв, А.В.Овсичка, О.В.Хухлаєва, І.М.Щербакова, K.J. James and B.E.Gilliland, A. R. Roberts, R.G. Tedeschi and L.Calhoun, E. Wainrib and E.L. Bloch та ін.).

Однак, незважаючи на велику кількість емпіричних досліджень, присвячених різним аспектам вивчення особистісної кризи, проблема далека ще від остаточного рішення. Існують суперечливі погляди на саме визначення особистісної кризи, не визначені її межі. Поняття особистісної кризи використовується у надто широкому сенсі. У зв'язку з цим під визначення «особистісної» потрапляють всі кризи індивідуального життя (екзистенціальна, психологічна, життєва смислопороджувальна і таке ін.), що утруднює методологічні підходи до конкретного аналізу. Недослідженим також залишається чи не найголовніший момент у подоланні кризи, а саме роль суб’єктності, що, на наш погляд, вирішальним чином впливає на її перебіг і результати цього перебігу.

Розглянемо саму феноменологію суб’єктності як центральну ланку особистісного «Я», і як етапний момент подолання життєвої кризи. У якості основних стадій суб’єктогенеза виділяють:

- прийняття людиною на себе відповідальності за невизначений заздалегідь результат своїх дій;

- переживання можливості реалізації різних варіантів майбутнього, своєї причетності до побудови образу бажаного результату і своїй здатності реалізувати бажане (прояв себе як суб'єкта цілепокладання);

- реалізацію можливостей, що відкриваються у вчинених з власної волі діях - прийняття відповідального рішення про завершення дії (прояв себе як першопричини, суб'єкта закінчення дії);

- оцінку результату як особистісно значущого новоутворення, детермінованого власною активністю (прояв себе як суб'єкта доконаної дії).

За дефіцитарності будь-якої із стадій суб’єктогенеза людина буде вважати себе об'єктом маніпуляцій, які здійснюються без врахування її бажань або навіть всупереч їм. Це може породити відмову від використання набутого досвіду під приводом його малоцінності або невпевненості в своїх силах (див. [11, с. 102-104]).

Отже, в основі суб’єктності лежить, перш за все, суб’єктогенез, тобто становлення здатності особистості до самодетермінації, до оволодіння самою собою як такою інстанцією, що здатна відповідати за власні вчинки і виступати автором власних дій, тобто такою інстанцією, що здатна каузувати і творити дійсність так само, як вона витворила себе.

І тут ми підходимо чи не до найтрагічнішого моменту всієї цієї проблематики, до моменту, натяк на який був зроблений у перших рядках тексту, а саме: до проблеми психологічних ресурсів особистості. Точніше навіть до того беззаперечного факту, що коли мова заходить про конкретне емпіричне «я», то часто-густо в реальному житті ми, психологи, зустрічаємося з сумним фактом, коли особистісне «Я» конкретного індивіда не має трансцендентного виміру, тобто коли людина є просто соціальним індивідом, що виконує певну роль чи певні команди, але не є особистістю. Ця людина виступає як соціальна функція, як похідне від групи, організації, натовпу, і, позбавлена звичних зовнішніх детермінацій, опиняється в ситуації самої справжньої життєвої кризи, оскільки функціонування цієї соціальної одиниці поза межами звичних соціальних детермінант стає неможливим. Людині буквально нічим жити, оскільки її буття не є продуктом її суб’єктності. Саме в такій життєвій, але «безособистісній» кризі індивід починає втрачати гідність, почуття самоповаги, власні смисли життя, відчуває себе непотрібним, вдається до наркотичного або алкогольного отруєння, чи, навпаки, безпідставно, згідно з дією компенсаторних механізмів хибного самоствердження, вимагає для себе якихось надзвичайних пільг та почестей, продукує і розвиває рентні установки, словом, патологізується, перетворюючись у пацієнта наркологічних відділень чи психіатричних служб, замаскованих під психологічні послуги. В чому ж ми вбачаємо роль і місце саме психології у попередженні й подоланні життєвих криз?

Перш за все, безперечно, у розвитку суб’єктності, тих її сторони, які доступні для власне психологічного впливу. Психологічно суб’єктність, по-перше, виявляється як інтернальність. Далі суб'єктність виявляється як довільність стосовно до власних переживань, а також як незалежність (нон-конформізм) стосовно стосунків, вчинків і дій як інших людей, так власних. Суб’єкт дії не може бути знаряддям нічиєї іншої дії. Він є господарем власного життя. Ще однією стороною суб'єктності є здатність до самодетермінації. В залежності від того, якою стороною проблеми, чи на якому рівні виявляється проблематика в цій царині, й визначає конкретні завдання для психологічної та психокорекційної роботи. Адже у спрямованості психологічної роботи на вказані аспекти суб’єктності і розкриваються перспективи роботи над саморозуміням, самоусвідомленням, самоприйняттям. Тут можуть ставитися задачі особистісного розвитку, задачі нарощування рівня осмисленості власного життя, забезпечення психологічних умов для цілепокладання, з’ясування трансцендентних координат орієнтації особистості в світі і аж до проектування бажаного майбутнього тощо. Вибудовуючи діалог з конкретною людиною, маючи на перспективі її смислогенез, психолог тим самим опредмечує, матеріалізує її віртуальні фантазії у конкретні плани й програми життя, привчає її до психологічного аналізу соціальних, економічних, смислових та особистісних наслідків підсумків конкретних рішень і їх реалізацій. В процесі такої роботи психолог підшукує ідеальні зразки постатей з культури людства, що можуть служити своєрідними маяками (орієнтирами) і водночас опорою (підтримкою) на складному шляху до себе, до того себе, якою і повинна стати власне ця людина, жива й неповторна, у випробуваннях власної долі і життя. Слід підкреслити, що саме образ ідеальної фігури, так би мовити ідеальна референтна постать, ідентифікація з якою виступає проміжним, але важливим моментом життєствердження особистості, становить окрему дослідницьку проблему в сучасній психології життєвих криз та розробці стратегій їх подолання. Саме тут, у розкритті механізмів вільного внутрішнього діалогу особистісного «Я» з різними іпостасями себе, у розкритті власного потенціалу суб’єктності і криється неабиякий потенціал психологічної науки у її прикладному застосуванні задля здійснення місії подолання проблем життєвої кризи особистості.

Особистісне “Я» для цілої низки психологічних дисциплін виступає предметом і дослідження, і діяльності. Ось чому вивчення психологічних закономірностей та умов функціонування цього психосоціального утворення становить стійкий інтерес для психологів. Розглянемо деякі теоретичні передумови аналізу особистісного Я, в основі яких лежить передовсім свідомість як основний чинник утворення Я.

Як першу таку теоретичну передумову ми виділяємо питання про граничну пояснювальну основу феномену особистісної свідомості, тобто про ті одиниці, що складають свідомість, з якими може й повинен працювати психолог.

Такі складові особистісної свідомості виділяються у літературі, залежно від наукових напрямків, то у вигляді установок, атитюдів, спрямованостей, ціннісних орієнтацій (у соціальній психології та соціології), то у вигляді системи мотивів, особистісних смислів або конфліктних смислів (у загальній психології), то у вигляді когнітивних або афективних (емоційно-ціннісних) утворень, «Я-образів» (у сучасних зарубіжних феноменологічних та інших напрямках). Можна бачити, що вибір граничної пояснювальної основи феномену особистісної свідомості, побудова змістовної понятійної системи, що відображає відповідну їй психічну реальність, цілком визначається теоретичним та концептуальним апаратом, який прийнятий у тій чи іншій конкурентній галузі психології або суміжної науки.

Отже, для розв’язання питання про граничну пояснювальну і, в той же час, орієнтуючо-змістовну основу феномена особистісної свідомості, як і самосвідомості, ми можемо йти будь-яким із вказаних шляхів: чи то шляхом слідування концептуальним схемам різних наукових напрямків та галузей, чи то шляхом власного наукового пошуку у розв’язанні задач, що стоять перед нами. Ми надали перевагу цьому, іншому шляху. І один з аргументів на його користь – той практичний інтерес, практична потреба, яка й надихала дане дослідження.

При цьому ми виходимо з відомих положень О.Ф.Бондаренко про те, що у центріпсихотерапевтичних інтервенцій, що стосуються власне психокорекційної, психопедагогічної, психотерапевтичної роботи знаходиться особистісне «Я», психічний стан та пов’язані з ним переживання. І перше, з чим психолог стикається у своїй практичній роботі з людиною – це її переживання. Незалежно від предмета переживання (потреба, емоція, фізичний стан) саме переживання, як психічний феномен (від психофізіологічного стану до складного духовного акту), є цілісною реакцією або дією, або складною інтегральною діяльністю людини й становить відносно незалежний компонент функціонування психіки і, отже, свідомості. Співвідносне, очевидно, з такою базисною підсистемою істоти «людина» як «організм», переживання опредмечує в собі, у відображеній та соціально презентованій формі, саму вітальність людини, її здатність та готовність до активного відображення дійсності. Переживання є у своєму первинному, чисто організмічному породженні процесуальний стан, що виникає внаслідок відображення світу та взаємодії з ним. Переживання є, далі, ні що інше як саме психічний прояв життєвості індивіда, воно онтологічне, і, тим самим, переживання як найяскравіша, найбільш відчутна психічна подія може стати, та й стає одним з найбільш ранніх об’єктів усвідомлення, складаючи потім основу самосвідомості на етапі самопізнання. Переживання як психічний феномен мислиться нами як співвіднесення людини у її цілісності (хоча й на органічній, вітальній основі) зі світом у прагненні бути в світі, бути самим світом, його живим втіленням. Переживання, отже, є вихідний момент психічного буття людини, передумова й водночас умова розгортання психічного буття як такого – від психофізіологічного стану організму до все більш високих й значущих відображень особистісного буття людини.

Проте для того, щоб це вихідне переживання як переживання буття свого «Я» могло розгорнутися й трансформуватися у власне людські прояви особистісного, духовного життя, необхідні, очевидно, певні направляючі, певні змінні, які трансформували, одухотворювали б первинне переживання «Я», тобто дали б людині усвідомлення цього переживання та його різноманітних втілень.

Такими направляючими є ті психічні утворення, які співвідносні з підсистемою «соціальний індивід» та виступають первинно у вигляді заданих індивіду ззовні регламентацій його соціальної життєдіяльності, інакше кажучи – **ідеологем**, представлених у вигляді різних норм, приписів, правил, що трансформуються у соціальні установки та ціннісні орієнтації, які, у свою чергу, представлені свідомості індивіда як **ідеономія,** тобто як більш-менш систематизована сукупність ідеологем. Ідеологеми можуть існувати у свідомості як у семантичному, зі своєю парадигматикою, словесно-абстрактному вигляді, так і у вигляді чуттєвих образів. Отже, на цьому рівні вибір граничної одиниці аналізу визначається виключно науковими прихильностями або приналежністю автора до тієї чи іншої школи, напрямку. Або, якщо це не спеціальне дослідження форм репрезентації дійсності у свідомості, – індивідуальними схильностями дослідника. І все ж варто відзначити спільну основу, що об’єднує в собі абстрактно-вербальну та чуттєво-конкретну форми представленості дійсності у свідомості. Це – **значення**. Саме значення і є тією граничною для даного рівня свідомості (а насправді – проміжною, за походженням соціальною, а за існуванням у свідомості індивіда вже ментальною), пояснювальною одиницею в аналізі феномену свідомості. Значення як співвідношення **того, що** означує, (слова, символу, образу, знаку) з **означуваним** (предмет, норма, ідея). І ця гранична пояснювальна одиниця аналізу у нашій роботі має особливу галузь застосування – не лише як засіб дослідження ідеономії індивідуальної свідомості, але, головним чином, як центральний момент дослідження «Я» соціального індивіду. Значення розуміється та застосовується нами як поняття, означуваним (змістом) якого є «Я» індивіда, а тим, що означає, – його індивідуальні ідеологеми. На цьому рівні, отже, відкриваються способи функціонування ідеологем, їхній зміст та, тим самим, розкривається психологічний механізм самокерування, соціально задана і така, що функціонує індивідуально, система дій, діяльності індивідуальної свідомості – образна або вербальна, яка слугує «передаточним механізмом», через інтеріоризацію, у відтворенні соціумом суспільних форм свідомості в своїх членах. Саме цей рівень функціонування індивідуальної свідомості та самосвідомості є у наш час одним з найбільш досліджуваних як у феноменології, так й у когнітивній психології. На цьому рівні вивчається складна динаміка утворення, функціонування системи «Я» через образні та вербальні уявлення людини про саму себе. Тут індивід як соціальний індивід виступає складною системою, що опосередковує форми суспільної свідомості, здатною, залежно від притаманних йому психологічних (ментальних, перцептивних та ін.) особливостей до створення власної картини світу, проте у межах значень, що задаються соціумом. Ідеономія індивіда виступає тут як індивідуально привласнена та трансформована ідеологія – у самому широкому розумінні цього слова.

Нарешті, особистісний рівень визначення пояснювальної основи феномену свідомості передбачає якісно інше психічне утворення, одиницю, що конституює саме особистісне буття людини і, відтак, її свідомість – **смисл.** Якщо джерелом первинного переживання-стану є сама вітальність, факт життя організму, джерелом смислу як особистісного утворення є персоналізовані, тобто привласнені й при цьому трансформовані, піддані ретельній селекції, найвищою мірою індивідуалізовані у процесі глибоко особистісного переживання ставлення. Смисл, виступаючи як трансформоване у процесі персоналізованого переживання ставлення, перетворюється сам у джерело особистісних та трансперсональних переживань, що визначають тепер вже не організмічну вітальність, як на рівні переживання-стану й не ідеологічну приналежність соціуму в силу інтеріоризації ідеологем, а особистісний неповторний, унікальний **спосіб буття** «Я», його одиничну заданість життю, а у вищих своїх проявах – глибинну духовну основу особистісного буття як моменту загального життя світу. Умовами смислогенезу є персоналізація, тобто процес появи та зростання якості суб’єктності «Я» у соціального індивіда, з» явлення особистісної самосвідомості, а також переживань, що її супроводжують. Іншими словами, умовою смислогенезу є персоналізований соціальний індивід, котрий виріс у переживаннях свого особистісного буття до здатності саморефлексії, ототожнення себе зі світом у цілому та проектування свого соціального буття. Іншими словами, індивід, що переростає у особистість завдяки смислогенезу перш за все етичного спрямування. **Смислогенез** і є центральний та вершинний момент існування особистості, ознака особистості як персоналізованого індивіду. Переживання буття свого «Я» як буття, рівновеликого буттю світу, утворює квінтесенцію смислу «Я», а його здатність втілення в життя і є суб’єктність як така, або ж власне особистість, найвищім проявом якої є **ідеогенез**, тобто породження нових, особистісно та соціально цінних смислів; смислів, що конституюють не лише саме особистісне буття даного індивіду, що дає переживання особливої, неповторної цінності свого «Я», але й насичує потребу у цьому переживанні інших людей. Зайвим було б наголошувати при цьому, що найвищі вияви суб’єктності за своєю суттю й становлять саме етичний атрибут, етичний вимір особистісного буття.

Як неодноразово у публікаціях та усних доповідях підкреслював О.Ф.Бондаренко, саме рівень задоволеності відповідної потреби (організму, соціального індивіду, особистості), потреби переживання самого факту свого буття у світі як цінності і визначає вихідну одиницю, «клітинку» феномену свідомості, «клітинку» двоїстої, онтологічної та когітальної[[1]](#footnote-1) природи: **стан-образ**; **ідіологема-конструкт**; **ставлення-смисл**. Самий же спосіб функціонування тканини свідомості складає те, що називається особистісний тип, або стиль особистісного буття, описаний неодноразово й різними термінами у літературі, наприклад, у аналітичній психології: сенсорний (з його принципом задоволення); раціональний (з його принципом реальності); етичний (з його принципом цінності) та безпосередньо-афективний (з його принципом інтуїції), – у той час як суб’єктність, ця міра або якість особистості відображає, позначає здатність її перетворити самий принцип свого особистісного буття на певну умову життєдіяльності, адекватну чи неадекватну, таку, що допомагає або, навпаки, перешкоджає розгортанню, опредметненню персоналізованого індивіда у світі внаслідок його смислогенезу. Зрозуміло також, що про власне особистісні смисли, зокрема про смисл «Я» можна говорити лише на рівні персоналізованого індивіда. Ми виходимо саме з іиз позицій. З розуміння того, що персоналізація соціального індивіда, розкриття адекватної цьому рівню особистісної самосвідомості та розвиток суб’єктності і є, власне кажучи, центральна наукова та прикладна задача соціальної психотерапії, особливо коли йдеться про психологічну й психотерапевтичну допомогу пацієнтам, що страждають на соматогенію, оскільки, на наш погляд, тут річ у тому, що потрібно забезпечити, так би мовити, оновлену персоналізацію особистості у нових умовах життя.

При цьому постає питання: чим насправді є переживання, незалежно від свого рівня вияву[[2]](#footnote-2)? Зрозуміло, що для психолога, який повинен працювати з особистісним «Я» пацієнта, впливати на нього, а той відчуває, зазнає цього неоднозначного й не завжди адекватно усвідомлюваного впливу, особистісне «Я», що є предметом його психологічної, психотехнічної роботи – є зовсім не тим, чим є переживання та власне «Я» для клієнта. Воднораз, як добре відомо, самому психологові доводиться спеціально викликати ті чи інші переживання у пацієнта, і його власне «Я» при цьому може зазнавати досить інтенсивних, насичених емоціями станів, відносно яких у професіонала не може бути жодних непорозумінь, хоча, у свою чергу, пацієнт може потрапити в ситуацію недостатньої ідентифікованості або неправильного атрибутування переживань психолога, що, в свою чергу, створює певні труднощі у психотерапевтичній практиці. Отже, виділивши переживання як вихідну одиницю, ми не можемо почати з нього безпосередньо. Необхідно визначити зовнішній, матеріальний, буттєвий корелят переживання, його онтологічну передумову. Такою передумовою згідно теорії відображення, не може бути ані переживання, ані навіть сама людина, бо, як відомо з часів Гегеля, свідомість не творить світ, вона лише відображує його. Як онтологічну передумову переживання ми виділяємо сукупність обставин, що призводять до події, тобто до зміни status quo деякої реальності, чи то суспільної, і тоді це – ситуація, чи то ідеальної (знаково-образного генезису), і тоді це – ідеогенез. Якщо ситуація є реальна, речова подія зсередини обставин, то переживання є ментальною подією зсередини суб’єкта діяльності, пов’язаною зі спробами оволодіти ситуацією, трансформувати її або самого себе в ній.

Звідси випливає перший принцип, або перша умова організації соціопсихотерапевтичної особистісно-розвиваючої практики. Це – подіє- вість, психологічний вплив подіями .

Отже, першим методичним, точніше, психотехнічним принципом організації психотерапевтичної роботи є принцип подієвості, що «запускає» різного рівня переживання у тих, хто знаходиться в психотерапевтичній ситуації.

У спеціальній літературі є достатньо описів різноманітних технік, у яких реалізується цей принцип, хоча нам відома лише одна робота, де він сформульований відносно розгорнуто, нехай і у дещо іншому, традиційно-педагогічному плані: як «гострі моменти», «вибухи», «потрясіння» (А.С. Макаренко), іншими словами – як емоційне насичення занять за допомогою різноманітних засобів – від групового тиску до представлення тем або іншим способом зворотнього зв’язку.

Хотілося б підкреслити, що у нашому розумінні принцип подієвості є не стільки умовою емоційного тиску на учасників соціопсихотерапії, скільки умовою їх психологічної сенсибілізації, умовою підвищення їх сензитивності до інших і до себе, до їхніх взаємин.

Тому тісно пов’язаним з даним принципом є наступний, який ми назвали «принцип квантування психічної активності» (від фіксування комунікативної дії учасників до реєстрації найбільш скороминущої реакції, стану, інтенції до дії, навіть символічної). Цей принцип – принцип квантування активності – дозволяє шляхом розгортання у часі звично згорнутих автоматизованих дій досягти, по-перше, перетворення звичайних, часто неусвідомлюваних комунікативних актів, у психологічній події з переживаннями, що їх викликали, та, по-друге, дає можливість презентувати свідомості та самосвідомості індивіда той аспект психічної діяльності, поведінки, який і слугує предметом психологічної роботи при вирішені психотерапевтичних задач. Принцип квантування активності у сукупності з принципом подієвості дозволяє виявити, переструктурувати ще один важливий аспект переживання: його часовий параметр. Розгортаючись разом з переживанням активності, переживання набуває іншої суб’єктивно презентованої часової реальності. Підвищення значущості того, що відбувається (принцип подієвості) у сукупності з дробленням автоматизованих дій, що, навпаки, призводить до їх психологічного укрупнення у свідомості учасників (принцип квантування активності) дозволяє створити ефект уповільнення часу, за якого наростаюча інтенсивність переживань учасників соціопсихотерапії дозволяє їм за астрономічно короткий час пережити настільки важливі емоційні потрясіння, пов’язані з ідеогенією та ідеогенезом, що у цьому процесі й відбуваються трансформації свідомості, необхідні для подальшого особистісного розвитку.

Вказані психотехнічні принципи, на наш погляд, поряд з ще одним – принципом онтологізації психічних явищ – або, за термінологією Ю.М. Ємєльянова, «натурною матеріалізацією соціально-психологічних феноменів, що вивчаються», складають психотехнічний базис, тобто основу побудови діючих впливів. Подієвість, укрупнення дій, концентрація часу та матеріалізація ідеального (суб’єктивного) – це й є у найзагальнішому плані психотехнічна основа психологічного впливу у соціопсихотерапії.

Ця психотехнічна основа, складає, однак, лише методичний каркас роботи, у той час як самий її зміст пов’язаний з вирішенням особистісної проблематики учасників, що має безпосереднє соціальне значення, бо ніде так яскраво не проявляється залежність ставлення людини до інших від його ставлення до себе, як у спілкуванні. Отже, ще раз перелічимо основні змісти задач, що вирішуються при цьому.

1. Задачі розвитку суб’єктності «Я».

З часу операціоналізації у психології поняття «суб’єктність» у відомій концепції та, відповідно, тесті І. Роттера на екстернальність – інтернальність в його зміст, в основному, філософський, було внесено значну частку уявлень про активність особистості, на відміну від традиційних біхевіоральних схем поведінки за типом S-R.

У небагатьох роботах вітчизняних психологів, що стосуються цієї проблеми явно надається перевага філософським позиціям у визначенні того, що таке суб’єкт, і суб’єктність як якість, як свідомий вияв продуктивності не лише по відношенню до власних психічних процесів, а й стосовно особистісного буття в цілому.

Взята у суто психологічному аспекті, проблема суб’єктності має, на наш погляд, такі сторони:

А. суб’єктність як інтернальність;

Б. суб’єктність як продуктивність по відношенню до своїх власних переживань;

В. суб’єктність як незалежність (некомформність, незнаряддєвість) у соціальних та між особистісних стосунках;

Г. суб’єктність як здатність самовизначення. Залежно від того, з яким рівнем або стороною проблеми суб’єктності.

В залежності від того, з яким рівнем або стороною проблеми суб’єктивності працює психолог, ця проблема «розгортається» до клієнта чи то у вигляді проблеми саморозуміння, самосвідомості (А, Б, В), чи то у вигляді задачі на опанування собою, своїми переживаннями (Б), чи то у вигляді задачі на особистісний розвиток (Г). Звідси – специфіка роботи психолога.

У позиції А: забезпечення умов для саморозуміння (зворотній зв’язок, тестування, груповий тиск і т. ін.).

У позиції Б: психотерапевтична допомога у процесах переживання шляхом нарощування запасу осмисленості індивідуального життя людини, «підвищення осмисленості життя».

У позиції В: психокорекційна робота у процесі немедичної психотерапії шляхом переживання, переробки затриманих в силу тих чи інших причин стереотипів, шаблонів поведінки по «поверненню людини до самої себе», до усвідомлення цінності свого «Я», своєї особистості, робота по персоналізації особистості.

У позиції Г: психологічне консультування, при якому психолог виступає як alter ego клієнта, у глибокому, резонансному спілкуванні запускаючи через процесу самооцінювання особистості ідеогенез та смислогенез, що ведуть до проектування та реалізації персоналізованою особистістю свого подальшого особистісного буття.

Задача розвитку суб’єктності є, очевидно, центральною у особистісно-розвиваючому комунікативному навчанні, у той час, коли задачі, вказані нижче, знаходяться по відношенню до неї у підлеглому стані.

2. Задача забезпечення прийняття «Я-перцепції».

На рівні соціального індивіда, як відзначалося у главі одиницею аналізу та, відповідно, психокорекційної роботи є значення, ідеологема, яка виступає у вигляді образних або вербальних когнітивно-афективних конструктів. А ідеономія (сукупність ідеологем), у якій представлений індивід самому собі (образ «Я», концепція «Я» ), слугує предметом психокорекційних впливів. Проте поряд із «Я-концепцією» та «Я-образом» даний рівень включає у себе і «Я-перцепцію», тобто сукупність тих конструктів, у яких відображується та фіксується лице (імідж) соціального індивіда в системі значень інших соціальних індивідів. «Я-перцепція» є проекцією образу або концепту людини на систему ідеономії інших людей, так само як і проекція цих ідеологем на образ індивіда, що сприймається. Особливою психологічною задачею виступає при цьому забезпечення прийняття особистістю її «Я-перцепції», розширення її концептуального, «значеннєвого» або феноменологічного, перцептивного поля з тим, щоб включити до процесів переживання людиною свого «Я» на цьому рівні ті, можливо, нові або неприємні, або несподівані для неї значення, які можуть так чи інакше при неадекватному до них ставленні деформувати образ чи концепцію «Я», наприклад, шляхом підсилення механізмів психологічного захисту, шляхом захисної ідеогенії, тобто навмисними, але неусвідомлюваними спробами сховатися за систему ідеологем, мотивуючи свою поведінку зовнішніми вимогами, або зовнішніми інтересами і т. п.

Але ще більш важливою видається нам проблематика, що стосується впливу саме на найвищі рівні суб’єктності особистості – на її етичні смисли. Адже, саме сукупність і якість етичних смислів особистості й складає такий рівень її персоналізації, який іменується духовністю. Дослідження, проведені в Міжуніверситетській лабораторії консультативної психології свідчать, що специфіка етичної свідомості візантійського культурного ареалу відрізняється такими рисами, не враховуючи які неможливо адекватно будувати психотерапевтичну роботу. По-перше, в структурі свідомості носія візантійської духовної культури не представлені поняття й логіка вигоди (зиску). По-друге, архетипічною рисою візантійської руської ментальності є споглядальність й есхатологізм, а не прагнення до якоїсь ситуативної прагматичної мети. По-третє, в нашій ментальності вищу етичну цінність становить категорія “любов”, а не, скажімо, “свобода”, як у католицькому чи протестантському культурному ареалах. По-четверте, категорія обов’язку як обов’язку передовсім колективного (перед сім’єю, колективом, суспільством), а не індивідуального (скажімо, вижити за будь-яку ціну) формує стійкі контури чи, точніше, обрії особистісного буття. Усвідомлення цих етичних вимірів рідної культури, що складалася впродовж тисячоліть, є справжньої запорукою побудови ефективних моделей психотерапії саме в руслі вітчизняних соціокультурних традицій.

І ще один, безумовно, не найлегший для реалізації аспект психотерапії, а саме деонтологічні принципи психотерапевтичних інтервенцій стосовно пацієнтів з соматогеніями. Відомо, що в історії людської культури вся сукупність етичних міркувань поділяється на три основні концепції: утилітарну, чи прагматичну, коли моральне пов’язувалося й пов’язується з ідеєю досягнення мети будь-якою ціною, з ідеєю корисного. Гедоністичну чи задоволення, коли ціннісні смисли пов’язувалися з насолодою. Та етику контракту або служіння, що вимагає від людини понад усе виконувати свій обов’язок і служити ідеалам та цінностям навіть всупереч своїм ситуативним потребам.

З якої ж етичної, тобто деонтологічної позиції так концепції, що за нею стоїть, повинен взяти взяти за основу медичний психолог, що надає психологічну чи психотерапевтичну допомогу постраждалим від соматогеній? Етику прагматизму, етику задоволення чи етику служіння?

Хоча зараз в засобах інформації слову “прагматичний” і приписується позитивний смисл, вважала б за потрібне зауважити, що не тільки для власне медичного середовища, а й для суспільства в цілому ця сукупність етичних теорій видається надто проблемною. Проблемною саме через те, що вона позбавлена достоїнства універсальності, оскільки таїть в собі можливість нехтувати вищими інтересами заради переважання ситуативних, миттєвих уявлень про добро і зло, що можуть випливати з надмірного впливу конкретних обставин чи навіть матеріальних потреб. Найтиповішим прикладом поведінки стихійних адептів такої концупції й позиції є ситуації, в яких лікар може виносити те чи інше рішення стосовно опомоги хворому на основі переважання матеріальних вигід чи логіки так званого здорового глузду. Тобто ідея чи то кор*и*сного, чи то *ко*ристі стоїть на перешкоді усвідомлення моральної ціни, моральної ваги твого власного деоногтологічно навантаженого вчинку, коли фахівець не вбачає можливості вийти за межі свого ситуативного інтересу. Зрозуміло, що ця непроста проблема здебільшого оминається як у медичній, так і у психологічній літературі, оскільки складність і вага моральнісного вибору при цьому часто-густо переважає прийнятні і сумісні з реальністю рекомендації. Ось чому етапи медичного сортування досі являються дискусійними. Ніхто не наважиться опрацювати інструкцію, кому надавати медичну допомогу першому: пораненому з важкою черепно-мозковою травмою чи пацієнту з розривом печінки.

Друга група етичних концепцій, що походить від Арістипа, отримала назву “гедонізм”. Гедонізм (від грецького Hedone – задоволення) тісно пов’язаний з утилітаризмом , хоча за часом свого виникнення відстоїть від нього на тисячу років, сягаючи дохристиянської епохи. В цих концепціях добро полягає в тому, що задоволення і саме своє власне задоволення проголошується найвищою етичною цінністю. “Мені так подобається!” – от психосоціальний лозунг, транспарант, який великими літерами написано на екстравагантному одязі, на предметах пірсингу, на нескінченній рекламі пива, – тобто на пропонованих зразках поведінки, що базується на переважанні власних потягів і спонук. Однак ідея власного задоволення, будучи приватною справою, вступає в конфлікт з цінностями суспільного. Ось чому і ці концепції не можуть прислужитися нам, не можуть бути орієнтирами ні в суспільному, ні, тим більше, в медичному бутті.

Третя група етичних концепцій охоплює, відповідно, концепції контракту чи служіння. Ці етичні концепції, що сягають Нагірної проповіді і детально були розроблені в працях Руссо і Канта, а пізніше в трудах визначних західно-європейських, російських і українських мислителів, таких як С.Кьєркегор, Ф.М.Достоєвський, О. І. Ільїн, Лєв Шестов, І.Я. Франко М.М.Бахтін, та ін. виходять з ідеї визначальної екзистенціальної свободи людини як суб’єкта буття. Не ідея кор*и*сного, не ідея задоволення (це тільки часткові, парціальні смисли буття), а ідея твоєї абсолютної свободи яку ти присвячуєш своєму життєвому вибору – ось стрижень цих етичних концепцій. Свобода чистого вибору означає що за певних умов суб’єкт вибору виявляє здатність здійснити саме те, що він вважає за необхідне . Але при цьому виходить не з власних інтересів чи мотивів, а з принципів, які взагалі вільні від ситуативних чи суб’єктивних чинників. Так вибудовуються власне людські стосунки, комунікативні за формою та етичні за змістом.

Якраз ця група концепцій надає безумовної соціальної ваги вчинкам людини. Саме ця етика, етика служіння, етика обов’язку може й повинна бути єдино прийнятною в житті і нашого соціуму, і в професіях, що відносяться до лікування людини.

Але справа в тому, що знання етичної концепції, навіть згода з нею не вичерпують і не вирішують реальних проблем етичного, деонтологічно адекватного, поводження, лікаря чи клінічного психолога, оскільки поза контекстом залишаються **справжні детермінанти** поведінки суб’єкта діяльності..Які ж детермінанти насправді зумовлюють ту чи іншу поведінку фахівця, особливо, коли йдеься про надання психотерапевтичної або психологічної допомоги? Щоб розібратися в цьому питанні, розглянемо фундаментальні принципи, що породжують етичну систему не як концепцію, а як реальну психологічну структуру людської свідомості.

Таких принципів,за В.О.Лефевром, по суті, два. Перший: абсолютна заборона зла. Другий: абсолютна декларація добра.

1. Перший принцип означає: будь який компроміс між добром і злом є зло. (Наприклад, навіть одне вбивство заради щастя всього людства є зло.)

А будь-яка конфронтація між злом і добром,( наприклад, відмова від вбивства*,* навіть якщо це принесе щастя всьому людству), є добро.

2. Другий принцип означає: є декларація добра, але немає заборони на здійснення зла. (Тобто, заради добра можна здійснити зло). Значить, компроміс добра і зла є добро. А конфронтація між добром і злом є зло (Тобто відбувається приниження достоїнства добра. Наприклад: як ти смієш бути хорошим, коли я поганий?)

Ці структури людської свідомості настільки домінують над усіма іншими людськими якостями, що індивід не може навіть вольовим зусиллям вийти з-під влади власної моральної свідомості, так само, як не може змусити себе перестати розуміти рідну мову. Парадокс полягає в тому, великий психологічний парадокс, що навіть якщо людина вільна до певної міри у своїх вчинках, вона абсолютно не вільна у своїх моральнісних почуттях, які ці вчинки викликають.

Який же висновок випливає з цих простих міркувань?

Ось який: насправді та поведінка, яку одні вважають аморальною чи неетичні, належить до іншої етичної системи, норми якої носій цієї системи сприймає як моральнісні й етичні. Інакше він не зміг би здійснити ті чи інші вчинки. Таким чином, на рівні структури ми маємо справу з різними етичними системами: першою чи другою. Уже цей простий аналіз доводить, що безглуздо й безпідставно абстрактно апелювати до совісті тих, хто бере хабарі, чи палить там, де це заборонено. Тут, скоріше, пасує просто адміністративно-технічний контроль, як це й здійснюється, скажімо, в англо-саксонській цивілізації, де категорія совісті відсутня, оскільки вона підмінена й заміщена правом. В супермаркетах не крадуть не тому, що це погано, а тому, що скрізь відеокамери, і тебе буде знято, викрито й покарано. В британських лікарнях не тому пацієнти користуються мобільними телефонами, що їм так хочеться, а тому, що це їхнє право, яке прописано чорним по білому, і задекларовано у правилах поводження, що висять на стіні у кожному стаціонарі.

У будь-якій етичній системі індивід може обирати тип стосунків з партнером і формувати психологічну якість цих стосунків. У будь-якій етичній системі індивід обов’язково намагатиметься підвищити свій етичний статус, тобто не принизити свою гідність і не зронити себе в очах тих, з чиєю етичною системою він себе ототожнює. Кваліфікований доцент пишається тим, що, незважаючи на погане самопочуття, зумів провести цікаве заняття і т.ін.

З різних етичних систем випливають і різні етичні норми. І так само, як ми керуємося мовними нормами і не приймаємо структурних експериментів над мовою, які видаються просто знущанням з неї, так само наші етичні почуття змушують нас рівнятися на еталони, зразки, наслідувати які нас, зрештою, не примушує ніщо, окрім почуття власної гідності та інстинктивне відчуття норми.

Чим же детермінується керування деонтологічними нормами в складній діяльності медичного психолога? Для відповіді на це питання, не формальну, а психологічно змістовну, введемо диференціально-психологічну ознаку, а саме: візьмемо за основу три змінні, три складові, що характеризують інтелект людини: розум, совість і емоційну чуйність. За біномом Ньютона можливими є вісім комбінацій в складі цих трьох змінних. Абсолютно розвинуті розум, совість і емоційна чутливість дають нам довершену нормативність поведінки, типологію якої можна позначити терміном “мудрець”. Мудрець втілює етичні норми служіння, першу етичну систему. Розум, совість і емоційна чуйність зі знаком “мінус“, тобто абсолютно нерозвинені представляють нам другий тип, до якого пасує незугарний і дещо вульгарний термін “бовдур”. Гостроту, правда, згладжує той факт, що цей типологічний різновид можна винести за дужки, оскільки серед медичних психологів цей тип не зустрічається. Третій тип: розвинуті розум і совість, але відсутня емоційна чуйність. Це – типовий «сухар», який керується в своїй роботі лише формальним схемами й інструкціями заради правил, а його кредо – суворе слідування букві, а не духу вимог. У спілкуванні він вирішує проблеми через конфлікт. Четвертий тип – розвинутий розум, але хибують совість і емоційна чуйність. Це – тип гравця, крутія, чий спосіб спілкування – інтриганство. Знову підкреслимо, що серед медичних психологів відбувається своєрідна відбраковка подібних персонажів на шляху до професіоналізації. Але як цей, так і наступний типи можуть зсустрічатися серед пацієнтів. Отже, п’ятий тип – розвинуте сумління, але проблеми з розумом і емоційною чуйністю. Це – чистий тип “невдахи”, який завжди не співпадає з ситуацією, який звинувачує у всьому навколишній світ, а оточуючим приписує погані умисли та злонаміреність на виправдання власних невдач. Наступний тип – при розвинутому розумі й емоційній чутливості, але відсутності моральних почуттів – дає нам чистий взірець маніпулятора. В даному випадку маємо справу з яскравим втіленням другої етичної системи, тобто з лицемірством. Якщо ж у індивіда розвинуті совість і емоційна чуйність, а страждає мислення, я схильний іменувати такий тип терміном “віруючий”. Головний рушійний механізм у спілкуванні з іншими у такої людини –марні сподівання й почуття провини. І якщо медичні психологи постійно працюють над собою, вдосконалюючи свою особистість, то пацієнти становляь собою такий матеріал, робота з яким передбачає великі особистісні зусилля як психолога, так і самого хворого. Безумовно, в стосунках з такими людьми необхідна делікатність і обережність, оскільки знижена здатність до критичного аналізу й самоаналізу, а також відсутність почуття гумору роблять їх надто вразливими. І останній тип – це емоційно вразливі, але без моральних почуттів і розвиненого мислення індивіди. Вони складають той чималий загін пересічних особистостей, що втягуються в клуби любителів пива, наркотиків, полюбляють просаджувати гроші в ігрових автоматах, словом, схильних до патології потягів. Саме такі пацієнти потребують пильного контролю й уваги з боку лікарів, психологів, турботливих і серйозних товаришів.

Отже, сама психологічна типологія дає досить широкий діапазон зразків поведінки, стосовно якої неможливо застосувати безпосередньо правильні чи, точніше, істинні етичні норми*.* Не у зовнішній спосіб, через стеження й покарання, а насправді, через глибоке засвоєння, присвоєння, як висловлюються психологи, просоціальних векторів особистісної поведінки.

Справа в тому, що, подобається це нам чи ні, що етична система функціонує на рівні ідеології. А вчинки людини виявляються на рівні буденної психології індивіда. Ось чому неможливий прямий, безпосередній вплив на нормативний рівень етичної поведінки. Якщо відстоювати самі по собі норми, незважаючи на індивідуальну психологію, отримаємо чи лицеміра, чи жертву. Якщо апелювати тільки до психології індивіда, ігноруючи етичну систему, тобто ідеологію, загубимо етичні ідеали як важливий ресур особистісно-орієнтованої психотерапії.

Саме враховуючи всі ці складності здійснення деонтологічно адекатної психотерапевтичної діяльності, ми, медичні психологи, маємо перед собою святий обов’язок, оснований на етиці служіння, захистити наших пацієнтів, принаймні під час проходження психотерапії, від згубних наслідків тієї їхньої поведінки, установок, особливостей цілепокладання й мотивації, які, зрештою, й спричинилися до їхньої особистісної поразки у випадках хроніфікуючого соматичного захворювання. Неможливо стати справді освіченим професіоналом без етично розвинутого гуманістичного світогляду. Ось чому чіткі світоглядні позиції, в яких повага до інших і вимогливість до себе поєднується зі сповіданням ідеалів, що є орієнтирами для розвитку як суспільства, так і особистості в напрямку добра, істини й краси - передумова справді професійної роботи медичного психолога. Справа в тому, що пацієнти не живуть у безповітряногопростору.Їхні психологічні страждання зумовлені й соціальниою детермінацією. Враховуючи характер і проблематику кризи нашого суспільства, послаблення впливу сім’ї, руйнівну роль телебачення, пропаганду шкідливих звичок та культу грошей, ми повинні спрямувати наші зусилля не тільки на власне професійну підготовку, але й на духовну і моральну підтримку наших пацієнтів, на культивування рідної вітчизняної тисячолітньої традиції культурних цінностей, відстоювати ідеали взаємодопомоги, та особистісної гідності.

На на погляд, що опрацювання деонтологічних основ психотерапевтичної допомоги пацієнтам з соматогенцією повинно бути осмислене як окрема, спеціальна задача сучасної медичної психології, оскільки специфіка страждань і тісний взаємозв’язок соціальних, ситуативних і особистісних детермінант у такого типа ситуаціях потребує всебічного аналізу тактик і стратегій подолання кризових явищ. Тут мова повинна йти про можливості синтезувати етичну систему і психологію поведінки пацієнта, так само як і про неодхідність вдосконалення нормативно-рольова концепції медико-психологічної деонтології*,* що склала б своєрідний етичний кодекс медичного психолга на відміну від психолга, що надає психологічну допомогу людям у конфлікних ситуаціях поза межами соматичного стаціонару.. Зрозуміло, що вірішення цієї сукупності задач далеко виходить за межі нашого досліджння, але, зважаючи на наш досвід роботи, ми не можемо абстрагуватися від деонтології в її своєрідному переломленні стосовно пацієнтів з соматогеніми. Ще раз наголосимо: якщо пацієнт страждає на соматогенію, це наразі є насоідком не тільки й не суто соматичної хвороби, а саме особистісної структури пацієнта, і, що ще важливіше, - особливостей соціальної ситуації, психосоціальних детермінант, перед впливом яких особистість соматичного хворого виявилася беззахисною. Деонтологічний кодекс як професійний кодекс честі медичного психолога, що працює з хворими на соматогенію, оснований на принципах етики контракту, слугував би своєрідним захисним бар’єром між травматичним впливом на пацієнта ззовні, і дружнім, пітримуючим, таким, що забезпечує рефлексивний підйом, впливом зсередини, з боку психотерапевтичного середовища стаціонару. Таким чином, всі наші зуссилля не можуть не бути спрямованими на відновлення спочатку властивих пацієнту особистісних рис, а відтак на психокорекцію тих особливостей його соцального «я», які вступають у протиріччя з базисом, самістю,що складає основу «я» екзистенційного.

Незалежно від стихійної спрямованості етичної системи, з якою до нас звернувся пацієнт і незалежно від етичної системи, що сформувалася у медичного психолога на той момент, коли йому довелося здійснити перші кроки у справі психологічної підтримки та психотерапевтичної допомоги з конкретною людиною, ми повинні виходити з того, що існує, як мінімум, певнимй звід правил, слідування яким вже виступає. Сам факт прийняття цих правил як принципів і системи цінностей нашого корпоративного буття відкриває можливість апелювати не до прихованої чи не усвідомлюваної етичної системи індивіда, а до безпосередніх вжиткових норм повсякденної рольової поведінки, недотримання яких дає право медичному середовищу кваліфікувати її як невідповідну деонтологічним нормам, і у такий спосіб збагачувати власне психологічні впливи могутнім потенціалом етико-духовної підтримки..

На наш погляд, опрацювання конкретних деонтологічних принципів для психотерапевтичної роботи з хворими на соматогенії за основу повинно взяти етику контракту, етику служіння й обов’язку. Важливим деонтологічним аспектом при цьому нам видається саме психологічна підготовка пацієнта з соматогенією до спільної психотерапевтичної роботи, оскільки цей аспект відновлювальної психотрепаії зачіпає надто особистісні, іноді інтимні сфери людського буття, і тут необхідно враховувати як дію захисних механізмів, так і конкретну структуру особистості пацієнта, без чого не тільки неможливо розпочати таку роботу, а й просто встановити психологічний контакт пацієтом. З огляду на актуальність і недостатню опрацьованість цієї проблеми ми насмілимося запропонувати, хай навіть з огляду на дискусійність самих положень, принаймні декілька нормативних ціннісних суджень, які можуть послужити своєрідним базисом дя тих медичних психологів, що будуть працювати саме з соматогеніями.

**Медичний психолог. Стосовно професії.**

1. Медичний психолог відданий своїй професії, науці й мистецтву психотерапії. Медичний психолог є особою, уповноваженою лікарняним закладом і державою докладати всіх зусиль для забезпечення відновлення у пацієнтів, чия особистість постраждала від соматогенії, принципів існування, адекватних ідеалам гармонійного й гуманістичного буття.

2. Медичний психолог у здійсненні свої професійних обов’язків ні за яких умов не дозволить собі жодних тверджень, що не підкріплені науковими даними, а також ціннісних суджень, що суперечать гуманістичним ідеалам людства і позитивним очікуванням і надіям пацієнта.

3. Медичний психолог ні за яких обставин не сприятиме порушенню принципів етики служіння на догоду прагматичним, утилітарним та іншим інтересам, що могли б згубно вплинути на самопочуття та гідність пацієнтів,що страждають на соматогенію.

4. Медичний психолог виходить з того, що пацієнти,що страждають на соматогенію, знаходяться під стресогенним впливом не тільки соматичного захворювання, а й психосоціально детермінованих чинників, нейтралізація яких і забезпечення опори на власне «я» складає прямий обов’язок фахівця.

5. Медичний психолог працює на умовах контракту з лікувальним закладом, і за жодних обставин не дозволить собі прийняти від пацієнта будь-який подарунок чи подяку, які могли б вплинути на його професійне рішення чи дію, особливо з огляду на можливі психологічні інтервенції у найближче оточення пацієнта.

6. Медичний психолог має моральне право вести консультативну і психотерапевтичну роботу за умов постійного професійного самовдосконалення і наукового пошуку, що підтверджується його публікаціями, активною участю у професійних спільнотах та суспільним визнанням.

**Стосовно пацієнтів.**

1. Медичний психолог відданий своїм пацієнтам. Він працює, пробуджуючи дух відновлення, одужання, стимулюючи, за необхідності, розвиток світоглядних ( філософських, релігійних, особистісно-смислових) та інших саногенних аспектів «Я» пацієнта, спрямовуючи зусилля на всебічне посильне стимулювання прагнення до психологічного одужання.

2. Медичний психолог всіляко підтримує підтримує зусилля своїх пацієнтів на шляху забехпечення рефлексивного підйому, тобто осягнення нових,більш продуктивних спсобів особистісного буття за рахунок подолання наслідків соматогенії.

3. Медичний психолог всіляко заохочує пацієнтів до спільної праці та за жодних обставин не використовує професійні стосунки у приватних інтересах. Він особливо враховує той факт, що пацієнт із вторинними невротичними утвореннями є психічно здоровим індивідом, і з ним абсолютно виключено застосування маніпулятивних психотехнік.

4. Медичний психолог поважає своїх пацієнтів, співчуває їм, і в той же час делікатно відстоює принцип особистісного зусилля у подоланні наслідків соматогенії незалежно від раси, статі, подружнього статусу, політичних чи релігійних уподобань.

5. Медичний психолог за жодних обставин не принижує себе чи пацієнта некоректним ставленням, неадекватною поведінкою чи участю в неформальному спілкуванні, що не стосуються лікувального процесу. Він особливо ретельно дотримується принципу конфіденційності та збережання особистісної таємниці пацієнта.

**Пацієнт.**

1. Підпорядковує свою поведінку правилам перебування в стаціонарі та безумовному дотриманню всіх вимог лікувального режиму за умови погодження поінформовної згоди.

2. Розуміє, що будь-які його почуття, думки, відчуття тощо, які виникають у процесі лікування, є предметом обговорення зі своїм психотерапевтом (медичним психололгом), включаючи сновидіння та особливості стосунків з близькими й радними. При цьому він поінформований про абсолютне збереження особистісної таємниці його психотерапевтом (крім випадків порушення Закону).

3. Пацієнт сумлінно й систематично відвідує психотерпаевтичні заняття (сеанси) у груповій або індивідуальній формі, за призначенням психотерапевта, виконуючи всі приписи й завдання, не припускаючи порушень дисципліни тощо.

4. Пацієнт має право знати психологічні механізми утворення вторинних невротичних порушень, специфику дії психологічного спротиву і т.ін, оскільки медичний психолог виходить з християнського постулату про те, що істинне знання робить людину вільною.

5. Пацієнт має право, якщо визнає таку необхідність, за спільною згодою з психотерапевтом та на обопільно обумовлених засадах, продовжити курс психотерапії за межами часу, відведеного на перебування в стаціонарі.

Тепер ще раз повернемося до проблеми безпосереднього особистісно-орієнтованого спілкування в системі „психотерапевт - пацієнт”. Специфіка психотерапевтичного спілкування полягає в тому, що воно не може бути чисто суб’єкт-суб’єктним, оскільки завжди є опосередкованим різним статусом пацієнта і особи,що його лікує. В той же час таке спілкування повинно бути саме спілкуванням, живим діалогом, а не просто озвученням психотерапевтичних приписів.

Насамкінець вважала б за необхідне зупинитися ще на одному делікатному моменті, що стосується саме психотерапевтичної роботи з пацієнтами із соматогеніями. Цей аспект до нещодавна також майже оминався у літературі, але, як добре відомо, той факт, що про щось не говорять, не означає, що це «щось» не існує. Йдеться про специфіку контактування саме з даною категорією пацієнтів і,що ще більш важливо, - саме про етнічні особливості ставлення до свого страждання у тій чи іншій культурі. Окремо підкреслимо ту обставину, що за економією місця тут неможливо підняти й розглянути ці питання у всій їхній глибині. Але певні застереження й думки ми вважаємо за необхідне висловити. Отже, по-перше. Оскільки соматогенії надають специфічного особистісного забарвлення стражданню, медичний психолог (психотерапевт) не може не враховувуати такі важливі чинники як специфічні установки, рівень домагань, динамічні стереотипи діяльності, які, можливо, будуть потребувати певної ревізії та психокорекції. При цьому окремої уваги заслуговує специфика роботи захисних механізмів у конкретного пацієнта, адже сама типологія його особистості вже так чи інакше трансформує їх дію. По-друге, оскільки йдеться про хворих терапевтичної клініки, а не, підкреслюю, психіатричної, слід неодмінно взяти до уваги специфіку їхньої психіки при збереженні розумових та етичних процесів. Іншими словами, ці пацієнти здатні відповідати за себе, вони здатні до співробітництва, і це по-інакшому структурує міру активності психотерапевта на різних етапах захворювання.Тут важливо тонко регулювати ступінь імперативості та партнерства, особливо зважаючи на підвищену сензитвність таких пацієнтів не тільки до ставлення, а й до самого слова психотерапевта, семантична насиченість якого має вельми велике значення для хворих на соматогенії. По-третє – це власне соматичний статус пацієнта. Адже одна справа, якщо у нього не було хірургічного стручання. Інша – якщо було, але не інвалідизуюче. І зовсім інше - якщо пацієнт після інвилідизуючого оперативного втручання, скажімо, після видалення прямї кишки тощо. І, зрештою, етнічні особливості пацієнтів, що спричинені тією соціокультурною традицією, в якій він виховувався й живе. Так, скажімо, для представників візантійського ареалу типовим є схильність до терпіння, смиренності, некорисливого ставлення до власного життя та до інших людей.Відомо також, що наша культура є дитиноцентричною, що необхідно враховувати у психотерапевтичному спілкувані з пацієнтами. В той же час представникам цього ареалу притаманна відома риса, яка описується в термінах «опозиція до ближнього», що породжує часто-густо конфлікти з близькими й рідними. Слід враховувати, що останнім часом спостерігається реальна деформація рідних соціокультурних цінностей, зокрема завдяки медійному впливу на суспільну свідомість, а також з причини зміни законодавства, що потребує від психолога чималих зусиль саме в особистісно-орієнтованому спілкуванні. На наш погляд, слід обережно ставитися до безоглядного запозичення іншокультурних прийомів та технік психотерапії саме до наших співвітчизників, оскільки наша культура є абсолютистською, а не релятивістською. Для нас «добро» є завжди добром, а «зло» є завжди злом. І, безумовно, вимогливість і доброзичливість, дисципліна й націлювання на особистчне зусилля - ось альфа і омега психотерапевтичної поведінки медичного психолога.

Ці кроки, ця стилістика створюють особливу атмосферу особистісно-орієнтованої психотерапії, яка створює, викликає емоційний резанас. Резонанс завдяки тому, що високі смисли комунікаторів створюють емоційне відлуння, яке, в свою чергу, пробуджує нові мотиви й спонуки до подолання й одужання. Зрозуміло, що без гумору, без новітньої інформації про події і відкриття у вашій галузі, без обговорення спільних проблем та засобів їх вирішення особистісно-орієнтована психотерапія просто неможлива. Ось чому в резерві у нас завжди повинно бути почуття гумору і самоіронії, жарт та притча.

**4.3. Опис психотерапевтичних механізмів, лікувальних впливів й інтервенцій та їх порівняльний аналіз**

Розгляд проблематики психотерапевтичних механізмів лікувальних впливів та інтервенцій стикається з низкою ускладнень – вже на своїх початкових етапах – не в останню чергу через неусталену термінологію.

**4.3.1. Психотерапевтичний вплив і лікувальний ефект: симптоматична і патогенетична психотерапія**

Одне з основних ускладнень опису, як наразі зазначалося, полягає в багатій термінологічній синонімічності, яка вносить певну «зашумленість» у розуміння вказаних механізмів. Так, у літературі зустрічаються як взаємозамінні поняттю «психотерапевтичні механізми лікувальних впливів й інтервенцій» такі поняття: «фактори лікувальних впливів психотерапії», «загальні для всіх методів психотерапії змінні», «основні ресурси зміни особистості при психотерапії» та ін. В певному розумінні саме поняття механізму найбільшою мірою відповідає основним евристикам у контексті досліджуваної проблеми. Скажімо, виходячи з терміна і поняття «фактор» (як найбільш поширеного синоніма), що розуміється як джерело або детермінанта впливу, фактори лікувального впливу психотерапії розглядаються як вирішальні спонуки психотерапевтичного ефекту. А це, у свою чергу, може приводити (при аналізі таких спонук) до виходу за межі характеристик самого психотерапевтичного процесу (як, припустимо, при розгляді в якості таких умов статі і віку пацієнта).

Слово «механізм» є більш вдалим для вживання з точки зору семантичної апеляції до конструкції самого психотерапевтичного процесу, логіки його будови. Якщо понятійно-термінологічне словосполучення «фактори лікувальних впливів психотерапії» семантично виражає (або провокує відповідне семантичне розуміння) більшою мірою умови лікувальних впливів психотерапевтичної ситуації, то аналогічне словосполучення «механізми лікувальних впливів психотерапії» скоріше вказує на шляхи (топографію) цих лікувальних впливів. Фактори лікувальних впливів психотерапії більше вказують на те, що саме забезпечує лікувальний ефект, а механізми – яким чином досягається цей ефект. Іншими словами «механізми лікувальних впливів психотерапії» і виступають тими «внутрішніми умовами» психотерапевтичної ситуації, які забезпечують «факторизацію» всіх саногенних впливів у процесі психотерапії (наділяють той або інший момент психотерапевтичного процесу роллю «фактора»), і водночас слугують пояснювальними моделями ефективності психотерапевтичних впливів.

Наступне ускладнення аналізу проблеми полягає в термінологічній синонімії поняття «механізм». Так, при розгляді ряду психотерапевтичних механізмів лікувальних впливів й інтервенцій на операційному рівні чітко визначається їх функціональна і, умовно кажучи, топографічна ідентичність. Пояснення термінологічної синонімії механізмів може утруднюватися внаслідок належності автора до тієї чи іншої психотерапевтичної школи (скажімо, «зворотний зв’язок», «конфронтація» й «інтеракція» - ці терміни є прикладом такої понятійної синонімії по суті одного й того самого механізму лікувального впливу психотерапії).

Ще однією складністю виокремлення механізмів є ступінь іх конкретизації. Так, у спеціальній літературі можна зустріти – у розумінні психотерапевтичних механізмів лікувального впливу – поняття «научіння» і, приміром, «віднайдення нової оцінки оточуючих», що є конкретизованою галуззю прикладання научіння [6; 168; 194].

Нарешті, в межах теоретичного розгляду ускладнене (значною мірою й у зв’язку з вище переліченим) виділення психотерапевтичних механізмів специфічних інтервенцій. Згідно з існуючою парадигмою специфічних втручань, і самі психотерапевтичні інтервенції, й їхні психотерапевтичні механізми мають особливі функції. Ці механізми імпліцитно закладені у значеннях формули «Яке лікування, в чиєму виконанні є найбільш ефективним для цієї людини з цими специфічними проблемами і при цих обставинах?» [178, с. 486]. І отже для розкриття механізмів у конкретному випадку (з охопленням всіх можливих змінних самого психотерапевтичного процесу) потрібно з’ясувати те, «як для певного фактора певне втручання привело до певних змін з певним результатом». Супротивники підходу специфічних втручань зазначають, що подібний проект вимагає використання зовсім нереалістичної схеми. Так, для оцінки 10 типів клієнтів, такої самої кількості терапевтів, видів технік і умов необхідно використати матрицю (механізмів) з 10 000 осередків [178].

Вищевказані складнощі спільно з баченням більшістю сучасних авторів перспективи розвитку психотерапії саме у спробі синтезу її концепцій і технічних прийомів і зумовлюють пошук спільностей, не залежних від певної теоретичної спрямованості у сприйманні базових принципів психотерапевтичного процесу [97; 138; 196; 202]. Однією з важливих умов такого розвитку є вивчення загальних факторів психотерапії, в тому числі загальних психотерапевтичних механізмів лікувальних впливів й інтервенцій [94; 178; 195; 225]. В дослідженнях психотерапії постійно обговорюються такі концепції, які не орієнтувалися б на психотерапевтичні школи або терапевтичні напрямки, а були б спільними для всіх шкіл. Про це, зокрема, свідчить існування таких понять, як загальна психотерапія, інтеграція, еклектизм [139; 242]. Головним завданням інтеграції є теоретичне поєднання різних підходів. Тобто істотне значення при інтеграції має зв’язок з теорією і розробка загальних положень. Електизм означає таку методологічну позицію, коли здійснюється відбір дійових елементів – попри їх теоретичну несумісність, і комбінування між собою. Спільне між ними – відмова від додержання приписів єдиної терапевтичної школи і прийняття до уваги більш як одного напрямку [95].

Власне, дослідники в галузі психотерапії давно вказують на феномени, за яких зовсім різні психотерапевтичні напрямки дають приблизно однакові результати. Така відсутність достатньо переконливих критеріїв більшої ефективності одних методів психотерапевтичного впливу порівняно з іншими є однією з причин існування різних методів психотерапії. Водночас потреба тлумачення того факту, що різні підходи – і в тому, що стосується теорії, і в тому, що стосується практики – дають позитивні результати, висуває припущення про діяння в різних підходах спільних механізмів, які впливають на результат терапії. Часто в літературі можна зустріти категорії «універсальні» і «неспецифічні» стосовно механізмів або факторів лікувальних впливів психотерапії, що стає приводом для виникнення багатьох непорозумінь. На відміну від них категорії «загальні» і « базові» є більш вдалими і не обмежують рамок розуміння, за яких ці механізми можуть бути зовсім специфічними за своїм впливом і не просто бути заздалегідь присутніми та реалізовуватися при всіх видах психотерапії з однаковою силою, а й здатні надзвичайно варіюватися у своїй виразності – приміром, залежно від самого виду психотерапії – індивідуальної, групової, сімейної. В результаті констатується, що без прийняття базисної функціональної тотожності різних форм і видів психотерапевтичного втручання не можна розробити модель ефективної психотерапії [див.: 94].

Головною відмітною ознакою особистісно орієнтованої психотерапії – порівняно з іншими методами лікування – є те, що при її проведенні використовуються психологічні засоби трансформації особистості, пов’язані із застосуванням основ психології ( на відміну від використовуваних у медицині, фармакології, педагогіці, соціології та юриспруденції). Ознака психотерапії, за якої основний акцент робиться на особистісній трансформації, відрізняє її, приміром, від психологічного консультування, що спрямоване більшою мірою на розв’язання ситуативних питань та поліпшення якості життя [174; 210; 243].

В наш час, як відомо, прийнято виділяти п’ять основних «моделей особистісних змін пацієнта», які є зосередженням всіх психотерапевтичних механізмів і факторів лікувальних впливів та інтервенцій [95].

1. Зміна особистості пацієнта у процесі особливих (приймаючих) міжособистісних взаємин. Найважливішим фактором впливу тут виступає здатність до соціальної емпатії, яка допомагає краще орієнтуватися і надає впевненості у відносинах. Майже всі напрямки психотерапії (можливо, за винятком консервативних сегментів у межах поведінкової психотерапії) використовують цю модель.

2. Зміна особистості пацієнта через взаємодію. Психотерапія при цьому являє собою сферу навчання і набуття досвіду, за допомогою якого можна перевірити ефективність старих зразків взаємодії, здобути та апробувати нові види відносин.

3. Зміна особистості пацієнта в результаті подолання криз розвитку і зламних моментів у житті, які відбуваються здебільшого завдяки регресії пертурбації. Ця модель використовується для когнітивно-поведінкової терапії [255].

4. Модель зміни особистості пацієнта за допомогою научіння. Вона, як відомо, є основою поведінкової психотерапії. При цьому різні види процесів навчання все-таки визнаються тією чи іншою мірою майже всіма психотерапевтичними напрямками і – залежно від цього – систематично використовуються [229].

5. Ця модель зміни особистості пацієнта підкреслює соматопсихічний взаємовплив, який має особливе значення для тілесно-орієнтованих методів. Головним тут є положення, згідно з яким зміни в особистості відбуваються завдяки тілесним обмеженням або в результаті подолання хвороби, що має свої фізичні кореляти [див.: «Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия», 1999].

Особистісні трансформації в різних їх варіантах, як результуюче діяння психотерапії, відбуваються завдяки специфічним психотерапевтичним впливом та інтервенціям. Як правило, саме ці впливи та інтервенції і виступають одиницею аналізу психотерапевтичного процесу.

Поняття «інтервенції» вживається для позначення структурованої процедури або методики, призначеної для того, аби переривати, змінювати і втручатися у певний поточний процес. Психотерапевтичні інтервенції (втручання) виступають при цьому видом (типом, формою) психотерапевтичного впливу, який характеризується певними цілями і відповідними їм засобами діяння – методами [38; 47; 223; 235]. Термін «психотерапевтичне втручання» може визначити конкретний психотерапевтичний прийом – наприклад, роз’яснення, уточнення, стимуляція, вербалізація, інтерпретація та ін., а також більш загальну стратегію поведінки психотерапевта, що тісно пов’язана з теоретичною орієнтацією (передусім з розумінням природи того чи іншого розладу, цілями та завданнями психотерапії) [94; 201]. До того психотерапевтична інтервенція розглядається і як клініко-психологічна інтервенція, що здійснюється з метою терапії [38; 47; 96; 158; 242].

Кожний з трьох основних напрямків у психотерапії – відповідно до трьох основних напрямків у психології: психодинамічного, поведінкового, екзистенціально-гуманістичного – характеризується, звичайно, своїм підходом до розуміння особистості, її порушень і логічно пов’язаною з цим власною системою психотерапевтичних впливів. У межах психодинамічного підходу несвідомі психічні процеси розглядаються як основна детермінанта особистісного розвитку і поведінки людини, а особистісні розлади і невроз розуміються як наслідок конфлікту між несвідомим і свідомим. У цьому випадку головною метою психотерапії є досягнення усвідомлення цього конфлікту і власного несвідомого [65; 76; 251]. В рамках поведінкового напрямку здорова особистість характеризується адаптивною поведінкою, а невроз або особистісні розлади розглядаються як результат не адаптивної поведінки, що сформувалася внаслідок неправильного научіння. З цього випливає, що метою психологічного втручання є научіння або переучування, тобто заміна не адаптивних форм поведінки на адаптивні (еталонні, нормативні, правильні). Екзистенціально-гуманістичний напрямок в якості основної людської потреби розглядає потребу в самореалізації і самоактуалізації. Невроз є наслідком неможливості само актуалізації, блокування цієї потреби, що пов’язане з недостатнім само розумінням і прийняттям особистістю самої себе, недостатньою цілісністю й адекватністю «Я – концепції». В цьому випадку метою психологічного втручання є створення умов, за яких людина зможе пережити новий емоційний досвід, що сприяє сприйняттю самої себе й особистісній інтеграції, забезпечує самоактуалізацію [94; 178].

Ця класифікація у психотерапії є досить умовною, і віднесення певного методу навіть до одного напрямку не може повноцінно розкрити базовий механізм відповідних психотерапевтичних втручань. Як зазначають фахівці, навіть окреме взяті фундаментальні теорії не здатні прямо і належним чином пояснити терапевтичні ефекти, а «дійовий психотерапевтичний метод, у принципі, може інспіруватися і неправильною фундаментальною теорією» [див.: 95].

Якими ж є «спільні знаменники психотерапії» для всіх її напрямків, що зумовлюють її однотипний саногенний ефект? У відомій книжці «Психотерапія – що це? Сучасні уявлення», яка була опублікована російською мовою в 2000 році під редакцією Дж. Зейга і В. Мьюніона, детально розглядаються погляди знаного прибічника «системного біопсихосоціального підходу» в психотерапії Дж. Мармора, котрий припускає ставлення «до кожної психопатологічної проблеми як до результату динамічної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів» [194].

Від так, Дж. Мармор виокремив таку групу спільних критеріїв оцінки психотерапії:

* Добрі відносини і співпраця між психотерапевтом і пацієнтом як вихідна передумова, на якій будується весь психотерапевтичний процес;
* Послаблення напруження на початковій стадії, що ґрунтується на спроможності пацієнта обговорювати свою проблему з собою, від якої він сподівається дістати допомогу;
* Пізнавальне навчання завдяки інформації, отримуваній від психотерапевта;
* Оперативна модифікація поведінки хворого за рахунок схвалення або несхвалення з боку психотерапевта і коригуючого емоційного досвіду, що повторюються, у відносинах з лікарем;
* Набуття соціальних навичок на прикладі моделі психотерапевта;
* Переконування і навіювання – явне або приховане;
* Засвоєння або тренування більш адаптивних способів поведінки за умови емоційної підтримки з боку психотерапевта.

Тим часом фактори, виділені Дж. Мармором на основі цілого комплексу дослідницьких процедур, пов’язані з урахуванням змін, що відбуваються з пацієнтами, спільних характеристик стилю і стратегій поведінки психотерапевтів і спільності етапів психотерапевтичного процесу – незалежно від теоретичних орієнтацій і застосовуваних методів. Ця класифікація є загальновизнаною провідними спеціалістами в галузі психотерапії. Разом з тим спеціалісти вказують на її «біхевіоральне концептуальне підгрунтя» і певне зміщення факторів у бік технічних прийомів психотерапії, ніж на розкриття механізмів психотерапевтичного процесу. Аналізуючи механізми психотерапевтичних впливів, А.П. Федоров у своїй книжці «Когнітивно-поведінкова психотерапія» виокремлює концепцію загальної психотерапії К. Граве. Відповідно до цієї концепції, в психотерапевтичному процесі – незалежно від психотерапевтичних теорій і підходів – завжди наявна активація основних механізмів особистісної трансформації у пацієнта. Ці механізми активізуються за допомогою терапевтичних методів – до того різні методи неоднаковою мірою активують (або не активують) деякі механізми [255].

Перший механізм – «компетентність в оволодінні/подоланні» («mastery/coping») – стосується здатності пацієнта до набуття відсутніх при цьому розладі вмінь і навичок волаючої поведінки. Завдяки здатності до адекватної поведінки в проблемних ситуаціях пацієнт змінює також «вторинну оцінку» своїх вмінь, і очікування само ефективності підвищується.

Другим основним механізмом К. Граве вважає «пояснення і корекцію значень» («clarification of meaning»), зміну «первинної оцінки». Приміром, страх може бути результатом оцінки певної ситуації як загрозливої головним цілям, і терапевтичний вплив має допомогти усвідомити його.

Третій механізм – «актуалізація проблеми» – полягає в актуалізуванні проблемних патернів емоцій і поведінки з метою створення оптимальних умов для навчання, аби стимулювати процеси зміни не тільки в площині символічних мовних взаємодій. Тим самим стає можливим неопосередковане отримання нового досвіду. Це забезпечується, наприклад, у таких видах терапії, як психодрама, рольові інтерактивні ігри, а також у разі трансферних відносин (переносу) і при їх переробці.

Четвертий механізм – «активація ресурсів» – означає мобілізацію сил з боку пацієнта, потрібну для того, щоб у ньому відбулися і стабілізувалися зміни.

Ще одну спільну для всіх теорій, концепцію пропонують Дж.Прохазка, Е.ДіКлементе і Дж.Норкросс, котрі розрізняють десять спільних для всіх шкіл психотерапії основних механізмів впливу й інтервенцій і відповідних їм процесів змін [див.: 95]. Процеси змін вони визначають як відкриті та приховані види діяльності, в які включаються індивіди, якщо хочуть змінити свою проблемну поведінку. Ці процеси можуть мати різне значення залежно від терапевтичних цілей. Різні методи при цьому роблять акцент на різних процесах змін.

1. Першим з цих процесів є самоексплорація/саморефлексія (consciousness raising). Метою психотерапевтичного впливу є при цьому одержання нової інформації про себе і про свою проблему. Засобами активізації цих процесів виступають такі: спостереження, конфронтація, інтерпретація/тлумачення, бібліотерапія.

2. Зміна самооцінки (self-reevaluation). Мета – констатація того, як людина відчуває і думає про саму себе у зв’язку з певною проблемою. Засобами досягнення цього виступають:з’ясування цінностей, робота з подолання, коригувальний емоційний досвід.

3. Самозвільнення (self-liberation). Мета – прийняття рішення і переконаність з приводу зміни поведінки, зміцнення віри у здатність змінитися. Засобами цього виступають: терапія прийняття рішень, логотерапевтична техніка, техніка мотивування.

4. Контрзумоленість (counter-conditioning). Мета – нівелювання проблемної поведінки за допомогою альтернативної поведінки. Засобами такого нівелювання є: релаксація, десенсибілізація, тренінг впевненості в собі, позитивне само інструктування.

5. Контроль стимулу (stimulus control). Мета – уникнення або боротьба зі стимулами, які викликають проблемну поведінку. Засобами є: реструктуризація оточуючих умов (наприклад, само заборона вживання алкоголю або шкідливих харчових продуктів), уникання небезпечних ситуацій ризику.

6. Процедури підкріплення (reinforcement management). Мета – само підкріплення і підкріплення з боку бажаної поведінки. Засобами цього виступають: домовленості про чітке визначення форми і межі поведінки, відкрите або приховане підкріплення, само нагорода.

7. Відносини допомоги (helping relationships). Мета – довіра до тих людей, котрі можуть допомогти. Засобами є: терапевтичний альянс, соціальна підтримка, групи самодопомоги.

8. Полегшення у вираженні емоцій (dramatic relief). Мета – вміння встановлювати і виражати почуття з приводу своїх проблем та їхнього вирішення. Засобами виступають психодрама і рольова гра.

9. Нова оцінка оточуючих. Мета – визначення того. Як власні проблеми обтяжують оточуючих. Засобом є тренінг емпатії.

10. Соціальне звільнення (social liberation). Мета – набуття або закріплення конструктивної поведінки в соціумі. Засобом виступає займання активної життєвої позиції змін.

Ці дві вищенаведені моделі психотерапевтичних механізмів так само концептуалізовані через біхевіоральну понятійну традицію (що, між іншим, слугує показником провідних позицій останньої в західній психотерапії).

Серед менш концептуально упереджених моделей загальних психотерапевтичних механізмів впливів й інтервенцій заслуговує на увагу модель С.Гарфілда, в якій він систематизував свій сорокарічний досвід дослідження цієї проблеми. До таких механізмів (сам автор вживає синонімічні «механізму» поняття «фактор» і «змінна»), спільних для різних шкіл і видів психотерапії, він відносить: психотерапевтичні відносини; інтерпретацію, інсайт і розуміння; емоційне відреагування; підкріплення; десенсибілізацію; вироблення стресостійкості.

*Психотерапевтичні відносини*. С. Гарфілд констатує, що психотерапевтичні відносини не гарантують успіху, але є необхідною умовою його досягнення. Психотерапевтичні відносини мають багато спільного з будь-якими іншими відносинами, що виникають між двома людьми, але їх все-таки вирізняють деякі особливості. Значна частина психотерапевтичних зустрічей присвячена обговоренню почуттів, думок і поведінки одного з партнерів – саме клієнта. Крім того, психотерапевтичні відносини характеризуються (або мають характеризуватися) довірою і конфіденційністю. Повністю довіряючи психотерапевту, клієнт може розкрити свої думки і почуття, якими він до цього не міг або не хотів ділитися з іншими людьми. Клієнт починає прагнути до пізнання негативних аспектів власного «Я», він стає спроможним відкрито сприймати коментарі, пропозиції і пояснення психотерапевта [57, с. 47].

Певною мірою виниклі відносини дають змогу психотерапевту переконувати і заохочувати пацієнта. Пацієнт може наважатися на спробу зміни під впливом підтримки психотерапевта або (в окремих випадках) робить це, аби йому догодити С. Гарфілд зазначає, що «при наявності добрих терапевтичних відносин клієнт часто сприймає психотерапевта як зразок для наслідування і переймає його цінності. Якщо психотерапевт – гідний зразок, то подібна ідентифікація може піти клієнту на користь. Якщо ж психотерапевт виявляється поганим прикладом, наслідки можуть бути плачевними» [57]. На думку С. Гарфілда, психотерапевтичні відносини є тією змінною, яка має першорядне значення і багато в чому визначає результат терапії.

*Інтерпретація, інсайт і розуміння*. Цей аспект, який, на думку С. Гарфілда, є спільним для більшості форм психотерапії, стосується процесу все глибшого розуміння клієнтом самого себе і своїх труднощів. Він вважає, що позитивний психотерапевтичний ефект забезпечують різноманітні та різнопланові пояснення або психотерапевтичні обґрунтування. У зв’язку з цим зазначається, що важливим є не стільки зміст пояснень, скільки те, що психотерапевт викладає свої думки впевнено, як експерт, а клієнт сприймає їх як значущі. У більшості пацієнтів викликають занепокоєння, ті проблеми, які змусили їх звернутися до психотерапевта, а багатьох з них хвилює навіть думка про можливість отримання психотерапевтичної допомоги. Тому, констатує С. Гарфілд, «позитивний психотерапевтичний вплив справляє будь-яке розумне і правдоподібне пояснення – чи то фрейдистське, юнгіанське, адлеріанське чи скіннерівське [57, с.49]. І далі він зауважує: «Людям треба знати, що з ними відбувається, а пояснення, які здаються їм правдоподібними, виконують психотерапевтичну функцію»; а це, у свою чергу, «справедливе щодо всіх методів психотерапії: запропоноване пояснення має бути зрозуміле, прийняте і, зрештою, клієнт повинен розпочати діяти відповідно до цього пояснення» [57, с. 50–51].

*Емоційне відреагування*. Оскільки можливість емоційної розрядки надається при терапії практично будь-якого напрямку і в ряді випадків характеризується лікувальною цінністю, тому її на думку С. Гарфілда, слід розглядати як загальний механізм (фактор) психотерапії. Можливість «вилити» свою душу, поділитися своїми тривогами, почуттям провини і т.п. виконує психотерапевтичну функцію. А сам феномен емоційного катарсису або емоційної розрядки відмічається та описується протягом всієї історії психотерапії. Атмосфера безоціночного й уважного ставлення, яку зазвичай створює професійний психотерапевт, сприяє розкриттю почуттів і думок, які клієнт не міг раніше висловити і якими не міг ні з ким поділитися. У зв’язку з цим С. Гарфілд зазначає: попри те, що «в одних формах психотерапії вираженню почуттів й емоцій надається більшого значення, ніж в інших, практично за будь-якої психотерапії створюється атмосфера, яка сприяє подібному вираженню або хоча б не перешкоджає йому» [57, с. 53].

*Підкріплення*. Ще одним спільним механізмом психотерапії С. Гарфілд вважає підкріплення і діяльність, продовжувані психотерапевтичною ситуацією. Психотерапевт заохочує ту поведінку, ті відносини й ті думки, які пов’язані з цілями терапії. Так, психотерапевт позитивно підкріплює бажану поведінку і використовує негативне підкріплення або процедури, спрямовані на гальмування при небажаній поведінці. «Хоча найбільш відкрито ці прийоми застосовуються, - як зазначає С. Гарфілд, - у психотерапевтичних програмах, що ґрунтуються на парадигмі оперантного обумовлювання, вони спостерігаються і при використанні інших методів психотерапії» [57, с. 54].

*Десенсибілізація.* В процесі обговорення пацієнтом своїх проблем і розкриття власних переживань перед психотерапевтом спостерігається феномен, за якого проблеми починають здаватися пацієнту менш серйозними і складними. Таким чином, позитивний психотерапевтичний вплив справляє детальне і системне обговорення з психотерапевтом проблеми, приховуваної від оточення С.Гарфілд зауважує, що «на відміну від катарсису, який характеризується потужною одномоментною емоційною розрядкою, десенсибілізація відбувається протягом певного періоду часу і не так бурхливо». І далі він зазначає: «Відверто розповідаючи про свої проблеми, клієнт дістає можливість обговорити їх з психотерапевтом й аналізувати менш упереджено. Думки й ідеї, якими таким чином ділиться клієнт, стають менш суб’єктивними і тому менш небезпечними». Крім того, дослідник додає: «…Розкриваючи й аналізуючи їх на психотерапевтичних сеансах, клієнт стає спроможним бачити фактори, що зумовили його нинішній стан дискомфорту, і набуває здатності протистояти їм» [57, с. 59].

*Формування* стресостійкості*.* Один зі способів оволодіння стимулами, що викликають страх або інші негативні переживання, - уникання їх тоді, коли це можливо. Якщо людина занадто сором’язлива і відчуває дискомфорт в ході міжособистісної взаємодії, вона, ймовірно, намагатиметься уникати подібних ситуацій. Попри те, що така поведінка справді допомагає їй уникнути або зменшити силу своїх неприємних переживань, вона має і небажані наслідки. Так, коли людина втрачає можливість соціальної взаємодії, вона відчуває, як результат, пригніченість і меншовартість. Однак поки вона продовжуватиме поводитися подібним чином з метою запобігання соціальній тривозі, шанси на зміни будуть незначними.

Сутність механізму зміцнення стресостійкості полягає в тому, щоб допомогти такій людині шляхом зміни її поведінки – уникання на поведінку – подолання. Простої розмови для вирішення проблеми недостатньо. Та коли пацієнта спонукати до спроб розв’язання ситуації, що її він раніше уникав, і підтримувати його в цьому, з’являється можливість для певних позитивних змін. Якщо ж пацієнт включається в ситуацію, яка спочатку викликала травму й уникання, і не спостерігає жодних небезпечних наслідків, тривога може послабшати. Це справляє на пацієнта потужний позитивний вплив, і після багаторазових вдалих спроб він стає спроможним змінити значною мірою свою поведінку [57, с. 57].

Крім названих загальних механізмів (факторів) психотерапії, С. Гарфілд вказує на існування й інших механізмів, що діють у більшості психотерапевтичних методів, – таких, як сповнювання впевненістю, підтримка і надання інформації. Разом з тим він підкреслює, що всі наведені вище «психотерапевтичні фактори або змінні не слід розглядати як ізольовані механізми психотерапії. Навпаки, вони взаємопов’язані з іншими психотерапевтичними змінними, особистісними особливостями і проблемами клієнта, формуються завдяки психотерапевтичним відносинам і професіоналізму психотерапевта» [57, с. 58].

Заслуговує на увагу і модель механізмів (в авторському варіанті «факторів», хоча термін «механізм» так само вживається автором у контексті досліджуваної проблеми як синонім «фактора») лікувального впливу психотерапії, створена А.А. Александровим на основі аналізу праць Р.Кошика, Б. Розенберга, І. Ялома і С. Кратохвила. Ця класифікація відрізняється від вищевикладених тим, що в ній приділяється увага і розгляду специфічної ролі механізмів при індивідуальній і груповій формі [9]. Одним з перших механізмів лікувального впливу психотерапії можна вважати універсалізацію проблеми. На думку А.А. Александрова, цей механізм спостерігається в груповій психотерапії і відсутній в індивідуальній. Проблеми пацієнта розглядаються як універсальні, що тією чи іншою мірою виявляються у всіх людей, пацієнт не самотній у своїх стражданнях. Вже сама безпосередня участь у роботі психотерапевтичної групи справляє ефективний вплив і викликає бажані зміни. Пацієнти у звичайному житті ізольовані від різних соціальних контактів і відчувають себе знехтуваними. Прийняття в групу й активна взаємодія з її учасниками в атмосфері прийняття та взаємної підтримки справляє на пацієнтів сильне враження. Приходячи в групу, пацієнти вважають, що у них особливі, виняткові проблеми і вони не зможуть поділитися своїми думками і переживаннями. Коли ж у групі вони бачать, що в інших членів з’являються ті самі побоювання і є такі самі проблеми, вони відчувають значне полегшення. Як зазначає А.А. Александров, саме почуття єдності й належності до групи виступає в психотерапії як найбільш сприятливий та ефективний фактор.

До другого механізму лікувального впливу психотерапії відноситься аскептація (прийняття). С. Кратохвил називає цей фактор «емоційною підтримкою». Останній термін закріпився й у вітчизняній психотерапії. При емоційній підтримці велике значення має створення клімату психологічної безпеки. Безумовне прийняття пацієнта поряд з емпатією терапевта та його конгруентивністю є однією із складових позитивного ставлення, яке прагне побудувати терапевт. Ця «тріада Роджерса» [199; 200], як вказує А.А. Александров, має велике значення в індивідуальній терапії і є не менш значущою в груповій терапії. В найпростішій формі емоційна підтримка індивіда проявляється в тому, що терапевт (в індивідуальній терапії) або учасники групи (в груповій психотерапії) слухають його і намагаються зрозуміти. Далі йдуть прийняття і співчуття. Якщо пацієнт є членом групи, та його приймають, незважаючи на його стан, розлади, особливості поведінки та минуле. Його приймають таким, яким він є – з власними думками і почуттями. Група дозволяє йому відрізнятися від інших членів групи. Певною мірою механізм «емоційної підтримки» відповідає фактору «згуртованості», що його виділив І. Ялом [288]. У зв’язку з цим А.А. Александров зазначає, що «згуртованість» можна розглядати як механізм групової психотерапії, тотожної «емоційній підтримці» як механізму індивідуальної психотерапії. Справді, тільки згуртована група може надати члену групи емоційну підтримку, створити для нього умови психологічної безпеки. Другим, близьким до емоційної підтримки, механізмом А.А. Александров вважає «навіювання надії». Пацієнт чує від інших пацієнтів, що їм стало краще, він бачить зміни, які з ними відбуваються, яке викликає у нього надію на те, що і він може змінитися.

Третім механізмом виступає альтруїзм. Позитивний терапевтичний ефект може забезпечити не тільки те, що пацієнт дістає підтримку і йому допомагають інші, але також і те, що він сам допомагає іншим, співчуває їм, обговорює з ними їх проблеми. Пацієнт, котрий приходить у групу деморалізованим, невпевненим у собі, з почуттям, що нічого сам не може запропонувати натомість, починає раптом у процесі групової роботи почуватися потрібним і корисним для інших. Цей фактор – альтруїзм – допомагає подолати хворобливу спрямованість на самого себе, підвищує почуття належності до решти, почуття впевненості в собі й адекватної самооцінки. А.А. Александров вказує, що цей механізм є специфічним для групової психотерапії. «Він відсутній в індивідуальній психотерапії, бо пацієнт перебуває в ролі людини, якій допомагають. У груповій терапії всі пацієнти грають психотерапевтичні ролі стосовно інших членів групи» [9, с. 31].

В якості четвертого механізму розглядається відреагування (катарсис). Сильний вияв афектів є важливою складовою психотерапевтичного процесу. Однак вважається, що відреагування саме по собі не приводить до особистісної трансформації, але створює повне підґрунтя або передумови для змін. Цей механізм, як зазначає А. А. Александров, є універсальним – він спрацьовує і в індивідуальній, і в груповій психотерапії. Емоційне відреагування дає значне полегшення пацієнтам та підтримується і психотерапевтом, і учасниками психотерапевтичної групи.

Далі йдеться про механізм саморозкриття і самодослідження (самоексплорація). На думку А.А. Александрова, цей механізм більшою мірою виражений у груповій психотерапії. При самоексплорації учасник групи перебирає на себе відповідальність, оскільки йде на ризик реалізації почуттів, мотивів і поведінки зі своєї приватно, або таємної сфери.

Дехто з психотерапевтів вважає первинним механізм зростання у групі. Людина знімає маску, починає відверто говорити про приховані мотиви, про які група навряд чи могла здогадатися. Йдеться про інтимну інформацію. Крім різних переживань і відносин, пов’язаних з почуттям провини, сюди відносяться події та вчинки, яких пацієнт соромиться.

Важливе місце відводиться зворотному зв’язку з можливою конфронтацією. У Р. Корсіні цей механізм іменується як «інтеракція». Зворотний зв1язок означає, що пацієнту стає відомо від інших членів групи, як вони сприймають його поведінку і як вона на них впливає. Згідно з позицією А. А. Александрова, цей механізм має місце як в індивідуальній, так і в груповій психотерапії, але в останній його значення істотніше. Саме цей механізм А. А. Александров вважає головним лікувальним механізмом групової психотерапії. Інші люди можуть бути джерелом тієї інформації про нас самих, яка нам є не зовсім доступною, перебуває в ділянці «сліпої плями»нашої свідомості. Якщо при самоексплорації пацієнт розкриває щось про себе іншим зі своєї таємної, прихованої галузі, то при зворотному зв’язку інші відкривають йому щось нове про нього самого [9].

Термін «конфронтація» часто вживають і для визначення негативного зворотного зв’язку. Однак багатьма дослідниками конфронтація у формі конструктивної критики визнається дуже корисним психотерапевтичним фактором. Втім, потрібне додержання певного балансу, оскільки при переважанні однієї тільки конфронтації критика перестає сприйматися як доброзичлива і конструктивна, що веде до посилення психологічного захисту. Конфронтацію рекомендується поєднувати з емоційною підтримкою, яка створює атмосферу взаємного інтересу, розуміння і довіри.

В психотерапевтичному процесі важливе місце займає інсайт (осяяння). Інсайт означає розуміння, усвідомлення пацієнтом неусвідомлюваних раніше зв’язків між особливостями своєї особистості й неадаптивними способами поведінки. А. А. Александров зазначає: «… З певної точки зору інсайт можна розглядати як наслідок психотерапії, однак про нього можна говорити як про лікувальний фактор, або механізм, оскільки він є передусім засобом зміни малоадаптивних форм поведінки й усунення невротичних симптомів» [9, с. 34].

Наразі охарактеризуємо коригувальний емоційний досвід. Останній являє собою інтенсивне переживання актуальних відносин або ситуацій, завдяки якому відбувається корекція неправильного узагальнення, зробленого на ґрунті минулих переживань. Сутність цього механізму полягає в тому, що пацієнт в умовах психотерапевтичної ситуації (індивідуальної або групової психотерапії) повторно переживає емоційний конфлікт, який він досі не бува в змозі розв’язати, але реакція на його поведінку (психотерапевта або членів групи) відрізняється від тієї, що її він зазвичай провокує в оточення. Різновидом коригувального досвіду в групі є так зване «коригувальне повторення первинної сім’ї» – побудова моделі сімейних стосунків пацієнта в групі.

Потім здійснюється перевірка нової поведінки («перевірка реальності») і навчання новим способам поведінки. Спільно з усвідомлення старих неадаптивних стереотипів поведінки поступово відбувається перехід до набуття нових способів. При навчанні новим способам поведінки велику роль відіграє моделювання, імітація поведінки інших членів групи і терапевта. Цей механізм лікувального діяння І. Ялом називає «імітуючою поведінкою», а біхевіористи традиційно іменують її «модифікуванням» [316, с. 207].

Нарешті, як окремий механізм розглядається надання інформації (в тому числі шляхом навчання) через спостереження. В групі пацієнт дістає нові знання про те, як люди поводяться, інформацію про відносини, про адаптивні та неадаптивні інтерперсональні стратегії. Йдеться не просто про зворотний зв’язок й інтерпретацію, що їх пацієнт отримує стосовно цієї поведінки, а про відомості, які він дістає в результаті своїх спостережень за поведінкою інших – групи або терапевта. Як зазначає А. А. Александров, завдяки цьому пацієнт може поглянути на ті самі речі з різних сторін, ознайомитися з різними думками з того самого питання. Крім того, він багато чому вчиться, навіть якщо сам не бере активної участі в цьому процесі.

Класифікацію механізмів лікувального діяння психотерапії відповідно до трьох найважливіших планів функціонування людини – емоційного, пізнавального (коґнітивного) і поведінкового – запропонував Б.Д. Карвасарський [82]. Саме співвідношення механізмів з трьох відповідних сфер раніше розглядалося і Р. Корсіні, однак принцип виокремлення самих механізмів у Б. Д. Карвасарського дещо відрізняється.

Так, у процесі індивідуальної психотерапії переважно з емоційною сферою пацієнта пов’язані безумовне прийняття, толерантність, інтерес, симпатія, турбота, катарсис, переживання сильних емоцій, прояв інтенсивних особистих почуттів, альтруїзм, перенесення, ідентифікація. В цій самій площині, але з орієнтованістю на майбутнє, перебувають віра і надія, які виражають частково усвідомлену можливість досягнення мети.

Здебільшого до коґнітивної сфери відносяться отримання нової інформації, поради і рекомендації, інтелектуалізація, зворотний зв’язок, самоексплорація, тестування реальності, універсальность (усвідомлення і відчуття спільності). Як зазначає Б. Д. Карвасарський, у цю групу входять механізми лікувального діяння, які значною мірою знижують рівень невизначеності уявлень пацієнта про свою хворобу, особистісні проблеми, найближчі цілі та завдання, що приводять до дистанціювання від значущих переживань, які слугували джерелом декомпенсації, їх знецінення. Відбувається розширення образу «Я» за рахунок включення в нього аспектів, які раніше були відторгнені: уявлення про самого себе, свою поведінку, цілі, способи їх реалізації.

До поведінкової сфери Б. Д. Карвасарський відносив імітаційне научіння (наслідування), десенсибілізацію, експериментування з новими формами поведінки, набуття навичок соціалізації. За його словами, научіння в широкому розумінні при різних формах психотерапії відбувається як прямо – через інструкції, рекомендації, команди, поради, так і опосередковано – шляхом спостереження, моделювання, явного і прихованого використання заохочення і покарання [82].

Згрупувавши вищезгадані (і наведені іншими авторами) механізми лікування діяння психотерапії, а також прийнявши до уваги результати відповідного опитування самих пацієнтів, б. Д. Карвасарський виокремив три базових, або основних, механізмів. Це – конфронтація, коригувальне емоційне переживання (коригувальний емоційний досвід) і научіння, що охоплюють всі три площини змін – коґнітивну, емоційну і поведінкову [83; 193; 229].

Конфронтація розуміється як «зіткнення» пацієнта з самим собою, зі своїми проблемами, конфліктами, настановленнями, відносинами, емоційними і поведінковими стереотипами і здійснюється за рахунок зворотного зв’язку. Поняття зворотного зв’язку є дуже важливим для групової психотерапії. І саме конфронтація, на думку більшості авторів, є провідним механізмом лікувального діяння групової психотерапії. В психотерапевтичній групі, завдяки наявності зворотного зв’язку, кожний з учасників отримує інформацію про те, які реакції в оточуючих викликає його поведінка, як він сприймається іншими, як вони реагують на його поведінку, як розуміють й інтерпретують її, як його поведінка впливає на інших, в яких випадка його інтерпретація емоційного змісту міжособистісної ситуації виявляється неадекватною і тягне за собою так само неадекватну реакцію оточуючих.

Зворотний зв’язок дає можливість учаснику групи зрозуміти й оцінити власну роль у типових для нього міжособистісних конфліктах і тим самим усвідомити свої проблеми, співвідносячи минуле і теперішнє. При груповій психотерапії зворотний зв’язок, як зазначає Б.Д. Карвасарський, є багатоплановим, оскільки здійснюється між кожним з членів групи і групою як цілим. Психотерапевтична група надає пацієнтку не просто зворотний зв’язок – інформацію про те, як він сприймається іншою людиною, а й диференційований зворотний зв’язок, тобто зворотний зв’язок від усіх учасників групи, які можуть по-різному на неї реагувати. Таким чином, пацієнт бачить себе у множині «дзеркал», які по-різному відображають різні сторони його особистості. Диференційований зворотний зв’язок дає не тільки різнопланову інформацію для вдосконалення саморозуміння, а й допомагає пацієнту навчитися розрізняти нюанси у власній поведінці [84].

Коригувальне емоційне переживання, або коригувальний емоційний досвід, включає кілька аспектів – і передусім емоційну підтримку. Емоційна підтримка означає для пацієнта прийняття його іншими, визнання його людської цінності та значущості, унікальності його внутрішнього світу, готовність розуміти його, виходячи з його власних відносин, настановлень і цінностей. Вона справляє позитивний стабілізуючий вплив на самооцінку, підвищує ступінь самоповаги і таким чином коригує такий найважливіший елемент системи відносин, як ставлення до самого себе.

Научіння в процесі психотерапії здійснюється прямо й опосередковано. При груповій психотерапії саме група виступає як модель реальної поведінки пацієнта, де він проявляє типові для нього поведінкові стереотипи, і таким чином створюються умови для дослідження пацієнтом власної міжособистісної взаємодії, своєї поведінки, що дає змогу виокремити в ній конструктивні і неконструктивні елементи, які приносять задоволення або викликають негативні переживання. Групова ситуація є ситуацією інакшої, реальної, емоційної міжособистісної взаємодії, що значною мірою полегшує відмову від неадекватних стереотипів поведінки і вироблення навичок повноцінного спілкування у групі, пацієнт починає відчувати свою здатність до змін, які приносять задоволення йому самому і позитивно сприймається іншими [82].

Таким часом мають місце і спроби виокремлення основних механізмів, що враховують провідну форму побудови самого психотерапевтичного процесу [193; 197]. Той самий І. Ялом виокремлює такі механізми лікувального впливу в груповій психотерапії:

1. Повідомлення інформації отримання пацієнтом у ході групової психотерапії різних відмінностей про особливості людської поведінки, міжособистісної взаємодії, конфліктів, психічного здоров’я і т.п; з’ясування причин виникнення і розвитку порушень, інформація про сутність психотерапії і перебігу психотерапевтичного процесу; інформаційний обмін між учасниками групи. Подібна інформація надходить у процесі спілкування з іншими й ознайомлення з їх проблемами.
2. Навіювання надії: поява надії на успіх лікування під впливом поліпшення стану інших пацієнтів і власних досягнень. Успішність психотерапії інших пацієнтів слугує в якості позитивної моделі, створює оптимістичні перспективи. Найбільшою мірою цей фактор діє у відкритих психотерапевтичних групах.
3. Універсальність страждань: переживання і розуміння пацієнтом того, що він не самостійний, що інші члени також мають проблеми, конфлікти, переживання, симптоми. Таке розуміння сприяє подоланню егоцентричної позиції і появі почуття спільності та солідарності з іншими, а також підвищує самооцінку.
4. Альтруїзм: можливість у процесі групової психотерапії допомагати один одному, робити щось для іншого. Допомагаючи іншими, пацієнт стає більш впевненим у собі, він почувається здатним бути корисним і потрібним, починає більше поважати самого себе і вірити у власні можливості.
5. Коригувальна рекапітуляція первинної сімейної групи: пацієнті виявляють у групі проблеми і переживання, що йдуть з батьківської сім’ї, почуття і способи поведінки, характерні для батьківських і сімейних відносин у минулому. Вияв реконструкція колишніх емоційних і поведінкових стереотипів у групі створює можливість для їх терапевтичної переробки, виходячи з актуальної ситуації, коли психотерапевт виступає в ролі батька для пацієнтів, а інші учасники – в ролях братів, сестер й інших членів сім’ї.
6. Розвиток техніки міжособистісного спілкучання6 пацієнти мають можливість через зворотний зв’язок і аналіз власних переживань побачити свою неадекватну міжособистісну взаємодію і в ситуації взаємного прийняття змінити її, виробити і закріпити нові, більш конструктивні способи поведінки і спілкування.
7. Імітаційна поведінка: пацієнт має можливість навчитися більш конструктивним способам поведінки завдяки наслідуванню психотерапевта й інших успішних членів групи.
8. Інтерперсональний вплив: отримання нової інформації про самого себе завдяки зворотному зв’язку, що проводить до зміни і розширення образу «Я», можливість виникнення в групі емоційних ситуацій, з якими пацієнт раніше не міг справлятися, їх вичленування, аналіз та переробка.
9. Групова згуртованість: привабливість групи для її членів, бажання залишитися у групі, почуття належності до групи, довіра, прийняття групою і взаємне схвалення один одного, почуття «Ми» групи. Групова згуртованість розглядається як фактор, аналітичний відносинам «психотерапевт – пацієнт» в індивідуальній психотерапії.
10. Катарсис: відреагування, емоційне розвантаження, вираження спільних почуттів у групі [288; 383].

До основних механізмів лікувального діяння групової терапії Г.Л. Ісуріна й інші автори відносять такі: участь у групі, емоційну підтримку, самодослідження і самоуправління, зворотний зв’язок або конфронтацію, контроль, коригувальний емоційний досвід, перевірку та навчання нових способів поведінки, отримання інформації і розвиток соціальних навичок [76; 197].

Дослідження, проведені останніми роками, показали, що резонанс цілей досягається у процесі психотерапії; відпрацювання цілепокладання (створення рамки психотерапевтичних цілей) так само належать до ефективних механізмів лікувальних впливів у сімейній психотерапії [Психология и психотерапия семьи, 1999; Психология: учебник, 2002; Ричардсон, 1992].

Резюмуючи здійснений огляд, зазначимо, що розкриття психотерапевтичних механізмів лікувальних впливів й інтервенцій діє змогу не тільки визначити універсальні складові психотерапевтичного процесу, а й встановити точки перетину феноменів «лікування душі» і «лікування душею» в межах різних психотерапевтичних парадигм.

**4.3.2. Порівняльний аналіз особистісно-орієнтованих психотерапевтичних підходів**

У другому розділі нашої праці ми намагалися показати своєрідність, властиву тією чи іншою мірою вітчизняній особистісно орієнтованій психотерапії (ООП) внаслідок історичних обставин. Наразі, після розгляду психологічної та психотерапевтичної проблематики в її сукупності, можна зробити наступний крок: здійснити порівняльний аналіз особистісно орієнтованих методів з метою вичленування, по можливості, того «золотого ядра», яке найбільшою мірою відповідало б завданням психологічного лікування пацієнтів з соматичними захворюваннями.

Основні психотерапевтичні підходи до реконструкції особистісного «Я» були розглянуті на прикладах «психотерапії самості» Х. Кохута (психоаналітичний напрямок), що центрується на клієнті психотерапії К. Роджерса (феноменологічний підхід), психосинтезу Р. Ассаджиолі (виник на перетині психоаналізу, екзистенціально-гуманістичного напрямку і східних духовних практик), особистісно орієнтованої (реконструктивної) психотерапії Б.Д. Карвасарського, Г.Л. Ісуріної, В.А. Ташликова (клінічний напрямок у вітчизняній психології). Окрема глава була присвячена проблемі реконструкції особистісного «Я» в клініці психічних, психосоматичних і соматичних захворювань. Здійснений аналіз, попри різноманітність теоретико-методологічних основ, практичного виконання і вживаної термінології, дає можливість порівняння названих підходів. Як критерії для порівняння нами обрано найбільш істотні положення та ідеї, що становлять основу кожного з підходів. Це такі критерії: концепція особистісного «Я», джерела і можливі причини порушень, цілі та завдання психотерапії, методи і прийоми роботи.

Наведені дані дають нам можливість судити про спільні для описаних напрямків положення, а також про характерні для кожного з них особливості. Порівняльний аналіз особистісно орієнтованих підходів у сучасній психотерапії психосоматичних розладів у цілому і соматогенії, зокрема, свідчить про те, що всі вони діляться на три великі групи залежно від їх теоретичного підґрунтя. Перша група підходів (психодинамічний підхід, психосинтез та інші неклінічні підходи) виходить з уявлень про «Я» як певну об’єктивно існуючу інстанцію в структурі особистості. Друга група підходів (когнітивно-поведінкові та власне клінічні) робить акцент на тому, що «Я» – лише функція, похідна від процесів соціальних інтеракцій і соматичного стану. Третя група підходів (екзистенціально-гуманістичні) приділяє пильну увагу процесам рефлексії і ціннісно-смислової організації особистості. Слід зазначити, що у власне медичній моделі психотерапії аналіз особистісного «Я» також враховує самосвідомість людини. Втім, здійснюючи психотерапевтичну роботу з хворими, психотерапевти все-таки виходять з концепції особистісного «Я», прийнятої в тій школі, до якої вони себе відносять.

Приміром, у психотерапії К. Роджерса і в ООП особистісне «Я» людини функціонує в зовнішньому світі – зокрема, в соціальному середовищі, що оточує індивіда. І, навпаки, в психодинамічних концепціях Х. Кохута і Р. Ассаджиолі «Я» є структурою інтрапсихічною, «замкненою у собі». Воно формується і трансформується під впливом зовнішнього світу, а також справляє вплив на поведінку і відносини людини з навколишньою дійсністю, але при цьому його функцією залишається інтеграція і синтез внутрішнього психічного життя індивіда. Відтак, джерелами порушень особистісного «Я» виступають події і впливи зовнішнього світу, що суб’єктивно переживаються людиною як травми, не завжди усвідомлювані. Більшістю з розглянутих нами концепцій визнається важлива роль ранньої дитячої взаємодії з батьками або іншими значущими дорослими. Винятком є медична модель, в якій причиною психологічних порушень виступає захворювання і реакції на нього людини. На противагу названим ідеям у психосинтезіджерелом психологічного дискомфорту є те, що особистість на шляху свого розвитку ще не досягла оптимального рівня функціонування та інтегрованості «Я», але суб’єктивне відчуття потреби в психологічному зростання у неї вже є, що і викликає переживання розколу в особистісному «Я».

Для всіх напрямків психотерапії спільним є висновок про те, що порушення в особистісному «Я» людини – чи то деформація компонентів структури «Я», недостатнє усвідомлення свого «Я» або неадекватність самосприймання – мають важливе значення при побудові людиною відносин з іншими людьми. Саме особливості особистісного «Я» людини визначають структуру її взаємодії з іншими.

У питанні цілей і завдань психотерапії при порушеннях у сфері особистісного «Я» всі підходи, за винятком психосинтезу, визнають провідний лікувальний ефект у разі особливого типу відносин, які складаються між психотерапевтом і пацієнтом. У межах цих відносин для пацієнта створюється ситуація, в якій він за підтримки терапевта (або групи) може скомпенсувати недоліки свого «Я». в контексті психоаналітичної терапії це формування стійкого ставлення до самого себе і здатності до підтримки власного «Я» функціональним способом. У терапії, центрованій на особистості, метою виступає зближення реального й ідеального «Я» клієнта і досягнення узгодженості Я-концепції завдяки безумовному позитивному ставленню психотерапевта і можливості перевірки клієнтом реальності: психотерапевт щиро реагує на всі прояви клієнта, тим самим даючи йому можливість отримання зворотного зв’язку. В особистісно орієнтованій психотерапії метою є відновлення порушених відносин особистості в когнітивній, емоційній і поведінкових сферах. Тут так само використовується зворотний зв’язок, що надається психотерапевтом або групою. В медичній моделі зусилля психотерапевта спрямовані передусім на формування у людини нового життєвого стереотипу, який буде більш адекватним тим умовам, в які ставить її хвороба. До завдань психотерапії тут відносяться: подолання внутрішньоособистіснихконфліктів, корекція наслідків впливу хвороби на психіку, корегування неефективних механізмів психологічного захисту, вибудовування адекватної поведінки, адаптація до хвороби, корекція внутрішньої картини хвороби, зміна (в ідеалі) патологічних преморбідних особистісних властивостей. Як бачимо, кожним із розглянутих напрямків реконструкція особистісного «Я» визнається можливою лише у разі активної участі психотерапевта. Винятком є психосинтез, відповідно до якого людина здатна досягти цілісності власного «Я» самостійно, хоча психотерапія значно прискорює й полегшує цей процес. Це відрізняє психосинтез від загальноприйнятих психотерапевтичних підходів.

Конкретні методи та прийоми роботи, які використовуються представниками вищеназваних напрямків, випливають з поставлених цілей. Та хоча цілі психотерапії багато в чому подібні у всіх підходах (це – інтеграція, об’єднання особистісного «Я» людини, досягнення внутрішньої узгодженості та гармонійності), способи їх досягнення відрізняються. В психотерапії «самості» і психосинтезу методи роботи відповідають стадіям процесу психотерапії і мають певну послідовність. Серед цих методів такі: прояв психотерапевтом емпатії, яка створює умови для формування нарцисичного перенесення, розвиток і «дозрівання» перенесення, трансформація його в невроз і, зрештою, робота з останнім. Важливо зазначити, що в психотерапії «Самості» нарцисичне перенесення не підлягає інтерпретації на відміну від класичного психоаналізу. В психосинтезі головним методом роботи є аналіз неусвідомлюваного змісту психіки, що зближує його з психоаналізом, робота з самоідентифікацією пацієнта і розвиток важливих сторін особистості. В психотерапії, запропонованій К. Роджерсом, – на відміну від інших підходів – відсутні будь-які техніки роботи з клієнтом. Завдання психотерапевта – створити умови для максимального прояву самостійності клієнта, а також для стимулювання його самоактуалізації. Тим часом ООП і психотерапія в рамках лікування психічних і соматичних захворювань є відкритими для інтеграції різних методів роботи, якщо вони слугують досягненню бажаної мети.

Отже, можна констатувати: сьогодні в усіх розглянутих напрямках психотерапії – незалежно від методів і прийомів, принципів і алгоритмів – реалізується, по суті, симптоматична ідея – полегшити страждання пацієнта. Нам зрозумілі вихідні посилки і характер інтенцій подібної психотерапії. Аналіз категоріального апарату і реконструктивних можливостей сучасних зарубіжних психотерапевтичних концепцій свідчить про те, що в них переважають філософсько-ідеологічні переваги й очевидна неувага до експериментальних досліджень. А спроби представників гуманістично-екзистенціальної психотерапії уникати поняття і навіть терміна «діагноз» фактично обмежують об’єктивні і справді ефективні можливості сучасної наукоємної психотерапії, що увібрала в себе досвід і досягнення з різних галузей людського життя і сфер діяльності. Насправді, зарубіжні підходи – можливо, за винятком когнітивно-поведінкового – лише експлуатують феномен «плацебо». При цьому на догоду комерціалізації замовчується той факт, що, скажімо, жодне з припущень З. Фрейда з етіології психічних захворювань не підтвердилося. З другого боку, головна увага психотерапевтів зосереджена на пацієнтах, чий емоційний стан викликається саме психічними або невротичними розладами та захворюваннями, в той час як пацієнти із соматичними хворобами лишаються, крім термінально хворих, наодинці з психологічним компонентом свого страждання.

Огляд основних течій сучасної вітчизняної психотерапії (санкт-петербурзької, московської й української шкіл) показав, що наприкінці ХХ – на початку ХХІ століть і, зокрема, останніми роками плідно розвиваються досить продуктивні концепції і психотехніки реконструктивної психотерапії, що ґрунтуються на загальних досягненнях радянської психології і медицини. При цьому російські й українські вчені велику увагу приділяють роботі саме з соматичними хворими, котрі спочатку стикаються з психогенно індукованими негативними емоційними станами, а пізніше, в процесі хроніфікації хвороби, страждають від особистісних розладів непсихотичного генезису – зокрема, іпохондричних. Умови формування соматогенно спровокованих особистісних розладів при серцево-судинних, шлунково-кишкових, шкіряних захворюваннях, не кажучи вже про переживання, викликані тяжкими наслідками хірургічних втручань – ось сучасна перспектива актуальних медико-психологічних досліджень.

На сьогодні в загальних рисах можна виокремити такі вітчизняні концепції реконструктивної психотерапії: особистісно орієнтовану психотерапію Б.Д. Карвасарського й ін. (Санкт-Петербург); інтенсивно-експресивну (ІНТЕКС) психотерапію Ю.С. Шевченка й ін. (Москва); психотерапію творчим самовираженням М.Є. Бурно і сенсорно-когнітивну психотерапію А.Ф. Єрмошина (Москва), а також узагальнюючи підходи до психотерапії в соматичній медицині Б.В. Михайлова й ін. (Харків) і С.Д. Максименка; Н.Ф. Шевченко (Київ).

Принагідно зазначимо, що проведені нами емпіричні дослідження з пацієнтами, котрі страждають такими соматичними захворюваннями, як серцева недостатність і хронічний холецистит, показали: їм властивий широкий спектр психологічних страждань, повязаних з фіксацією на діяльності внутрішніх органів, іпохондричними та тривожними переживаннями; дисбаланс емоційної та когнітивної сфер; деструктурованою внутрішньою картиною хвороби; загальним стресом та ін. Емоції страху та тривоги взагалі притаманні від 75% до 81% пацієнтів зі вказаними захворюваннями. Підвищена суб’єктивна значущість емоційних станів, здатна викликати й особистісний розлад, створює справді складну – і психологічно, і соціально – життєву ситуацію, що особливо небезпечно для хворих з серцевою недостатністю, оскільки може бути загрозою для життя. До завдань психотерапії тут відносяться: подолання внутрішньоособистісних конфліктів, корекція наслідків впливу хвороби на психіку, коригування неефективних механізмів психологічного захисту, вибудовування адекватної поведінки, адаптація до хвороби, корекція внутрішньої картини хвороби. Зміна (по можливості) преморбідних особистісних властивостей. В цілому ж головне завдання ООП – відновлення особистісного «Я» пацієнта, особливо в тих випадках, коли хроніфікація захворювання призвела до особистісного розладу.

Порівняльний аналіз реконструктивних психотерапевтичних підходів у першому наближенні дає змогу сформулювати таке положення: серед всього різноманіття теоретико-методологічних основ та філософських джерел, використовуваного категоріального апарату та термінології і власне психотерапевтичних практик можна виокремити базові джерела (психодинамічний, когнітивно-поведінковий і екзистенціально-гуманістичний напрямки) і їхні розгалуження та похідні (деривати). Останні, на нашу думку, заслуговують на спеціальну дослідницьку увагу, повязану з вивченням самих можливостей психотерапії.

Однак головний наш висновок полягає в тому, що на сьогодні у нас немає підстав не тільки твердити, а й просто говорити про дійсну зрілість й ефективність не симптоматичної, а патогенетичної психотерапії. На нашу думку, ключем до вирішення проблеми вивчення можливостей саме патогенетичної (каузальної) ООП є дослідницька робота в галузі психології і психотерапії різних нозологічних груп пацієнтів, що ми в міру своїх сил намагаємося здійснити.

**Висновки до четвертого розділу**

В клінічній картині психогеній простежується чіткий зв’язок між особливостями характеру і способом реагування при діянні психотравми: інтенсивність і гострота емоційного та особистісного реагування залежать від природжено-конституціональних і характерологічних особливостей індивіда. Діяння психотравмуючих подій провокує виникнення декомпенсацій, що закріплюють невротичну поведінку і загострюють патологічні риси. Реакція на психотравмуючу подію може виражатися в домінуванні вегетативних і соматичних симптомів, при відході на другий план власне психопатологічних. Соматогеній в цій проблематиці і досі не знайшли достатнього відображення.

Психологічна специфіка непсихотичних розладів виражається: по-перше, в надмірно інтенсивному, неадекватному, невідповідномусилі стимуляції емоційному реагуванні, що провокує виникнення поведінкових порушень, супроводжуваних невротичними та психопатичними симптомами. По-друге, в когнітивних порушеннях, що не досягають рівня патології, але справляють істотний вплив на поведінку, адаптивні можливості особистості і характер взаємодії з оточуючими. По-третє, порушенні системи ставлень особистості: до самої себе, до інших людей та світу в цілому.

Метою психотерапевтичного впливу в клініці непсихотичних розладів є досягнення саногенного ефекту шляхом активації основних механізмів особистісної трансформації пацієнта, яка відбувається завдяки специфічним психотерапевтичним впливам та інтервенціям. Механізми лікувальних впливів психотерапії виступають тими внутрішніми умовами психотерапевтичної ситуації, які забезпечують факторизацію всіх саногенних впливів у процесі психотерапії й слугують пояснювальними моделями ефективності психотерапевтичного діяння.

Перспективи розвитку психотерапії полягають у пошуку спільних механізмів лікувальних впливів для всіх психотерапевтичних шкіл і напрямків – незалежно від їх теоретичної спрямованості у сприйманні базових принципів психотерапевтичного процесу. Моделі спільних, універсальних психотерапевтичних механізмів запропоновані багатьма зарубіжними і вітчизняними авторами, де як базові механізми лікувальних впливів і специфічних інтервенцій виокремлюються такі: конфронтація, розуміння, інсайт, інтерпретація, надання інформації, коригувальне емоційне переживання, катарсис, акцептація (прийняття, емпатія, позитивне ставлення), научіння, набуття навичок долаючої поведінки, активація ресурсів, саморозкриття і самодослідження. Ці базові механізми охоплюють всі три площини особистісної трансформації пацієнта – когнітивну, емоційну та поведінкову. Підкреслюється, що в залежності від того, якою стороною проблеми, чи на якому рівні виявляється проблематика у вказаних аспектах, це й визначає конкретні завдання для психологічної та психокорекційної роботи. Адже у спрямованості психологічної роботи на вказані аспекти суб’єктності і розкриваються перспективи роботи над саморозуміням, самоусвідомленням, самоприйняттям. Тут можуть ставитися задачі особистісного розвитку, задачі нарощування рівня осмисленості власного життя, забезпечення психологічних умов для цілепокладання, з’ясування трансцендентних координат орієнтації особистості в світі і аж до проектування бажаного майбутнього тощо. Вибудовуючи діалог з конкретною людиною, маючи на перспективі її смислогенез, психолог тим самим опредмечує, матеріалізує її віртуальні фантазії у конкретні плани й програми життя, привчає її до психологічного аналізу соціальних, економічних, смислових та особистісних наслідків підсумків конкретних рішень і їх реалізацій. В процесі такої роботи психолог підшукує ідеальні зразки постатей з культури людства, що можуть служити своєрідними маяками (орієнтирами) і водночас опорою (підтримкою) на складному шляху до себе, до того себе, якою і повинна стати власне ця людина, жива й неповторна, у випробуваннях власної долі і життя. Слід підкреслити, що саме образ ідеальної фігури, так би мовити ідеальна референтна постать, ідентифікація з якою виступає проміжним, але важливим моментом життєствердження особистості, становить окрему дослідницьку проблему в сучасній психології життєвих криз та розробці стратегій їх подолання. Саме тут, у розкритті механізмів вільного внутрішнього діалогу особистісного «Я» з різними іпостасями себе, у розкритті власного потенціалу суб’єктності і криється неабиякий потенціал психологічної науки у її прикладному застосуванні задля здійснення місії подолання проблем життєвої кризи особистості. Крім того, окреслено можливості особистісно орієнтованої психотерапії та інших вітчизняних напрямків реконструктивної психотерапії – стосовно лікування соматичних захворювань (соматогеній). Завданнями психотерапії пацієнтів з соматичними захворюваннями є корекція неефективних механізмів психологічного захисту, коригування внутрішньої картини хвороби і адаптація до захворювання, корекція наслідків впливу хвороби на психіку, а також формування адаптивних способів поведінки. Головна ж мета психотерапевтичної допомоги при соматогеніях полягає у відновленні особистісного «Я» пацієнта.

**Результати дослідження, викладені у четвертому розділі, відображені в наступних публікаціях автора**

1. **Максименко К.С.** Личностно-ориентированная терапия эмоциональных расстройств при соматогениях / К.С. Максименко. – **К. : Издательский Дом “Слово”, 2015 – 352 с.**
2. **Максименко К.С. Методология и психотехника личностного “Я” в клинике заболеваний различного спектра реконструкции** [Электронный ресурс] / К.С. Максименко // **Психология и право. Московский городской психолого-педагогический университет, портал психологических изданий Psyjournals.ru. – 2014. – №2. – Режим доступа :** <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2014/n2/69868.shtml>
3. Максименко К.С. Проблема каузации в понимании психологических детерминант психических нарушений, связанных с болезненным состоянием организма / К.С. Максименко // **Проблеми сучасної психології :** зб. наук. праць **Кам’я­нець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України /** за ред.С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої**. – Кам’янець-Подільський : Аксіома, 2014. – Вип. 23. – С. 389–404.**
4. Максименко К.С. Реконструктивная психотерапия в клинической психологии / К.С. Максименко // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць КПНУ ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. **Кам’янець-Подільський : Аксіома,** 2013. – Вип. 21. – С. 369–385.
5. Максименко К.С. Роль личностных особенностей в переживании психической травмы / К.С. Максименко // **Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин : матеріали V міжнародної науково-практичної конференції (21-22 травня 2013 р.) /** за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. **– Кам’янець-Подільський : Медобори-2006**, **2013. – С. 179–183.**

**РОЗДІЛ 5**

**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТІСНО ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Поставивши за головну мету нашого експериментального дослідження вивчення можливостей побудови патогенетичної психотерапії, а не просто психотерапії симптоматичної, ми виходили з гіпотези про те, що соматичне захворювання сприяє маніфестуванню певних психічних станів, а й здатне викликати прояв особистісних розладів. Відтак, для вивчення можливостей реалізації саме патогенетичної психотерапії ми вирішили додатково дослідити психологічні прояви, властиві соматичним захворюванням у цілому.

**5.1. Пресупозиції із співвідносин: особистість пацієнта – особистість психотерапевта, діагноз – форма психотерапії**

Як випливає з матеріалів нашого дослідження, сучасна психотерапія в тому широкому розумінні, в якому ця галузь медичної психології тлумачиться на сьогодні, є, що вже підкреслювалося, по суті симптоматичною. Винятком можна було б вважати, певно, класичний психоаналіз в його устремліннях і концепцію В.М. М’ясищева, побудовану на ґрунті його концепції неврозів і «психології відносин». Однак, проблема полягає в тому, що лікувальний ефект психоаналізу прямує до нуля, а концепція В.М. М’ясищева передбачає роботу в галузі традиційної проблематики психотерапії і до того ж містить багато алюзій, що відносяться до теорії А. Адлера.

Складнощі розробки проблем патогенетичної психотерапії легко можна вивести з лікувальних проблем – на відміну від навчально-дослідницьких сподівань психоаналізу. Так само легко вибудувати гарну теоретичну концепцію, в той час як насправді неможливо вилікувати захворювання, причини виникнення якого не тільки не розглядаються теоретиками психотерапії, а й взагалі лежать поза сферою впливу цього спеціаліста.

Стосовно соматичних захворювань справа ускладняється ще й тим, що і досі не з’ясовано власне патогенні механізми конкретної хвороби. Класичний приклад – виразкова хвороба шлунку. Сам факт вручення Нобелівської премії за відкриття бактерії, яка провокує появу цього захворювання, зовсім не відміняє того ефекту, що у людей інакшого психологічного складу та сама Helicobacter Pylori є компонентом умовно патогенної флори і ніколи не призводить до виникнення виразкової хвороби.

Ще більш яскравий приклад – так званий «синдром психоемоційного вигорання», за якого неможливо чітко визначити те, з чим фактично стикаєшся: з проявами неврастенії або з порушеннями імунно-біологічного гомеостазу, коли знижується природна резистентність організму до інфекцій, в тому числі до умовно-патогенних. А з точки зору здорового глузду, коли практично неможливо серед численних патогенних факторів встановити той або ті, що провокують ці стани, беруться до уваги ті, що упадають у вічі: інтенсивні навантаження, стресові ситуації, неправильний спосіб життя і т.п. Інакшу кажучи, виходять з умов, тоді як власне патогенні механізми конкретного захворювання лишаються не з’ясованими.

Зберігаючи в пам’яті всю надзвичайну складність аналізованої феноменології, ще раз спробуємо увійти в суть психологічного аналізу спочатку саме особистісних, а потім змістовно-формативних співвідношень у процесах ООП.

Відтак, психотерапевтичні відносини розвиваються передусім у діаді «пацієнт – психотерапевт». Як ми розуміємо, конгруентні відносини, певно, більшою мірою послужать позитивному результату психотерапевтичного процесу. Та сам характер взаємодії психотерапевта і пацієнта вельми специфічні. З одного боку, навряд чи існує ще щось подібне у розумінні щирості та відкритості, коли стражденний ділиться своїми думками, почуттями, душевним болем, але водночас з боку психотерапевта це лише професійні відносини, робота. І якщо про різні форми сприймання фігури психотерапевта добре відомо, то важливо зазначити, що існують також хибні уявлення стосовно сприймання фігури пацієнта [384]. Про хибні погляди щодо всемогутності психотерапевтів і неспроможності пацієнтів добре писав А. Лазарус. За його словами, клієнти психотерапевтів, як правило, вважаються піддатливими, слабкими, інфантивними, трактуються як жертва, що опинилась в руках могутнього володаря. І тут-таки, аби розвіяти цей міф, вчений підкреслює, що хоча й існують клієнти з тенденцією до залежності, надмірної навіюваності, безпорадності, слабкості, є й такі, котрим притаманно бачити самих себе набагато сильнішими від психотерапевта і, нерідко, такими вони і є насправді. У підсумку автор резюмує, що не можна вважати всіх клієнтів безпорадними і вразливими, як і не можна розглядати всіх психотерапевтів як всесильних [338; 384].

Важливо зазначити, що вищеперелічені стереотипи і хибні погляди більшою мірою характерні для нашого суспільства (в Україні, Росії), ніж для західного світу. Пояснюється це тим, що в країнах західного світу звернення до психологів і психотерапевтів є більш поширеним явищем і, відповідно, обізнаність мас набагато вища. В нашій країні багато людей потребували і потребують психотерапевтичної допомоги, але стійкі стереотипи не дають їм змоги звертатися до цих спеціалістів.

Як зазначають дослідники-психологи, ці міфи не варто ігнорувати, з ними треба працювати. І лише за умови, що пацієнт сприйматиме професію психотерапевта правильно, без будь-яких спотворень, можна сподіватися на його своєчасне звернення до психотерапевта й успішний результат терапевтичного процесу.

Таким чином, вищевикладене слугує наочною ілюстрацією того, як неправильне уявлення про професію психолога (психотерапевта) і специфіку його діяльності може сформувати світогляд і стати поштовхом для прийняття рішення звернутися/не звернутися до послуг цих спеціалістів, тим самим відігравши надзвичайно важливу роль у психічному благополуччі людини.

Наразі варто перейти безпосередньо до особистісних характеристик психотерапевта. Передусім слід врахувати, що фундаментальна професійна підготовка і незліченна кількість дипломів не є гарантією того, що клієнт лишиться задоволений. Будь-які раціональні критерії – такі, як досвід роботи, авторські статті і монографії, наукові ступені й подібні знаки статусу – мають дуже велике значення, але не відображають індивідуальність психотерапевта і те, наскільки він підходить конкретному клієнту з властивою йому індивідуальністю.

В контексті цього більшість сучасних дослідників вважають не без підстав, що оптимальна терапевтична підготовка передбачає наявність у терапевта досвіду проходження пацієнтського шляху. Пояснюється це тим, що такий досвід допомагає ґрунтовно зрозуміти суть страждань і правильно поставитися до переживань пацієнта, а також всебічно прилучитися до таємниць використання методу.

Сучасний російський практикуючий психолог А. Сафронов, приводячи як приклад досвід найвідоміших психотерапевтів минулого століття – таких, як З. Фрейд і Ф. Перлз, особливо загострює увагу на цьому аспекті. За його словами, саме досвід терапевта стосовно своїх особистих проблем, до того вирішених саме завдяки психотерапевтичним засобам, є джерелом того, що він буде в змозі надавати відповідну допомогу пацієнтам. З цього випливає, що повноцінний спеціаліст не повинен мати неопрацьованих особистісних проблем. У зв’язку з цим, автор зазначає, що «лікар може бути хворим, а психолог не може бути психологом з 8 до 11 або з 9 до 17. Психолог – це спосіб життя» [219].

Відомий російський автор М. Литвак підкреслює, що талановитий психотерапевт – така сама цінність і рідкість, як по-справжньому талановитий художник або поет, як обдарований вчений-дослідник або видатний організатор. Наводячи як приклад такі знамениті постаті, як К. Юнг, В. Сатір, Е. Берн, К. Хорні, Ф. Перлз, А. Лоуен й інші, автор зазначає, що вони, безперечно, володіють справді даром Божим, тією особливою властивістю натури, яка дає їм можливість справляти цілющий вплив уже самою своєю присутністю. За його словами, методики і техніки, застосовувані психотерапевтами, без сумніву, відіграють важливу роль, але не є головним. А головним, визначальним, згідно з позицією автора, є «магія особистості» психотерапевта.

«…Психотерапевти такого рівня можуть змінювати, вдосконалювати, спрощувати свої методи роботи, запозичувати чужі прийоми, розвиватися і змінюватися, але їх благотворний вплив на чужу свідомість незмінно лишається потужним. Такий вплив не може бути імпровізований будь-якою іншою людиною, не може бути скопійований і механічно запозичений. Як будь-який талант він невід’ємний від конкретної індивідуальності, належить їй як атрибут» [131, с. 119].

Цю саму тему продовжує і вищезгаданий А. Сафронов у своїй статті «Психотерапія й особистість психотерапевта». Ґрунтуючись на власному досвіді, а також досвіді колег, автор стверджує, що ефективність роботи психолога з клієнтом дуже мало залежить від обрання тієї чи іншої методики. Тобто спеціаліст може працювати в межах різних шкіл, різних парадигм – чи то психоаналіз, гештальт, психодрама і т.п., але ефективність, принаймні усвідомлювана, залежить переважно від особистості самого психотерапевта. Тут автор говорить про специфічну терапевтичну харизматичність. За його словами, ця сама особистість і є інструментом, за допомогою якого здійснюється вплив на особистість пацієнта [219].

Вельми цікавою є ідея московського психолога Наталії Холіної, котра бачить психотерапевта як спеціаліста, що поєднав у собі ролі лікаря, художника, філософа, священика, вчителя і попутника. За її словами, психотерапевт лише в цій своїй повноті може зробити свій неоціненний внесок у те, щоб робота виявилася успішною. Спираючись на деякий нагромаджений досвід, у тому числі науковий, психотерапевт як лікар зможе тверезо оцінити стан свого пацієнта з медичної точки зору, проаналізувати зібрану інформацію про пацієнта і діагностувати його проблему. Як священик він допоможе знайти ту віру, те духовне опертя, яке підтримає клієнта на шляху самозміни та зміни свого ставлення до навколишнього світу. Та аби ця самозміна відбувалася, пацієнту доведеться пройти нелегкий шлях самопізнання, в чому йому і допоможе філософ. Учитель же, використовуючи метод научіння, підкаже, як зі всім тим, з чим зустрінеться пацієнт у ході самопізнання, жити далі і робити своє життя більш осмисленим і наповненим. Завданням художника є відчути, інтерпретувати й відобразити самому пацієнту щось таке, чого він сам про себе не знає (так би мовити, відтворити картину його внутрішнього світу).

Спільно з переліченим автор відмічає, що для пацієнта украй важливо, щоб психотерапевт просто був з ним, супроводжував його та підтримував на нелегкому шляху консультування. В цьому і полягає роль психотерапевта як надійного попутника, який супроводжує, підтримує або просто йде поряд.

Відтак, кожна з перелічених іпостасей створює цілісний образ особистості психотерапевта [268].

Наразі звернемося до аналізу особистості не як об’єкта, а як суб’єкта психотерапевтичного процесу. Адже перед початком роботи психотерапевту потрібно в першу чергу оцінити особистість пацієнта.

Ряд дослідників підкреслює, що на початку роботи мають бути наявні особиста симпатія, професійний інтерес, а також відчуття, що психотерапевт як професіонал може допомогти хворому. Якщо хоча б один з цих факторів відсутній, то буде доцільніше передати пацієнта іншому спеціалісту. Вищезгаданий М. Литвак підкреслює, що відносини психотерапевта і пацієнта часом бувають досить тривалими, а не обмежуються однією або кількома зустрічами. І як будь-які людські відносини, вони розвиваються, змінюються, наштовхуються на підводні камені та рифи. Від звичайних «стихійних» відносин вони відрізняються лише тим, що один з учасників виступає з позиції професіонала – спеціаліста в галузі психотерапії [131].

Особистість пацієнта та його манера взаємодії з психотерапевтом являють собою важливий предмет оцінки під час першої бесіди і мають істотне значення. Наприклад, тямущий пацієнт або млявий, енергійний або флегматичний, вимогливий або невибагливий – всі ці особливості необхідно оцінити і врахувати вже у процесі першої консультативної зустрічі. Важлива також здатність пацієнта виражати свої почуття й обговорювати питання особистого характеру.

Існує думка, що у психотерапевтів так само є свої смаки стосовно пацієнтів. У дослідженні, описаному на одному з психологічних Інтернет-порталів, з участю 13 психотерапевтів було встановлено, що на підставі рейтингових оцінок можна дійти висновку про те, що більшість психотерапевтів віддають перевагу пацієнтам з високим рівнем інтелекту, тривожних, молодих, мотивованих до психотерапії, більш чи менш усвідомлюючих джерела своїх труднощів [Оцінка пацієнта – <http://psymeds.ru/texts/ocenka-pacienta.html>]. Цьому є пояснення. З такими пацієнтами приємно працювати, а результати роботи, як правило, позитивні. На жаль, не всі люди, котрі мають проблеми і звертаються за допомогою, мають усі перелічені вище властивості. І пацієнти з меншою кількістю достоїнств так само потребують допомоги.

Розглянемо викладені міркування по черзі. Попри те, що психотерапевти зазвичай віддають перевагу пацієнтам з високим рівнем інтелекту, в літературі не вказується якесь порогове значення IQ. Крім того, не всі люди з IQ, що перевищує 135 пунктів, є бажаними пацієнтами або досягають найкращих результатів. Важливими є й інші особистісні якості. У зв’язку з цим, нерідко згадується мотивація. Позитивно оцінюється готовність і здатність клієнта до співпраці з психотерапевтом. Опір, ригідність, ворожість, навпаки, оцінюються негативно і можуть створити певні труднощі у формуванні психотерапевтичних відносин [див.: там само]. Украй пасивні та залежні пацієнти так само ускладнюють психотерапію, але інакше.

Актори виокремлюють три характеристики пацієнта, які потрібно враховувати й оцінювати.

Перша характеристика – це клінічний діагноз і ступінь вираженості психопатології – особливо у зв’язку з можливістю надання допомоги шляхом психотерапії. Бо далеко не кожний випадок звернення до психотерапевта перебуває в компетенції останнього. Іноді потрібна допомога інших спеціалістів, приміром, психіатра або нарколога.

Друга – це особистісні властивості клієнта і його стиль взаємин з іншими людьми.

Третя характеристика, яка може частково збігатися з однією або обома попередніми характеристиками стосується, по суті, особистого враження психотерапевта від пацієнта. Вельми важливо, щоб психотерапевт усвідомлював ті почуття, які він переживає щодо пацієнта, і намагався їх максимально об’єктивно оцінити на початковому етапі психотерапії. Якщо психотерапевта гризуть сумніви особистого характеру – прийняти чи не прийняти пацієнта, – певно, краще направити останнього до іншого спеціаліста або провести додаткову бесіду для ухвалення остаточного рішення. Важливо зазначити, що для різних пацієнтів потрібні різні методи, прийоми і види психотерапії. Скажімо, впевнені в собі, амбіціозні люди вимагають до себе одного підходу і психотерапевтичних методик, а хворі і пригнічені – зовсім іншого. Залежно від того, екстраверт чи інтроверт конкретна людина, чоловік чи жінка, дитина, підліток чи дорослий – всі ці істотно різні індивіди вимагають від психотерапевта підлаштовування під їх унікальну сутність, пошуку особистих підходів та засобів впливу [300].

В той же час, якщо психотерапевт стикається з граничними станами або симптомами органічних порушень, він не повинен братися за лікування, а зобов’язаний передати свого пацієнта відповідному спеціалісту, котрий має право ставити в цій ситуації діагноз і надавати потрібну допомогу вже засобами психіатрії [131].

Сучасні західні дослідники дедалі частіше підкреслюють, що, крім врахування особистісних особливостей, доцільним у цьому питанні є ще й урахування демографічних змінних, таких як етнічна належність, стать, рідна мова і т.п. [300].

Згідно з думкою вчених, збігання таких характеристик забезпечує більшу результативність і успішну терапію. До того, на думку американських авторів, схожість психотерапевта і клієнта в ціннісних орієнтаціях, переконаннях і копінг-стратегіях є так само немаловажним аспектом позитивного результату консультативного процесу.

Отже, можна припустити, що чим сильніша схожість між клієнтом і терапевтом, тим ймовірнішим є позитивний результат консультування.

У зв’язку з цим, існує й інакша думка. Численні емпіричні дослідження показали, що відмінності в міжособистісних характеристиках не менш позитивно можуть впливати на результативність психотерапевтичної роботи. Вже згадувані американські дослідники А. Bernier і M. Dozier у своїй статті “The Client – Counselor Match And The Corrective Emotional Experience” зазначили, посилаючись на результати дослідження колег: схожість клієнта і психотерапевта у плані цінностей, пов’язаних з релігією і філософською системою, сприяє позитивному результату, але й несхожість часто відіграє позитивну роль. Свідченням цьому є конструктивний вплив несхожості між психотерапевтом і пацієнтом у плані стилів міжособистісної взаємодії. Так, психотерапевти, котрі віддають перевагу автономії, були б більш ефективними в роботі з пацієнтами з тенденцією до залежності. Тим часом, психотерапевти, орієнтовані на більш тісний взаємозв’язок, працювали краще з клієнтами, котрі цінують особисту автономію [300].

Посилаючись на теорію прихильності Дж. Боулбі та теорію міжособистісної взаємодії А. Кіслер, Т. Лірі і Г. Саллівана, автори статті твердять, що у разі різнорідних або контрастуючих стилів взаємодії в діаді «психотерапевт – клієнт» психотерапевтичний процес увінчується оптимальними результатами. Таким чином, психотерапевт ніби попереджує, не дає розвиватися неадекватній характеристиці клієнта. В протилежному ж випадку психотерапевт просто зміцнює його неадаптивну модель поведінки.

Переходячи до питань, присвячених співвідношенню специфіки діагнозу, змісту і форм психотерапевтичної інтервенції, передусім зазначимо, що йтиметься в цьому контексті тільки про психологічний діагноз, який аж ніяк не пов’язаний з психоневрологічними порушеннями або порушеннями функцій мозкової діяльності, що їх психіатрія розглядає вже через призму медицини. Відтак, аналізуватимуться лише ті випадки, в яких правильно було б звертатися до психотерапевта.

Загальновідомо, що науковим підґрунтям психотерапії виступають психологічні теорії та концепції. Попри все різноманіття психотерапевтичних підходів існує три основних напрямки в психотерапії, які відповідають трьом основним напрямкам психології. Кожний з цих напрямків характеризується своїм підходом до розуміння особистості, її порушень і власною системою психотерапевтичних впливів.

Так, у межах психодинамічного підходу як головна детермінанта особистісного розвитку і поведінки людини розглядаються несвідомі психічні процеси, а особистісні розлади розуміються як наслідки конфлікту між несвідомим і свідомістю.

Представники поведінкового напрямку фокусують увагу на поведінці. Здорова особистість характеризується адаптивною поведінкою, а невроз або особистісні розлади розглядаються як результат неадаптивної поведінки, що сформувалися внаслідок неправильного научіння. З цього випливає, що метою психологічного втручання є научіння або переучування, тобто заміна неадаптивних форм поведінки на адаптивні.

Екзистенціально-гуманістичний напрямок в якості головної людської потреби розглядає потребу в самоактуалізації. Невроз, таким чином, є наслідком неможливості самоактуалізації, блокування цієї потреби, що пов’язане з недостатнім саморозумінням і прийняттям самої себе, недостатньою цілісністю й адекватністю «Я-концепції». В цьому випадку мета психологічного втручання – створення умов, в яких людина зможе пережити новий емоційний досвід, що сприяє прийняттю самої себе й особистісній інтеграції, яка забезпечує самоактуалізацію.

Питання про те, наскільки ефективний той чи інший метод або психотерапевтичний підхід, не передбачає конкретної та однозначної відповіді, бо кожний з них може бути оптимальним за умови правильного й доречного його використання.

В наш час численні автори підкреслюють необхідність теоретичного обґрунтування сучасних методів психотерапевтичної інтервенції, тобто можливості їх пояснення з точки зору теорії наукової психології.

Це зумовлене поширенням у практиці різних методів психотерапевтичного втручання, які, проте, не завжди мають відповідну теоретичну базу. Автори відомої книжки «Клінічна психологія» М. Перре і У. Бауманн роблять акцент на гострій необхідності навчитися відрізняти і розмежовувати методи клініко-психологічних (або психотерапевтичних) інтервенцій та інші, існуючі в наш час, впливи, які або ґрунтуються на буденній психології, або не мають у своїй основі ніяких теорій, не піддаються емпіричній перевірці.

Справді, сьогодні є багато психологів, а також «психотерапевтичних напрямків», друкованих видань, які, не маючи жодної цінності з точки зору науки, все-таки пропонують, обіцяють допомогу людям в їхніх душевних пошуках, а також «знайти себе», «вдосконалитися», «розкритися» і т.п. Це прагнення набуло величезної популярності в сучасному суспільстві і поштовхом до нього став стрімко впроваджуваний у нашу свідомість образ американського «self-made person» – людини, котра створила себе сама. З одного боку, це можна розглядати як позитивну тенденцію. Ось тільки способи, до яких вдаються люди на шляху до досягнення цієї мети, не завжди конструктивні. Зазвичай молодь орієнтується на багатоманіття «психологічної» літератури, величезну кількість якої ми бачимо зараз на полицях книжкових (і не книжкових) магазинів. Тільки вони украй помиляються щодо науковості того, чим намагаються керуватися в житті. Наслідки в цьому випадку вельми передбачувані – це, звичайно ж, розчарування або ж, ще в більш невдалих випадках – дотримування приписів якогось «авторитетного» автора, метою якого була не допомога стражденним, а здійснення комерційного проекту.

Таким чином, проблема теоретичного обґрунтування сучасних психотерапевтичних методів є однією з головних через те, що в наш час існує велика кількість методів, що не мають теоретичного підґрунтя й які вже фактом своєї появи підривають авторитет психологічної науки.

Американський психолог C. Patterson ще в 1948 році у своїй статті «Is Psychotherapy Dependent Upon Diagnosis?» поставив запитання про те, чи залежить психотерапія від конкретного діагнозу [356]. Намагаючись відповісти на поставлене ним самим запитання, автор наводить два зовсім протилежних за смислом твердження. Перше з них належить психофізіологу і спеціалісту в галузі клінічної психології Ф. Торну (F.C. Thorne) і стверджує очевидність того, що будь-яке раціональне лікування має починатися тільки після встановлення точного діагнозу («It seems elemental that rational treatment cannot be planned and executed until an accurate diagnosis has been made»).

Протилежна позиція відстоюється прибічниками так званої «гуманістичної психології». Так, у книжці під редакцією Р. Корсіні наводиться типовий вислів гештальт-терапевта В. Кемплера: «The concept of individual diagnoses is absolute», тобто буквально: «Поняття індивідуального діагнозу є зайвим» [316, с. 274]. У такому самому дусі неодноразово, в тому числі на своєму знаменитому семінарі в Москві в 1986 році, висловлювався і Карл Роджерс.

Варто зазначити, що автори мали на увазі розлади, що належать до компетенції психотерапевта і вже ніяк не захворювання органічного походження. Адже очевидно, що у другому випадку саме правильна постановка діагнозу слугує запорукою успішного і результативного лікування, оскільки в медицині лікувальні заходи визначаються діагнозом. Проте вказана "гуманістична» позиція відзначається очевидною безапеляційністю і явною належністю до ідеології антипсихіатричної течії. Підхід Ф.Торна, автора відомої книжки «Principles of Psychological Examining» (<http://books.google.com.ua>), є конструктивним тому, що він підходить до проблеми не з абстрактно-гуманістичних, а з клінічних позицій. У контексті цього автор ставить питання про співвідношення специфіки соматичних хвороб і психічних розладів. У першому випадку причиною слугують фізіологічні та біохімічні зміни в організмі, а в другому, – це, як правило, психологічні і соціальні фактори. Відтак, ці два зовсім різні рівні функціонування являють собою поле для аналізу та порівняння.

В соматичній медицині, як відомо, існує велике різноманіття специфічних, експериментально перевірених засобів. У разі ж психічних розладів справи йдуть інакше. Іншими словами, якщо в соматичній медицині точний диференціальний діагноз, що визначає обрання певних засобів для виліковування, можливий, то у сфері психічних розладів усе не так однозначно. Жоден специфічний діагноз у психотерапії, згідно з думкою вищезгаданого автора, не вказує шлях вибору потрібних методів психотерапевтичного втручання, які будуть ефективними саме в цьому випадку. Навпаки, психотерапевтичний діагноз, як показує практика, може лише незначною мірою визначати той чи інший метод інтервенції. На думку автора, на практиці вибір методу психотерапії, як правило, залежить від уподобань конкретного психотерапевта, ніж від діагнозу [356].

Головна ж ідея та висновок автора статті полягає в тому, що диференціальна діагностика у сфері психотерапії необхідна так само, як і в медицині, бо терапія має бути прив’язана до діагнозу з чітким формулюванням показань та протипоказань до використання всіляких методів. Він вважав, що зразком для психотерапії має бути саме клінічна психологія.

Це подібно до того, як діагностика є цілком звичайним явищем у роботі спеціаліста з комп’ютерної техніки або ж автомеханіка. Якщо спеціаліст не може нам сказати, що саме вийшло з ладу – іншими словами, діагностувати проблему, то з невирішеною проблемою ми звертаємося до іншого спеціаліста з надією на його більш високу компетентність. У принципі те саме стосується психотерапії. Такі поняття, як тривожність, депресії посттравматичного стресового розладу і т.п., є лише малою часткою того, чим оперує діагностична психологія, яка покликана допомогти спеціалісту окреслити коло психологічних проблем клієнта.

Та на цей рахунок існує й інша думка. Ілюстрацією є популярна в наш час у країнах західного світу так звана «недіагностична терапія» (Non-diagnostic Therapy, Internet source). Цей вид психотерапевтичної інтервенції протиставляє себе медичній моделі, яка використовується зазвичай лікарями, і стверджує, що немає необхідності діагностувати проблему, а лише потім, вже на підставі діагнозу, віднаходити відповідний підхід до лікування. Замість цього психотерапевти, котрі працюють без діагностування, постулюють цілісне ставлення до пацієнтів, підкреслюючи, що серйозні страждання, які приносять душевний біль, не повинні розглядатися тільки в одній площині. Крім того, «не-діагностуючі» терапевти роблять акцент на унікальності кожного пацієнта і, отже, припускають, що не можна судити про пацієнтів винятково на підставі тієї категорії, під яку потрапляє його діагноз. Заперечуючи необхідність діагностування, вони підкреслюють важливість роботи з розвитку внутрішнього потенціалу особистості для боротьби з розладом на противагу роботі з самим розладом. Пояснюється це тим, що емоційні труднощі не тільки містяться всередині особистості, сама особистість є частиною численних відносин і середовища, які допомагають формувати її емоційне життя. Таким чином, ставитися до емоційних труднощів діагностично – це те саме, що ставитися до них індивідуалістично і, отже, заперечувати вплив навколишнього середовища на емоційне благополуччя особистості (Non-diagnostic Therapy, Internet source). Відтак, на думку дослідників, діагностика залишає людину поза соціальним контекстом.

Можна зауважити, що описаний вище недіагностичний підхід багато в чому перегукується з традицією екзистенціально-гуманістичної парадигми в психології. В той час як діагностичний підхід строго дотримується постулатів медицини.

Питання про те, який з них виявиться більш доцільним для психотерапії, поки що не має чіткої відповіді. З одного боку, діагностика психологічних проблем і розладів є необхідною в роботі психотерапевта, оскільки допомагає визначити те, з чим конкретно доведеться мати справу, а також дає можливість виключити наявність психічного захворювання, яке перебуває в компетенції психіатра. Ідеї недіагностичної психотерапії цінні тим, що закликають психотерапевтів враховувати у своїй роботі весь комплекс соціальних відносин індивіда, які, певно, і зумовлюють проблему, а не зациклюватися на роботі з конкретним симптомом.

Очевидно, що обидва підходи мають під собою підстави, хоча, парадоксальним чином, їх ми уявляємо трохи однобічними – мабуть, через те, що вони претендують на взаємну винятковість. Тому правильно було б створити на їх основі певну еклектичну модель, яка поєднувала б у собі кращі сторони обох підходів.

Проблема полягає в тому, на основі яких критеріїв слід підбирати психотерапевтичний метод, що з найбільшою точністю відповідав би специфіці діагнозу і забезпечив би вирішення проблеми клієнта.

Природно припустити, що оптимальний варіант підбору і поєднання потрібних методів та технік припускає врахування конкретних клінічних показників, особливостей особистості клієнта й інших психологічних характеристик, рівня соціально-психологічної адаптації пацієнта.

Таким чином, цілі психотерапевтичних інтервенцій мають відображати орієнтацію на досягнення певних змін. Таке втручання може бути спрямоване як на більш загальні, віддалені цілі (наприклад, відновлення повноцінного особистісного функціонування, гармонізацію особистості, розвиток особистісних ресурсів), так і на конкретні, більш близькі цілі: подолання страху перед певним явищем, розвиток певних комунікативних навичок [88].

Підбираючи певний метод або підхід, важливо також з’ясувати, чи буде це короткочасна або ж тривала терапія.

Короткочасна терапія показана у разі кризової інтервенції, розрахована на подавання допомоги в конкретній ситуації, активізацію конструктивних копінг-стратегій, необхідних для вирішення виниклих проблем. Короткочасні методи мають низку очевидних переваг, серед яких терапевтичний прагматизм, економічність і швидкість досягнення терапевтичного ефекту.

Та, залежно від мотивації і тяжкості проблеми, психотерапевтична співпраця може зводитися не тільки до короткочасного опрацювання окремої проблеми, а й до не обмеженої часом інтенсивної психотерапії.

Одним з прикладів тривалої психотерапії є класичний психоаналіз. Серед показань для консультування в руслі психоаналізу є такі: істеричний, обсесивно-компульсивний і депресивно-мазохістичний розлади особистості, для яких він виступає найкращою терапією. Психоаналіз може бути також показаний пацієнтам з інфантильним або істероїдним розладами особистості [88]. Разом з тим О. Корнберг зазначає, що психоаналітичний напрямок ставить і певні вимоги. Оскільки така форма терапії передбачає кілька зустрічей на тиждень, пацієнт повинен мати час і кошти для цього. Крім того, дослідник вказує на ряд загальних протипоказань до застосування терапевтичних модальностей, що ґрунтуються на психоаналізі. Серед них – небажання або неможливість регулярно відвідувати терапевта, серйозні порушення вербального спілкування, відсутність здатності до інтроспекції та дуже низький IQ.

Проблему співвідношення діагнозу й особливостей психотерапевтичної інтервенції аналізує і московський психотерапевт Д. А. Клєвцов у своїй статті «Психотерапія, залежно від типу особистості клієнта» [Клевцов, [www.b17.ru/article/3057/](http://www.b17.ru/article/3057/)]. Автор виокремлює ряд стратегічних підходів до психотерапії клієнтів з різними рівнями організації особистості. Розглянемо їх почергово.

Пацієнтів з невротичним рівнем організації особистості дослідник характеризує як високоорганізованих особистостей, у яких сформовані: базова довіра, високий ступінь автономності, надійне почуття ідентичності, вищі психологічні захисти (не примітивні). Метою терапії таких клієнтів є усунення неусвідомлюваних перешкод. У своїй роботі психотерапевт робить акцент на глибинній інтерпретації симптомів.

Граничний рівень організації особистості передбачає наявність проблем з базовою довірою, автономністю і почуттям ідентичності; така особистість схильна вдаватися тільки до примітивних психологічних захистів, зловживаючи ними. Мета психотерапії «граничного пацієнта» – розвиток цілісного, надійного, комплексного і позитивно-значущого відчуття самого себе; здатності повноцінно любити інших людей попри їх вади та протиріччя; просування від нестійкої реактивності до стабільного прийняття своїх почуттів, цінностей і сприймання життя. Терапія, яку пропонує автор у цьому випадку, спрямована на ослаблення примітивних захистів і навчання адекватним копінг-стратегіям. У підході цього автора постановка діагнозу розглядається як необхідна частина психотерапевтичної роботи, оскільки дає можливість встановити «мішень» психотерапевтичного впливу.

Таким чином, у наш час широко обговорюється питання про потребу або про відсутність такої потреби стосовно діагностики психічного стану пацієнта. На нашу думку, справжньою причиною цього є дедалі більш агресивна антипсихіатрична ідеологія, під надзвичайно потужним впливом якої перебувають екзистенціально-гуманістичні підходи. Останні, як відомо, заперечують необхідність будь-якої діагностики і керуються ідеями цілісності особистості та неможливості її розгляду винятково через призму діагнозу. Втім, ніхто і не претендує на виняткову значущість діагнозу. Передусім тому, що сам діагноз несе у собі конкретно-історичні умовності та обмеження. Інша справа, що вичленування саме тих аспектів, які явно або опосередковано заважають здоровому функціонуванню особистості, є вельми важливою, часом життєво необхідною стороною роботи медичного психолога, оскільки забезпечують цілеспрямованість психотерапевтичної допомоги, з одного боку, а з другого, – допомагають усунути можливість органічних порушень і психічних захворювань і т.п.

**5.2. Емпіричне дослідження співвідношення соматичного захворювання і психічних станів.**

У дослідженні ми виходили з гіпотези про те, що соматична хвороба не тільки сприяє виникненню певних, специфічних станів, а й, головне, викликає інші форми їх переживань. При цьому нас цікавили не окремі захворювання та їхня специфіка, а більш загальні тенденції, що властиві, як ми і припускали, будь-якому стану, пов’язаному з соматичною хворобою.

Ці вихідні міркування зумовили специфіку побудови і розгортання експериментальної ситуації і вибір досліджуваних. В якості досліджуваних виступали пацієнти з різними соматичними діагнозами, що перебували на лікуванні в стаціонарі київської клінічної лікарні №12. Їх кількість – 30 чоловік (18 жінок і 12 чоловіків), віковий діапазон – від 21 до 59 років. Крім того, дослідження проводилося і з контрольною групою (N=27) соматично здорових людей з аналогічними статевими і віковими параметрами.

У процедурному плані експеримент являв собою три послідовних етапи індивідуальної діагностичної роботи з обстежуваними.

На першому етапі дослідження у процесі психологічного інтерв’ю з’ясовувалося, який саме психічний стан наразі у досліджуваного. Важливо відзначити, що насправді процедура інтерв’ю формувала переживання актуального стану. В зв’язку з цим А.Прохоров зазначав: «Включеність стану в систему особистісної організації породжує залежність стану від індивідуальних особливостей особистості, від її цілей, ставлення до явищ дійсності, що проявляється в принципі особистісної регуляції станів» [190, с. 147-148].

Таким чином, зміст цього етапу полягав не стільки в діагностуванні, скільки в специфічному відрефлексуванні переживання стану, в результаті чого останнє не тільки усвідомлювалося суб’єктом, але й представлялося у вигляді певної семантеми (назви). За результатами цього етапу було встановлено, що при проведенні дослідження індивіди переживали такі психічні стани:

напруження – 4 особи;

тривога – 4 особи;

страх – 4 особи;

невизначеність – 3 особи;

туга – 3 особи;

сум – 3 особи;

самотність – 2 особи;

апатія – 2 особи;

байдужість – 2 особи;

пригніченість – 1 особа;

нестабільність – 1 особа;

задоволення – 1 особа.

З переліченого видно, що у хворих спостерігалося абсолютне переживання негативних (астенічних) станів (за винятком одного: лише одна особа переживала стан задоволення). Для порівняння наведемо результати контрольної групи: тривога – 7 осіб, радість – 6 осіб, туга – 4 особи, пригніченість – 3 особи, напруження – 2 особи, втома – 2 особи, збудження – 1 особа, розчарування – 1 особа, задоволення – 1 особа. Всього 30% осіб переживали стенічні стани (радість, задоволення).

Можливо, варто допустити, що переживання астенічних станів є характерною ознакою соматичного захворювання. Для нашого дослідження важливо те, що пацієнти з соматичним діагнозом дають більше різних назв станам, що ними переживаються. Мабуть, варто уточнити, що в нашій вибірці діагнози розподіляються таким чином: гіпертонічна хвороба 2 ступеня – 5 осіб, виразкова хвороба шлунку – 5 осіб, пієлонефрит – 2 особи, ІХС – 1 особа, ішемічний інсульт – 1 особа, виразка 12-палої кишки – 1 особа, гостра пневмонія – 1 особа, бронхіт в стадії загострення – 1 особа, хронічна ниркова недостатність 2 ступеня – 1 особа, хронічна серцева недостатність – 1 особа, цироз печінки – 1 особа.

Отримані нами дані узагальнено у нижче наведеній таблиці (див.: табл. 5.1).

*Таблиця 5.1*

**Співвідношення психічних станів і соматичних захворювань**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Захворювання** | **Стан** | | | | | | | | | |
| **Напруження** | **Тривога** | **Страх** | **Невизначеність** | **Туга** | **Сум** | **Самотність** | **Апатія** | **Байдужість** | **Пригніченість** |
| **1** | Ішемія | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Гіпертонія |  |  |  | + |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Інсульт |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + |
| **4** | Пієлонефрит |  | + |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Виразка шлунку |  | + |  |  |  |  |  | + |  |  |
| **6** | Пневмонія |  | + |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Виразка 12-палої кишки |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |
| **8** | Гіпертонія | + |  |  |  |  | + |  |  |  |  |
| **9** | Бронхіт | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Гастрит |  | + | + |  |  | + |  |  |  |  |
| **11** | Гіпертонія | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Продовження таблиці 5.1.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **12** | Хронічна ниркова недостатність |  |  | + |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | Хронічний холецистит |  |  |  | + |  |  |  |  |  |  |
| **14** | Серцева недостатність |  |  |  |  |  |  |  |  | + |  |
| **15** | Нефрит |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |

З таблиці 5.1 видно, що переживання психічних станів, принаймні в нашій вибірці, не має специфічної прив’язки до конкретного соматичного захворювання.

На першому етапі нашого емпіричного дослідження було встановлено таке:

* пацієнти з соматичним діагнозом переживають здебільшого психічні стани за астенічним типом;
* емоційні стани, що супроводжують соматичне захворювання, не мають прямого стосунку до конкретного діагнозу і в цьому розумінні можуть вважатися неспецифічними;
* пацієнти з соматичним діагнозом схильні більш уважно ставитися до власних емоційних станів, більш чітко їх диференціюючи, що свідчить про більшу значущість для них цих станів порівняно з практично здоровими людьми.

У зв’язку з цим А.О. Прохоров зазначає: «Психічний стан, внаслідок інтегруючої функції, утворює «психологічний устрій» особистості: процеси-стани-властивості, що розгортаються в умовах соціального функціонування суб’єкта і ситуацій життєдіяльності [190, с.496]. При цьому стани проявляються у вигляді макро- або мікроформ життєдіяльності – залежно від конкретної життєвої ситуації. Своєрідними моделями макроформ життєдіяльності людини можуть бути такі її прояви, як «норма», «криза», «патологія». Іншими словами, це нормальні стани – кризові (перехідні) стани – патологічні стани (хвороба). Саме діапазон «норма-хвороба» дає змогу встановити найбільш контрастні особливості динаміки психічного стану.

З’ясуванню цих закономірностей було присвячене наше дослідження на другому етапі.

Дослідження проводилося з експериментальною (№=30) і контрольною (№=20) групами відразу ж після першого етапу. З кожним досліджуваним проводилася індивідуальна робота. В ході цієї роботи йому пропонувалося оцінити свій стан за опитувальником «Рельєф психічного стану», розробленим А.О. Прохоровим (2007). Опитувальник містить у собі шкали психічних процесів, фізіологічних реакцій, переживань і поведінки. Всього опрацьовано 40 показників для кожної сторони переживання стану. В інструкції пропонувалося по 11-бальній шкалі оцінити свій поточний стан (його ми досліджували на першому етапі) і, по можливості, «увійти в нього». Важливо зазначити, що цей опитувальник розроблено відповідно до концепції «нерівноважних станів», що зафіксовано у поданні й інтерпретації результатів: припускається, що показники в межах 5 ± 0,5 балів свідчать про «рівноважний» (власне, здоровий) характер перебігу станів. Відхилення від цієї числової галузі свідчать про тенденцію до патологічності (нерівноважності) станів: про їх прямування або до загострення та реактивності (високі показники) або, навпаки, до пригнічення та поглинання із втратою чутливості та гнучкості (низькі показники).

Ми маємо всі підстави констатувати, що гіпотеза А.О. Прохорова підтверджується і нашими емпіричними даними – щоправда, з невеликим уточненням: йдеться не про самі по собі стани, а про їх переживання людиною.

Звернімося до результатів, отриманих за допомогою опитувальника (див.: табл. 5.2). В цій таблиці подано середньоарифметичні показники кожної групи переживань (p <0,01).

*Таблиця 5.2*

**Динаміка переживань психічних станів**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Досліджувані показники** | **Соматично хворі** | **Здорові** |
| 1 | Психічні процеси | 7,92 | 6,98 (с - 8,54) (а - 5,94) |
| 2 | Фізіологічні реакції | 6,53 | 6,9 (с - 7,16) (а - 6,12) |
| 3 | Емоційні переживання | 6,98 | 5,5 (с - 7,54) (а - 4,51) |
| 4 | Поведінка | 7,74 | 6,3 (с - 6,31) (а - 5,82) |
| 5 | Загальне | 7,29 |  |

Передусім розглянемо психічні процеси. Згідно з нашими даними, пацієнти з соматичним діагнозом в цілому демонструють значно більш високі показники за реєстрованими параметрами, ніж здорові, тобто їх показники більш близькі до станів «нерівноважності». Підкреслимо, що тут і далі йдеться не про об’єктивні параметри функціонування психічних процесів, а про переживання людини в контексті того чи іншого стану.

Особливо високими виявилися показники значень уваги, сприймання, мислення, уяви і уявлень. На серйозну увагу заслуговує варіативність переживання. Як вже зазначалося, практично всі пацієнти переживають астенічні стани. З таблиці 5.2 видно, що у здорових досліджуваних за параметром «психічні процеси» спостерігається чітка диференціація: ті, хто переживає стенічні стани, характеризуються дуже високими показниками у бік загострення активності й чутливості процесів (8,54), а ті, хто переживає астенічні стани, мають низькі показники у бік їх пригнічення (5,94). У соматичних пацієнтів спостерігалися високі показники (7,92) у зв’язку з переживанням астенії, що може слугувати важливим діагностичним показником. Стосовно типу соматичного захворювання статистично значущих залежностей не спостерігалося.

Розглянемо наразі фізіологічні компоненти переживання станів. Найбільш високі значення були в осіб у нормі, котрі переживали стенічні стани (7,16). У них зафіксовано високі показники за шкалами температури, м’язового тонусу, координації рухів і рухові активності. Крім того, у них спостерігається найнижча варіативність фізіологічних показників за всіма параметрами фізіологічної шкали. Високий показник сам по собі свідчить про те, що в нормі стенічний стан більшою мірою впливає на фізіологічні параметри, ніж соматичні відхилення. На нашу думку, це слугує яскравим свідченням на користь розвитку психосоматичного напрямку сучасної медицини та необхідності розробки патогенетичних моделей психотерапії.

На другому місці (6,53) перебувають показники пацієнтів з соматичним діагнозом. Вони мають більш високий рівень варіативності, який, однак, не залежить ні від типу захворювання, ні від виду стану, що переживається, ні від статі, ні від віку. Принаймні, показники варіативності нашої вибірки не корелюють надійно з жодним з перелічених параметрів. Це свідчить, на нашу думку, на користь розгортання спеціальних досліджень клінічного характеру з орієнтацією на індивідуальні варіанти розвитку.

Низькі значення фізіологічних показників демонструють здорові особи, котрі переживають астенічні стани (6,12). У них найбільша варіативність (низька стійкість) фізіологічних показників. Найменшу стійкість мають показники м’язового тонусу, серцево-судинної системи і терморегуляції.

Привертає до себе увагу той факт, що лише за фізіологічними параметрами переживання астенічних станів соматичними пацієнтами наближаються за значенням до переживань астенічних станів здоровими людьми.

За показниками емоційних переживань найбільші значення мають особи в нормі, котрі переживають стенічні стани (7,54). Особливо високі показники зафіксовано у них за шкалами «туга – веселощі», «смуток – оптимістичність», «пасивність – активність», «скутість – розкутість». Водночас і найнижчі показники за цим компонентом мають здорові особи, котрі переживають астенічний стан (4,51). Особливо низькі дані мають місце за шкалами «сонний – бадьорий», «млявий-жвавий», «сумний – веселий».

У пацієнтів з соматичним діагнозом загальний показник досить високий (6,98), тобто у відповідних дихотоміях нерівновага зміщується все-таки в бік активних проявів. Найбільш високі показники тут спостерігаються за шкалами «смуток – оптимізм» (що пов’язане, певно, з надією), «напруження – розслаблення», «пасивність – активність». Аналіз розкидання переживань показує, що найбільшою варіативністю відзначаються показники пацієнтів з соматичним діагнозом.

Найвищі показники соматичні пацієнти мають за параметром «поведінка». З одного боку, ці показники можуть розглядатися як найкращі, оскільки шкали цієї частини опитувальника побудовані таким чином, що більш високі бали проставляються по характеристиках, що описують більш керовану та врегульовану поведінку. З другого боку, високий показник (7,74) свідчить про значне відхилення у бік «нерівноважного» стану.

Аналіз структурно-функціональної організації психічних станів дав змогу з’ясувати такі особливості. В групі норми встановлено, що всі складові станів на високому рівні значущості корелюють між собою, утворюючи цілісний функціональний комплекс. Найбільш висока кореляція має місце між психічними процесами і поведінкою (r=0,766 при р<0,01). На підставі цього ми побудували, за методом Віханду, плеяди, в яких в якості центральної ланки виступали процеси і поведінка. До того з процесами були пов’язані фізіологічні реакції, а з поведінкою – переживання. Опрацювання даних за методом кореляційного кільця (за Терентьєвим) показала, що всі показники станів на значущому рівні пов’язані між собою. Крім того, нами встановлено, що змістові показники переживання станів у нормі мають високу кореляцію з їх модальністю (стенічні – астенічні): R=0,818 при р<0,01.

При переживанні станів в умовах соматичного захворювання картина змінюється. Тут не так важлива модальність стану: в нашій вибірці всі стани були астенічні, але їх переживання відбувалося за параметрами, схожими на переживання стенічних станів у нормі. Ми пов’язуємо це з процесами мобілізації захисних сил організму і створення власного, більш оптимістично налаштованого смислового простору. Слід підкреслити: при соматичних захворюваннях не всі кореляційні зв’язки між станами та їх переживанням є значущими. Найбільша значущість мала місце між фізіологічними реакціями і переживаннями (r=0,827 при р<0,01). У разі норми цей зв’язок є нижчим (r=0,569). Однак фізіологічні реакції мають виражений зв’язок з поведінкою, що притаманне і здоровим особам. Аналіз показав, що центральною ланкою переживання стану соматично хворими є психічні процеси і фізіологічні реакції. Психічні процеси більшою мірою пов’язані з поведінкою, а переживання – з фізіологічними реакціями. Звідси стає зрозумілим виникнення психосоматичних відхилень і невротичних порушень внаслідок соматично хворобливих станів.

Відтак, результати показали, що в групі норми всі кореляційні зв’язки перебувають приблизно на тому самому рівні. При соматичних захворюваннях спостерігається різна інтенсивність зв’язків та різні рівні взаємодії: одні кореляційні зв’язки посилюються, інші – згасають. Ми вважаємо, що таким чином у разі захворювання відбувається переструктурування, зміна інформаційних та енергетичних компонентів стану. Останні дані можуть свідчити про те, що соматичне захворювання не прямо моделює відповідні стани, а процес тут є складним й опосередкованим. Зміни відбуваються в самих станах (в їх окремих складових) і вже потім утворюються нові форми переживань станів, а не станів як таких.

На третьому етапі експериментального дослідження розв’язувалося завдання вивчення змістових особливостей переживання психічних станів у нормі й у пацієнтів з соматичним діагнозом. Було використано колірний тест Люшера. Цей етап у процедурному плані завершував експеримент і відбувався індивідуально відповідно до традиційної типової інструкції. Вибір такої діагностичної методики, як тест Люшера, був зумовлений рядом причин. Головна з них полягала в тому, що прояв змісту переживання через вербалізацію не можна вважати адекватним. Водночас у наш час є низка досліджень, результати яких свідчать про доцільність і доречність застосування цієї методики для вирішення деяких питань психологічного змісту переживання психічних станів. Так, у вже класичному дослідженні Л.А. Шварц, співробітниці відомого радянського психофізіолога С.В. Кравкова, були виявлені помітні зміни колірної чутливості залежно від емоційних станів людини [278]. Позитивні стани – наприклад, радість – виявилися пов’язаними з підвищенням чутливості до червоного і жовтого і зі зниженням – до синього і зеленого. При переживанні негативних станів спостерігалася протилежна картина – чутливість до зеленого і синього зростала, а до жовтого і червоного – зменшувалася.

Крім того, цікаві співвідношення про взаємозв’язок емоційних станів і колірних переваг були встановлені також у недавньому дослідженні українських психологів Є.П. Воропаєва і В.А. Мединцева [54]. У свій час А.М. Еткінд (1979) провів серію досліджень кольоро-емоційних значень у дорослих. Частота кольоро-емоційних асоціацій, що спостерігалася в дослідженні, достовірно відрізнялася від випадкового розподілу по даних Х2. Для всієї матриці його значення становило 716 (р ˂ 0,001) [70]. У свою чергу, Т.А. Айвазян, В.П. Зайцев із співавторами (1989) встановили під час роботи з соматиками, що хворі на серцево-судинні захворювання, віддають перевагу синьому, а жовтим і червоним – нехтують [5]. На підставі цих та багатьох інших результатів можна припустити, що тест Люшера достовірно фіксує зміни емоційних переживань людей і може бути використаний для розв’язання завдань нашого дослідження.

Опрацювання результатів здійснювалося за допомогою приписування кожному кольору рангу (від 1 до 8) залежно від його місця в послідовності, утворюваній досліджуваним і сумою рангів кожного кольору по всіх досліджуваних – для здорових людей і соматично хворих окремо. Вираховувався також коефіцієнт конкордації Ⱳ, який свідчить про міру узгоджуваності оцінок для процедури ранжирування в межах непараметричної статистики.

Значущість коефіцієнта конкордації визначалася за критерієм Х2. Зазначимо, що індивідуальні результати ранжирування в обох серіях характеризувалися значною варіативністю. Розглянемо результати ранжирування (див.: табл. 5.3).

*Таблиця 5.3*

**Групові дані про колірні переваги у здорових і соматично хворих**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Здорові** | | **Хворі** | |
| **№** | **Колір** | ∑ | **Колір** | ∑ |
| 1 | Зелений | 111 | Сірий | 118 |
| 2 | Синій | 114 | Зелений | 128 |
| 3 | Жовтий | 127 | Синій | 131 |
| 4 | Червоний | 142 | Фіолетовий | 134 |
| 5 | Сірий | 143 | Коричневий | 135 |
| 6 | Фіолетовий | 163 | Жовтий | 147 |
| 7 | Коричневий | 171 | Чорний | 148 |
| 8 | Чорний | 200 | Червоний | 149 |
| 9 | W- 0.19 |  | W = 0,27 |  |

Зауважимо, що низький коефіцієнт конкордації і незначні коливання суми рангових показників свідчать про досить широкий спектр змістових нюансів переживання психічних станів як здоровими, так і людьми з соматичними захворюваннями.

Слід також зазначити, що ми не отримали плеяд з високою кореляцією за такими параметрами, як «вид захворювання», «вид психічного стану», «стать», «вік». Це, зокрема, означає, що проблема преференцій кольору лишається відкритою і потребує подальших уточнень із врахуванням соціокультурних її аспектів.

**5.3. Експериментальне дослідження можливостей особистісно- орієнтованої психотерапії у клініці захворювань гастроентерологічної групи.**

Викладені вище міркування зумовили специфіку побудови і розгортання експериментальної ситуації з встановлення патогенетичних можливостей особистісно орієнтованої психотерапії. Програма і процедура експериментального дослідження передбачала, по-перше, цілеспрямований відбір досліджуваних; по-друге, підготовку спеціальної команди психологів-психотерапевтів досить високого рівня професійної компетентності; по-третє, запрошення для участі в експерименті групи експертів, яка мала включати лікарів-психіатрів і терапевтів. У якості досліджуваних виступали пацієнти в стадії загострення таких хронічних захворювань гастроентерологічного спектра: різні типи хронічного гастриту з нормальною або підвищеною секрецією, а також з секреторною недостатністю, включаючи простий, катаральний, геморагічний; хронічний холецистит і ангіохоліт (холангіт), з урахуванням пацієнтів після холецистектомії; виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки; гостроезофагіальна рефлюксна хвороба, хронічний виразковий коліт, у тому числі хронічний коліт різної локалізації (сигліоїдит, проктит, проктосігмоїдит), а також синдром подразненого кишечника.

Дослідницький проект проводився на базі таких лікувальних установ: Центральний клінічний госпіталь державної прикордонної служби України (завідувачка клініки гастроентерології В.В. Поплавська, лікар С.О. Войтенко); міська клінічна лікарня №12 м. Києва (завідувачка гастроентерологічного відділення Н.С. Голуб, лікарі Т.Т. Кулаківська і І.О. Меркулова); медичне науково-практичне об’єднання «Медбуд» холдингової компанії «Київміськбуд» (завідувачка гастроентерологічного відділення і лікар Ю.М. Малеєва).

Загальні кількість досліджуваних становила 144 особи. З них – 85 (59,09%) жінок і 59 (40,01%) – чоловіків у віковому діапазоні від 24 до 59 років. Усі пацієнти проходили поглиблене клінічне, лабораторне і патопсихологічне обстеження із застосуванням діагностичних методик із загального репертуару вказаних вище. При цьому із загального числа пацієнтів у результаті диференціальної діагностики були виокремлені як таргетні групи хворих залежно від типу реагування на захворювання і відповідного йому типу особистісного розладу. В результаті в групі пацієнтів з діапазоном від іпохондричного типу реагування на захворювання до іпохондричного розладу виявилося 12 чоловік (6 чоловіків і 6 жінок); у діапазоні від тривожного типу реагування до тривожного розладу – 16 чоловік (2 чоловіки і 14 жінок); у діапазоні від егоцентричного типу реагування до істеричного (конверсійного) розладу – 5 чоловік (1 жінка і 4 чоловіки). Крім того, стосовно 15-ти пацієнтів було зроблено висновки, що вписувалися в симптоматику сомато-вегетативного розладу або, що точніше, відповідає патопсихологічному опису «загальний стрес» (традиційна абревіатура – ВСД). У процесі роботи четверо пацієнтів з таргетної групи вибуло внаслідок незалежних від дослідників причин. Таким чином, з 144 пацієнтів соматичних стаціонарів було відібрано 59 пацієнтів з непсихотичними особистісними розладами.

Потім всі досліджувані в довільному порядку було розподілено на 4 психотерапевтичні групи, стосовно яких реалізовувалася особлива психотерапевтична програма, що передбачала певну стратегію психотерапевтичної роботи.

Керівником проекту і відповідальним виконавцем була кандидат психологічних наук, доцент К.С. Максименко, котра контролювала виконання програми, хід самого дослідження, а також вела психотерапевтичну роботу.[[3]](#footnote-3)

**5.3.1. Стратегії, процедури і методи психотерапії в експериментальних групах.**

Психотерапевтичні сесії проводилися щоденно з 16:00 до 17:30 такими парами психологів: професор О.Ф. Бондаренко і психолог Т.А. Подольська, доцент К.С. Максименко і психолог С.Л. Федько, кандидат психологічних наук Б.С. Божук і психолог І.В. Ананова, доцент Н.А. Кучеровська і психолог Т.Б. Першина.

При цьому професор О.Ф. Бондаренко спільно з доцентом К.С. Максименко і психологом Т.А. Подольською вели індивідуальну психотерапевтичну роботу.

Доцент К.С. Максименко і психолог С.Л. Федько здійснювали групову психотерапію здебільшого арт-терапевтичної спрямованості з широким застосуванням проективних рисунків, ліплення, експресивної психомоторики і т.п.

Доцент Н.А. Кучеровська і психолог Т.Б. Першина вели групу переважно когнітивно-поведінкової спрямованості з використанням психотехнік з арсеналу нейрокорекції, функціонального тренінгу поведінки, ситуаційно-рольових ігор, систематичної десенсибілізації і т.п.

Кандидат психологічних наук Б.С. Божук і психолог І.В. Ананова вели групу переважно екзистенціально-феменологічної спрямованості з використанням технік гештальт-терапії, емпатійного слухання, самоексплорації з опертям на вирішення проблеми гармонізації «Я-ідеального» і «Я-реального» і т.п.[[4]](#footnote-4)

Тут слід спеціально зробити застереження щодо до двох принципових моментів. Перший зі всією очевидністю випливає з трьох вище перелічених стратегій: серед них не вказаний психодинамічний підхід. Це свідомо запроектоване упущення. По-перше, на сьогодні, як вже зазначалося, психоаналіз не розглядається як лікувальний метод. По-друге, є об’єктивні складнощі його застосування – це вельми довгі часові рамки і потрібна специфічна кваліфікація спеціаліста. І, по-третє, психодинамічний підхід передбачає все-таки орієнтацію на специфічну ранню психогенію, що стосується сексуальної травматизації. І перше, і друге вельми далекі від проблематики досліджуваної нами таргетної когорти пацієнтів. Стосовно останньої із згаданих позицій, то, як відомо, в наш час серед дослідників дедалі більш стійкі позиції займає уявлення про те, що ця, ніби рання сексуальна, травматизація має фантазійну природу.

Другий момент набагато більш важливий і має принциповий характер. Його сутність полягає, на перший погляд, у певному вихідному протиріччі між задумом дослідження і способами його реалізації. І справді, якщо ми ставимо завдання з’ясувати, чи можлива патогенетична психотерапія в клініці непсихотичних розладів особистості у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями, то який сенс пропонувати напрямки психотерапії, що явно зарекомендували себе як симптоматичні, а потім як можна говорити про патогенетичну психотерапію, коли мовиться не про психіатричне, а про соматичне захворювання?

Спробуємо обґрунтувати нашу позицію

Почнемо з першого аргументу. Справді, всі три напрямки психотерапевтичної групової роботи зарекомендували себе переважно як симптоматична психотерапія. Вони залишатимуться в межах такої психотерапії доти, доки ігноруватимуться феномен патології і поняття діагнозу, доки підриватимуться і розхитуватимуться критерії здоров’я і норми, доки не враховуватимуться реальні підстави, а не ідеологічні міркування про те, що таке здорова особистість.

У своїй роботі ми виходили і виходимо з класичного визначення поняття «здоров’я», що увійшло у статут ВОЗ: «Здоров’я – це стан повного фізичного, психологічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів». Безумовно, це визначення з 1946 року, коли воно було прийняте і затверджене, багато разів доповнювалося, уточнювалося – зокрема, робився акцент на процесах збереження і розвитку біо-фізіо-психо-соціальних функцій людини при максимальній тривалості життя і т.п. Але головне тут у тому, що чітко встановлюється відмінність між нормою і патологією, здоров’ям і хворобою. Отже, завдання, які ми ставили у своєму дослідницькому проекті, від початку були націлені на лікування, до того на лікування особистості в цілому – в єдності когнітивних, афективних, поведінкових її аспектів, а також аспекту відносин. На нашу думку, вже саме введення поняття «норма» (цілком природного і прийнятого в соматичному стаціонарі) полегшувало наше завдання і вказувало правильний напрямок як роботи (психологам), так і лікування (пацієнтам). А особлива увага до проявів «не норми» слугувала допоміжним орієнтиром для тих і для інших. Відтак, якщо не проблематизувати спеціально поняття «норма», а ставитися до нього так, як ставиться лікар-клініцист або особистісно цілісний пацієнт, не виникнуть і проблеми.

Тепер перейдемо до патогенетичної психотерапії стосовно соматичних пацієнтів з особистісними розладами. Вище (розділ І) вже відзначався той факт, що і «біологічна», і «соціальна» психотерапія нині вважаються методологічно не обґрунтованими, а монокаузалізм по суті механістичний.

Тому завдання патогенетичної психотерапії ми вбачали не у вузько психотехнічному аспекті, а у напрямку розкриття тих особистісних механізмів, які могли призвести до цієї патології; в пошуку, на підставі симптомокомплексу поведінки пацієнта, дефіцитарності ЦНС і вироблення спільно з пацієнтом і психіатром відповідно супутнього лікування; розпізнавання соматизованих форм депресивних розладів і на підставі цього внесення змін у хід лікувального процесу і т.п. Не слід забувати і про те, що, крім групової, проводилася індивідуальна психотерапія, яка створювала можливості для більш тонкого і диференційованого впливу на пацієнта.

Таким чином, наша позиція полягає (і полягала) в тому, що застосовуючи класичні напрямки психотерапії, ми в їх руслі, націлюючись на особистісно орієнтовану психотерапію, намагаємося не просто, як це часто відбувається, займатися по суті анімацією, а навпаки, робимо все можливе, щоб знайти додаткові й істотні сутнісні джерела психотерапевтичного впливу.

При цьому ми не відстоюємо винятковість тієї чи іншої форми психотерапії. Ми, повторюємо, досліджуємо можливості забезпечення лікувального процесу патогенетичною психотерапією.

**5.3.2. Послідовність і хід психодіагностичної роботи**

Всі пацієнти із загальної вибірки – 144 особи – спочатку проходили психодіагностичне тестування за допомогою скороченої версії методики ММРІ у поєднанні з МКВ Люшера. Офіційно процедура іменувалася як «діагностика актуального стану». Після завершення обстеження психолог стисло обговорював з пацієнтом отримані результати, з’ясовуючи при цьому, чи виявляє останній інтерес до роботи по «зняттю стресу»: в індивідуальній або груповій формі. Наукове управляння процедурою діагностики здійснювала доцент К.С. Максименко.

Ті пацієнти, психограма яких викликала дослідницький інтерес і котрі виявляли бажання попрацювати з психологом-психотерапевтом, проходили додаткову співбесіду з психологом і «неврологом» (так офіційно іменувався лікар-психіатр). Після цього на окремій закритій нараді керівника проекту, консультанта-експерта і лікаря-психіатра ухвалювалося остаточне рішення про те, чи включати цього пацієнта в таргетну когорту або просто надати можливість постійної участі в психотерапевтичній роботі. Решта учасників дослідницької команди з цими тонкощами не ознайомлювалася.

Далі кожний з пацієнтів, хто виявив бажання і прийняв рекомендацію до участі в психотерапевтичній роботі, проходив діагностику за методом Л. Сонді (варіант Л.М. Собчик). Ця діагностика здійснювалася під керівництвом доцента Н.А. Кучеровської. До того кожний пацієнт після завершення роботи одержував на руки роздруківку першого етапу діагностичного висновку, що створювало природний привід для початку особистісно орієнтованої роботи.

Крім того, перед початком кожної індивідуальної або групової сесії і після її завершення кожний учасник психотерапевтичної роботи заповнював бланк експрес-діагностики за принципом методики САН (самооцінка, активність, настрій), але у варіанті особистісного семантичного диференціала (див.: Додаток). За допомогою вказаних процедур дослідницька команда здійснювала постійний поточний моніторинг актуального комплексного стану пацієнтів, що підвищувало інтерес учасників психотерапії до роботи й одночасно надавало певну інформаційну підтримку лікареві, що лікує.

Після завершення своєї участі в психотерапевтичних заняттях пацієнт повторно виконував діагностичні програми за методикою СМОЛ (є скороченим варіантом СМДО) і «вибору портретів» Л. Сонді, внаслідок чого керівник проекту і консультант-експерт мали можливість спільно з лікарем-психіатром і, у разі зацікавленості з лікарем, що лікує, глибоко та всебічно проаналізувати особистісну динаміку пацієнта і психотерапевтичний ефект.

Як уже зазначалося, психотерапевтична сесія проводилася щоденно з 16:00 до 17:30 шість разів на тиждень за винятком неділі. Середня тривалість психотерапії для пацієнтів варіювалося у відрізку часу від 15 до 20 годин. Дев’ять чоловік виявили бажання продовжити індивідуальні зустрічі після виписування із стаціонару і дістали додатково від 6 до 10 годин психотерапії. Певні складнощі зумовлювалися нормативами ліжко-годин, які фактично виділяються в сучасних лікарнях на пацієнта – в тому числі на більше 14 ліжко-днів на одного пацієнта гастроентерологічного відділення. У продовження нашого проекту фактичне перебування пацієнта в стаціонарі рідко досягало трьох робочих тижнів. Можна вважати, що отримане в умовах соматичної клініки психотерапевтичне лікування в дійсності відповідає можливостям мешканця сучасного мегаполіса, а за загальноприйнятими стандартами вписується у канони короткотермінової психотерапії. Нагадаємо також, що наші таргетні досліджувані – пацієнти соматичного, а не психіатричного стаціонару, й у них, природно, інакше ставлення до психотерапії, так само як і у психотерапевтів – стосовно цих пацієнтів.

Окремої уваги заслуговує та частина когорти таргетних пацієнтів (15 чоловік), яка приймала спеціальні препарати, призначені лікарями-психіатрами відповідно до психопатологічного висновку і за погодженням з лікарем, що лікує, з урахуванням основного діагнозу. В цілому аркуш призначень включав протитривожні препарати (афобазол, стрезам, ксанакс та ін.); седативні препарати (гліцин, гліцисед, седавіт та ін.); ноотропні препарати (ноофен, пантогам, ноотропіл, гліцин та ін.), а також групу антидепресантів як рослинного походження (лайф-900, геларіум-гіперикум, деприм), так і з групи СІЗЗС (ципролекс, циталопрам, флуоксетин) і групи СІЗЗСН (венлафоксин, дулоксетин); у разі ж вторинної інсомнії – сонован (зопіклон), віта-мелатонін або, за показаннями, агомелатин (мелітор).

Головним дослідницьким моментом виступав при цьому той факт, що ця частина когорти пацієнтів, у свою чергу, сама ділилася на дві групи. Одна з них (7 чоловік) обмежувалася прийомом вищевказаних препаратів, а друга група (8 чоловік) на доповнення до призначених ліків ще й брала участь у психотерапії. Складнощі ж полягали в тому, що зазвичай вказані препарати, за невеличким винятком, призначаються на термін, який набагато перевищує терміни самої психотерапії. Крім того, для багатьох з них – приміром, тих самих антидепресантів – починає виявлятися не раніше 10-12 днів, тому об’єктивне неузгодження психотерапевтичних заходів і фармакодинаміки з урахуванням критерію «респондент-нон-респондент» становило ще один немаловажний нюанс цього дослідницького проекту.

З метою забезпечення повноцінного лікування особлива увага приділялася питанням зворотного зв’язку, в тому числі відстроченого зворотного зв’язку з використанням електронної пошти і можливості, у разі необхідності, звернутися до керівника проекту, а через нього – до лікарів-психіатрів за рецептом і т.п.

**5.3.3. Аналіз результатів дослідження**

Діагностичний матеріал дослідження представлений даними, отриманими в результаті тестування за допомогою скороченого варіанта ММРІ (СМІЛ) – опитувальника. Міні-мульт, який займає провідне місце серед диференціально-психодіагностичних методів експрес-діагностики в психологічних дослідженнях; методу портретних виборів (МПВ), що ґрунтується на відомому тесті потягів Л. Сонді (комп’ютеризований варіант, модифікація Л.М. Собчик); методу колірних виборів – МКВ (адаптований восьмиколірний тест Люшера).

В дослідженні брали участь 5 експериментальних груп, кожна з яких налічувала 11 пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра, куди увійшли коліт, гастрит, панкреатит, холецистит, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, а також жовчнокам’яна хвороба. Перша група проходила курс когнітивно-біхевіоральної психотерапії; друга група – екзистенціально-гуманістичної психотерапії; третя група опрацьовувала арт-терапевтичний курс, досліджувані четвертої групи проходили курс індивідуальної психотерапії і, нарешті, пацієнти п’ятої групи приймали фармакологічні препарати і проходили курс групової психотерапії. Склад кожної з груп визначався на етапі пілотажного дослідження. Пацієнтам із захворюваннями шлунково-кишкового тракту було запропоновано дві методики: СМОЛ для діагностування особистісних характеристик та визначення ступеня близькості пацієнта до певного типу особистості і модифікований варіант семантичного диференціала для з’ясування суб’єктивної оцінки фізичного стану і душевної рівноваги.

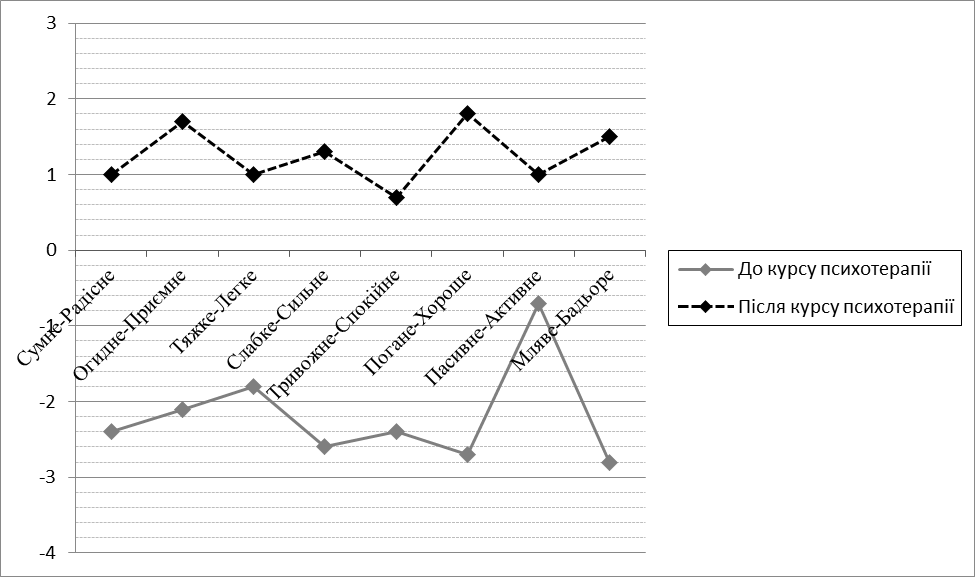
Аппроксимувавши типологію особистості кожного досліджуваного, ми сформували чотири однакових за кількісно-якісним складом групи, кожна з яких (за винятком п’ятої групи) включала 11 пацієнтів: трьох – з іпохондричним профілем, чотирьох – з тривожно-агресивним радикалом, одного – з істероїдним радикалом і трьох – з недиференційованим діагнозом. П’ята група налічувала 15 пацієнтів: сім чоловік обмежувалися прийомом психотропних препаратів, вісім пацієнтів – на доповнення до призначених ліків – брали участь і в психотерапії.

Для реєстрації можливої динаміки фізичного стану і душевного самопочуття пацієнтів в експериментальних групах ми використали класичний варіант методу семантичного диференціала Ч. Осгуда. На етапі пілотажного дослідження ми з’ясували, що деякі шкали в цій методиці, а саме: «повний-порожній», «повільний-швидкий» – неоднозначно характеризують стан пацієнтів. У зв’язку з отриманими даними ми знехтували вказаними шкалами, залишивши в подальшому дослідженні для діагностики 8 шкал методики (див.: Додаток 1).

**5.3.3.1. Аналіз динаміки психоемоційного стану і фізичного самопочуття пацієнтів, котрі пройшли курс екзистенціально-гуманістичної психотерапії.**

На першому етапі оцінювання динаміки психоемоційного стану в групі пацієнтів, котрі проходили курс екзистенціально-гуманістичної психотерапії, ми з’ясували наявність і проаналізували характер змін у суб’єктивній оцінці власної душевної рівноваги й емоційного стану цих пацієнтів, який вони оцінювали за допомогою методики семантичного диференціала. Оскільки значення у групі пацієнтів по шкалах модифікованого варіанта семантичного диференціала, який ми використали в діагностиці, виявилися достатньою мірою однорідними, то в подальшому ми аналізували середні значення для цієї групи по кожній шкалі.

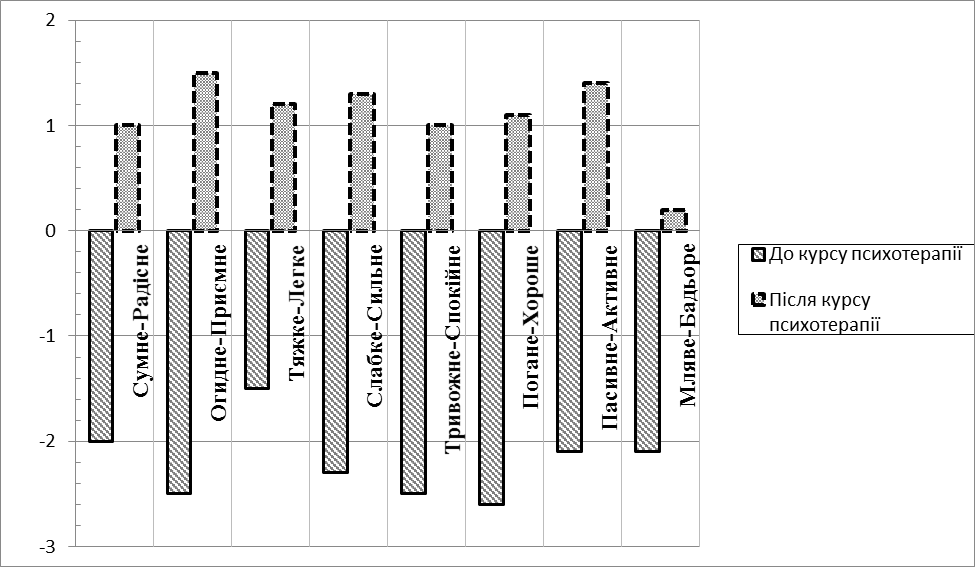
Як демонструє графік зміни середніх значень на рис. 5.1, динаміка показників по кожній із шкал є досить вираженою. Найбільш явне поліпшення самопочуття спостерігається за шкалою «Поганий-Хороший»: після курсу групової терапії пацієнти почуваються більш спокійно, врівноважено і «приємно».



**Рис. 5.1. Динаміка суб’єктивної оцінки душевної рівноваги пацієнтів (середні значення по шкалах у групі) до і після проходження курсу групової психотерапії в екзистенціально-гуманістичній парадигмі (за результатами семантичного диференціала)**

Варто зазначити, що показники по всіх шкалах при діагностиці після психотерапевтичного курсу варіюються в межах, що не перевищують середнього рівня вираження (1,5 бала за шкалами СД). Високі показники, які відображають позитивну суб’єктивну оцінку стану пацієнтів, відсутні, що дає нам первинні підстави для припущення про недостатню роль винятково психотерапевтичних заходів, спрямованих на поліпшення психоемоційного стану пацієнтів.

Динаміка суб’єктивної оцінки пацієнтами власного фізичного стану так само є позитивною і достатньою мірою вираженою (див.: Рис. 5.2). показники по всіх шкалах схиляються до позитивного полюса, але так само в рамках середнього рівня.



**Рис. 5.2. Динаміка суб’єктивної оцінки фізичного стану пацієнтів (середні значення по шкалах у групі) до і після проходження курсу групової психотерапії в екзистенціально-гуманістичній парадигмі і за результатами модифікованого варіанта семантичного диференціала.**

Навіть після проходження курсу групової екзистенціально-гуманістичної психотерапії пацієнти продовжували скаржитися на головний біль, різку зміну настрою, млявість, відсутність мотивації до професійної діяльності.

**Аналіз динаміки результатів, отриманих за шкалами методики СМОЛ у групі пацієнтів на початку і після завершення курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії.**

Через те, що ми аналізуємо залежні групи (до 35 чоловік) – до і після проходження курсу групових сеансів психотерапії і прийому психофармакологічних засобів, головним статистичним методом для порівняння показників ми обрали непараметричний критерій знаків, який дає змогу порівняти дві залежні вибірки на підставі зіставлення кількості позитивних і негативних зсувів значень. Допоміжним методом математичного аналізу ми обрали непараметричний критерій Вілкоксона. До того ми приймаємо як нульову і робочу гіпотезу нашого експериментального дослідження такі твердження:

Н0 – відмінності між показниками по шкалах методики Міні-мульт у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії не є значущими.

Н1 – відмінності між показниками по шкалах методики Міні-мульт у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії є значущими.

Відмінності оцінювалися між показниками по кожній шкалі методики Міні-мульт. Оскільки непараметричні критерії дають змогу за один аналітичний етап оцінити лише одну пару змінних, що характеризують залежні групи, таблиці з результатами аналізу описують кожну пару окремо.

В результаті перевірки наявності значущих відмінностей між показниками до і після проходження психотерапевтичного курсу по шкалах методики СМОЛ ми отримали такі дані: достовірна динаміка показників була виявлена лише за двома шкалами – F (достовірності) і Hs (іпохондрії) по решті дев’яти шкалах методики СМОЛ значущих відмінностей не було виявлено.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between L\_a and L\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .125 1 | Retain the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between L\_b and L\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .068 | Retain the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Рис. 5.3. Таблиця результатів аналізу відмінностей показників шкали L (неправди) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює нульову гіпотезу[[5]](#footnote-5)**

На таблиці на рис. 5.3. ми оцінюємо показник Sig., що має в обох випадках значення, що перевищує максимально допустимий рівень значущості: 0,05. Це дає нам підстави для підтвердження нульової гіпотези – відмінності між показниками по шкалі L (неправди) в групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії не є значущими.

Такі самі висновки зроблено і щодо шкал: корекції, депресії, істерії, психопатії, параної, психастенії, шизоїдності та гіпоманії. Відсутність значущих відмінностей по цих шкалах у пацієнтів цієї групи підтверджує факт стійкості індивідуальних особливостей особистості і стабільності структури клінічного стану – навіть в умовах відносно екзистенціально-гуманістичної психотерапії.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between F\_a and F\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .016 1 | Reject the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between F\_b and F\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .018 | Reject the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Рис. 5.4. Таблиця результатів аналізу достовірних відмінностей показників шкали F (достовірності) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкреслює робочу гіпотезу.**

Показник Sig. у табл. на рис. 5.4 і 5.5 має значення, нижче допустимого рівня значущості: 0,05. Це дає нам підстави для підтвердження робочої гіпотези – відмінності між показниками по шкалах F (достовірності) і Hs (іпохондрії) в групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії є значущими.

Встановивши значущі відмінності по шкалах достовірності й іпохондрії в групі пацієнтів до і після проходження курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії, ми визначили – для з’ясування характеру змін по цих шкалах – значення описових статистик: середніх значень по шкалах і стандартного відхилення (див.: табл. 5.4 і 5.5).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between Hs\_a and HS\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .012 1 | Reject the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between HS\_b and Hs\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .008 | Reject the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |

1 Exact significance is displayed for this test.

**Рис. 5.5. Таблиця результатів аналізу достовірних відмінностей показників шкали Hs (іпохондрії) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює робочу гіпотезу.**

*Таблиця 5.4*

**Середні значення показників по шкалах методики Міні-мульт у групі пацієнтів на початку проходження курсу групової екзистенуіально-гуманістичної психотерапії.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | L\_b | F\_b | K\_b | HS\_b | D\_b | Hy\_b | Pd\_b | Pa\_b | Pt\_b | Sc\_b | Ma\_b |
| Valid N | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | 55,8182 | 69,1818 | 50,0909 | 61,4545 | 56,9091 | 57,9091 | 58,6364 | 63,7273 | 60,0909 | 63,4545 | 51,3182 |
| Std.Deviation | 6,16146 | 8,64660 | 5,55796 | 5,92222 | 8,25172 | 6,94917 | 7,77525 | 12,59430 | 10,06430 | 8,21418 | 7,68044 |
| Minimum | 48,0 | 54,0 | 40,0 | 55,0 | 40,0 | 47,0 | 39,0 | 50,0 | 48,0 | 52,0 | 40,0 |
| Maximum | 70,0 | 79,0 | 58,0 | 70,0 | 70,0 | 69,0 | 72,0 | 85,0 | 80,0 | 79,0 | 63,0 |

Оцінюючи мінімальні та максимальні значення по шкалах, констатуємо, що викиди у розподілі значень у цих залежних вибірках відсутні. Відсутність викидів робить статистично правомірною оцінку показників середніх значень у подальшому.

*Таблиця 5.5.*

**Середні значення показників по шкалах методики Міні-мульт у групі пацієнтів після завершення групової екзистенціально-гуманістичної психотерапії.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | L\_a | F\_a | K\_a | Hs\_a | D\_a | Hy\_a | Pd\_a | Pa\_a | Pt\_a | Sc\_a | Ma\_a |
| Valid N | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | 53,5455 | 65,3636 | 50,8182 | 57,3636 | 57,4545 | 56,0909 | 60,0909 | 65,0909 | 60,2727 | 62,0909 | 50,9091 |
| Std.Deviation | 3,80430 | 6,91770 | 6,32168 | 4,80151 | 6,36182 | 6,56437 | 5,82159 | 6,59476 | 7,49788 | 8,51416 | 7,94298 |
| Minimum | 48,0 | 54,0 | 40,0 | 50,0 | 47,0 | 44,0 | 45,0 | 55,0 | 48,0 | 52,0 | 40,0 |
| Maximum | 61,0 | 79,0 | 60,0 | 65,0 | 70,0 | 65,0 | 65,0 | 78,0 | 70,0 | 78,0 | 62,0 |

Після завершення групового курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії зменшилися середні показники по шкалах достовірності та іпохондрії, що свідчить про позитивну динаміку психоемоційного стану пацієнтів.

З метою більш змістовного аналізу відмінностей ми накреслили два графіки (див.: рис. 5.6). статистично значущі відмінності між показниками по шкалах у групі пацієнтів до і після проходження курсу психотерапії було встановлено за двома шкалами: достовірності й іпохондрії. Зміни за шкалою достовірності серед пацієнтів виявляються у зменшенні тенденції до гіперболізації симптоматичної характеристики власного стану, нівелюванні – після проходження курсу психотерапії – прагнення підкреслити максимальну тяжкість свого фізичного стану.

**Рис. 5.6. Динаміка показників по шкалах методики Міні-мульт до і після проходження курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії.**

На початку курсу групової психотерапії у пацієнтів реєструвалися такі характеристики: переважання пасивної особистісної позиції, високий рівень усвідомлення наявних проблем через призму незадоволення і песимістичної оцінки своїх перспектив, схильність до негативного сприймання навколишнього світу в зв’язку з хворобою, інертність у прийнятті рішень, виражена глибина переживань. Після завершення курсу групової екзистенціально-гуманістичної психотерапії зосередження пацієнтів на поганому самопочутті змінилося на осмислення позитивного змісту майбутніх перспектив, віднайдення нових смислів життя і подальших дій, спрямованих на відновлення здоров’я, зміну способу життя.

**Аналіз динаміки результатів діагностики за методикою МКВ Люшера і тестом портретних виборів Сонді у групі пацієнтів на початку і після завершення курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії.**

В результаті узагальнення та змістовної інтерпретації значень векторів і факторів тесту портретних виборів Сонді до і після проходження психотерапевтичного курсу (в межах індивідуально-типологічного підходу) були встановлені такі зміни психодіагностичних показників: схильність до зовнішньозвинувачувального агресивного реагування набула менш виражених показників, егоїстичні тенденції послабилися, крім того, після проходження пацієнтами курсу психотерапії так само зменшилися показники конфліктності, підвищеного самоконтролю та недовірливості.

Аналіз результатів діагностики за методикою МКВ Люшера, що ґрунтується на інтерпретації колірних пар, засвідчив зміни в таких характеристиках пацієнтів: фрустрація потреби в перспективі і надії на краще зменшилася, прагнення до спокою, відпочинку, а також незадоволення ставленням до самого себе лишилися незмінними, негативне ставлення до ситуації нівелювалося, тривожність знизилася. Зросли показники вольових якостей і впевненості у власних силах.

**5.3.3.2. Аналіз динаміки психоемоційного стану і фізичного самопочуття пацієнтів, котрі пройшли курс когнітивно-біхевіоральної психотерапії.**

На першому етапі оцінки динаміки психоемоційного стану в цій групі пацієнтів ми з’ясували наявність і проаналізували характер змін у суб’єктивній оцінці власної душевної рівноваги і фізичного стану, що їх досліджувані оцінювали за допомогою методики семантичного диференціала. Оскільки значення в групі по шкалах модифікованого варіанта семантичного диференціала, який ми використали в діагностиці, виявилися достатньою мірою однорідними, в подальшому ми аналізували середні значення для групи по кожній шкалі.

Як демонструє графік зміни середніх значень на рис. 5.7., динаміка показників по кожній із шкал є достатньо вираженою. Найбільш явне поліпшення самопочуття спостерігається по шкалі “Слабке-Сильне”: після курсу групової психотерапії пацієнти почувалися більш впевнено, врівноважено і “приємно”. Разом з тим варто зазначити, що показники по всіх шкалах при діагностиці після проходження пацієнтами психотерапевтичного курсу варіюються в межах, що не перевищують середній рівень вираженості (1,5 бала по шкалах СД). Високі показники, що відображають позитивну суб’єктивну оцінку стану пацієнтів, відсутні, що дає нам первинні підстави для припущення про недостатню роль винятково психотерапевтичних заходів, спрямованих на поліпшення психоемоційного стану пацієнтів.

Динаміка суб’єктивної оцінки пацієнтами власного фізичного стану так само є позитивною і достатньо вираженою (див.: рис. 5.8.). Показники по всіх шкалах схилялися до позитивного полюса, але в рамках середнього рівня. Найбільш виражена позитивна динаміка в оцінці душевної рівноваги простежується по шкалі “Слабке-Сильне”. Пацієнти після проходження курсу групової когнітивно-біхевіоральної психотерапії відчули піднесення сил і впевненість у собі, з’явилася готовність до змін у поведінці.

**Рис**. **5.7. Динаміка суб’єктивної оцінки душевної рівноваги пацієнтів (середні значення по шкалах) до і після проходження курсу когнітивно-біхевіоральної групової психотерапії (за результатами використання семантичного диференціала)**

**Рис. 5.8. Динаміка суб’єктивної оцінки фізичного стану пацієнтів (середні значення по шкалах у групі) до і після проходження курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії (за результатами використання модифікованого варіанта семантичного диференціала)**

Після проходження курсу групової когнітивно-біхевіоральної психотерапії пацієнти продовжували скаржитися на апатію, млявість, відсутність мотивації до професійної дільності.

**Аналіз динаміки результатів, отриманих по шкалах методики Міні-мульт у групі пацієнтів на початку і після завершення курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії.**

В цьому випадку ми так само аналізуємо залежні групи (до 35 чоловік) – до і після проходження ними курсу групових сеансів психотерапії і прийому психофармакологічних засобів. Тому головним статистичним методом для порівняння показників ми обрали непараметричний критерій знаків, який дає змогу порівняти дві залежні вибірки на підставі зіставлення кількісних показників позитивних і негативних зсувів значень. Допоміжним методом математичного аналізу ми обрали непараметричний критерій Вілкоксона. Як нульову та робочу гіпотезу нашого експериментального дослідження ми приймаємо такі твердження:

Н0 – відмінності між показниками по шкалах методики Міні-мульт у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії не є значущими.

Н1 – відмінності між показниками по шкалах методики СМОЛ у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії є значущими.

Відмінності оцінювалися між показниками по кожній шкалі методики СМОЛ. Оскільки непараметричні критерії дають змогу за один ­­ аналітичний етап оцінити лише одну пару змінних, що характеризують залежні групи, таблиці результатів аналізу описують кожну пару окремо.

В результаті перевірки наявності значущих відмінностей між показниками до і після проходження психотерапевтичного курсу по шкалах методики Міні-мульт ми отримали такі дані: достовірна динаміка показників була встановлена лише по трьох шкалах – F (достовірності), К (корекції) і Ра (паранояльності). По решті восьми шкалах методики Міні-мульт значущі відмінності не були виявлені.

На рис. 5.9. ми відмічаємо показник Sig., що має в обох випадках значення, яке перевищує максимально допустимий рівень значущості: 0,05. Це дає нам підстави для підтвердження нульової гіпотези – відмінності між показниками шкали Д (суб’єктивної депресії) в групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії не є значущими.

Такі самі висновки стосуються наступних шкал: корекції, неправди, істерії, психопатії, параної, психастенії, шизоїдності і гіпоманії. Відсутність значущих відмінностей по цих шкалах у пацієнтів досліджуваної групи підтверджує факт стійкості індивідуальних особливостей особистості і стабільності структури клінічного стану – навіть в умовах відносно тривалої психотерапії.

Показник Sig. на рис. 5.9 і 5.10 має значення, нижче допустимого рівня значущості: 0,05. Це дає нам підстави для підтвердження робочої гіпотези - відмінності між показниками по шкалах F (достовірності) і Hs (іпохондрії) в групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії є значущими.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between D\_a and D\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | 1.000 1 | Retain the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between D\_b and D\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .789 | Retain the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Рис. 5.9. Таблиця результатів аналізу відмінностей показників шкали Д (суб’єктивної депресії) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює нульову гіпотезу.[[6]](#footnote-6)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between F\_a and F\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .012 1 | Reject the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between F\_b and F\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .007 | Reject the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Рис. 5.10. Таблиця результатів аналізу достовірних відмінностей показників шкали F (достовірності) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює робочу гіпотезу**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between Hs\_a and HS\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .012 1 | Reject the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between HS\_b and Hs\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .008 | Reject the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |

1 Exact significance is displayed for this test.

**Рис. 5.11. Таблиця результатів аналізу достовірних відмінностей показників шкали Hs (іпохондрії) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює робочу гіпотезу.**

Встановивши значущі відмінності по шкалах достовірності та іпохондрії в групі пацієнтів до і після проходження курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії для розкриття характеру змін по цих шкалах, ми визначили значення описових статистик: середніх значень по шкалах і стандартного відхилення (див. табл. 5.6. і 5.7.).

*Таблиця 5.6*

**Середні значення показників по шкалах методики Міні-мульт у групі пацієнтів на початку курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discriptive Statistics** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  | N | Minimum | Maximum | Mean | Std.Deviation |
| L\_b | 11 | 40,00 | 70,00 | 58,6364 | 9,73933 |
| F\_b | 11 | 55,00 | 85,00 | 70,4545 | 9,59545 |
| K\_b | 11 | 40,00 | 69,00 | 51,0000 | 8,67179 |

Продовження таблиці 5.6

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hs\_b | 11 | 55,00 | 71,00 | 61,5455 | 5,88836 |
| D\_b | 11 | 42,00 | 73,00 | 57,2727 | 8,37963 |
| Hy\_b | 11 | 49,00 | 68,00 | 58,0909 | 6,54912 |
| Pd\_b | 11 | 41,00 | 72,00 | 58,8182 | 7,40025 |
| Pa\_b | 11 | 50,00 | 85,00 | 64,2727 | 12,52271 |
| Pt\_b | 11 | 48,00 | 80,00 | 60,0000 | 10,09950 |
| Sc\_b | 11 | 52,00 | 81,00 | 64,4545 | 8,29896 |
| Valid N (listwise) | 11 |  |  |  |  |

Оцінивши мінімальні та максимальні значення по шкалах, констатуємо, що викиди у розподілі значень у цих залежних вибірках відсутні. Відсутність викидів робить статистично правомірною оцінку показників середніх значень у подальшому.

*Таблиця 5.7*

**Середні значення показників по шкалах СМОЛ у групі пацієнтів після завершення курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discriptive Statistics** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  | N | Minimum | Maximum | Mean | Std.Deviation |
| L\_a | 11 | 48,00 | 65,00 | 55,2727 | 5,31208 |
| F\_a | 11 | 55,00 | 80,00 | 68,1818 | 8,02270 |
| K\_a | 11 | 40,00 | 58,00 | 49,2727 | 6,29430 |
| Hs\_a | 11 | 54,00 | 75,00 | 61,4545 | 6,91901 |
| D\_a | 11 | 47,00 | 70,00 | 58,0000 | 6,35610 |
| Hy\_a | 11 | 44,00 | 65,00 | 56,2727 | 6,40454 |
| Pd\_a | 11 | 45,00 | 65,00 | 59,5455 | 5,93908 |
| Pa\_a | 11 | 52,00 | 78,00 | 63,5455 | 7,33980 |
| Pt\_a | 11 | 48,00 | 70,00 | 60,5455 | 6,93345 |
| Sc\_a | 11 | 52,00 | 76,00 | 61,1818 | 8,19534 |
| Valid N (listwise) | 11 |  |  |  |  |

Після завершення групового курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії у пацієнтів зменшилися середні показники по шкалах неправди, шизоїдності і гіпоманії.

З метою більш змістовного аналізу відмінностей ми накреслили два графіки (див. рис. 5.12.). Статистично значущі відмінності між показниками по шкалах у групі пацієнтів до і після проходження курсу психотерапії були виявлені по двох шкалах: достовірності й іпохондрії. Зміни по шкалі достовірності серед пацієнтів проявляються у зменшенні тенденції гіперболізовать симптоматичну характеристику власного стану, у нівелюванні (після проходження курсу психотерапії) прагнення підкреслити максимальну тяжкість фізичного стану.

**Рис. 5.12. Динаміка показників по шкалах СМОЛ до і після проходження пацієнтами курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії.**

На початку курсу групової психотерапії серед пацієнтів реєструвалися переважання пасивної особистісної позиції, високий рівень усвідомлення наявних проблем через призму незадоволення і песимістичної оцінки своїх перспектив, схильність до негативного сприймання навколишнього світу в зв’язку з хворобою, інертність у прийнятті рішень, виражена глибина переживань. Після завершення курсу групової когнітивно-біхевіоральної психотерапії зосередження на поганому самопочутті змінилося осмисленням пацієнтами позитивного змісту майбутніх перспектив, подальших дій, спрямованих на відновлення здоров’я, зміну способу життя.

**Аналіз динаміки результатів діагностики за методикою МКВ Люшера і тестом портретних виборів Сонді в групі пацієнтів на початку і після завершення курсу когнітивно-біхевіоральної психотерапії.**

Основним фоном є знижений, пригнічений настрій, що призводить до погіршення сну (пацієнти відмічали часті випадки кошмарів). Хворі відчувають незадоволення від життєвої ситуації, що призводить до похмурих і песимістичних думок про майбутнє. Спостерігаються втрата інтересів і зниження задоволення від тих занять, які до хвороби були їм цікаві.

Обстежені хворі демонструють низьку життєстійкість, що є серйозним обмеженням психологічного і фізичного ресурсів, а також неможливість упоратися з відчаєм і втратою смислу життя. Внаслідок тяжкої основної патології у хворих відмічалися підвищена втомлюваність, зниження життєвої активності, зменшення рівня спілкування у зв’язку з погіршенням фізичного й емоційного стану.

В результаті узагальнення і змістової інтерпретації значень векторів і факторів тесту портретних виборів Сонді до і після проходження пацієнтами психотерапевтичного курсу (в рамках індивідуально-типологічного підходу) були виявлені такі зміни психодіагностичних показників: схильність до зовнішньозвинувачувального агресивного реагування набула менш виражених показників на фоні емоційної нестійкості, егоїстичні тенденції зменшилися, конфліктність, підвищений самоконтроль і недовірливість так само знизили свої показники.

Аналіз результатів діагностики за методикою МКВ Люшера, що грунтується на інтерпретації колірних пар, показав зміни в таких характеристиках пацієнтів: фрустрація потреби в перспективі та надії на краще зменшилася, прагнення до спокою, відпочинку, а також незадоволення ставленням до самого себе залишилися незмінними, негативне ставлення до ситуації нівелювалося, тривожність знизилася. Зросли показники вольових якостей і впевненості у власних силах.

**5.3.3.3. Аналіз динаміки психоемоційного стану і фізичного самопочуття пацієнтів, котрі пройшли курс арт-терапії.**

На першому етапі оцінки динаміки психоемоційного стану в цій групі пацієнтів ми з’ясували наявність і проаналізували характер змін у суб’єктивній оцінці ними власної душевної рівноваги та емоційного стану, що їх вони оцінювали за допомогою методики семантичного диференціала. Оскільки значення в групі по шкалах модифікованого варіанта семантичного диференціала, який ми використали в діагностиці, виявилися достатньою мірою однорідними, в подальшому ми аналізували середні значення для групи по кожній шкалі.

Як демонструє графік змін середніх значень на рис. 5.13., динаміка показників по кожній із шкал є достатньо вираженою. Найбільш явне поліпшення самопочуття спостерігається по шкалі “Поганий-Хороший”: після курсу групової терапії пацієнти почуваються більш спокійно, врівноважено і “приємно”. Однак варто зазначити, що показники по всіх шкалах при діагностиці після проходження пацієнтами психотерапевтичного курсу варіюються в рамках, що не перевищують середнього рівня вираження (1,5 бала по шкалах СД). Високі показники, що відображають позитивну суб’єктивну оцінку стану пацієнтів, відсутні, що дає нам первинні підстави для припущення про недостатню роль винятково психотерапевтичних заходів, спрямованих на поліпшення їх психоемоційного стану.

**5.13. Динаміка суб’єктивної оцінки душевної рівноваги пацієнтів до і після проходження курсу групової арт-терапії (за результатами використання семантичного диференціала; середні значення по шкалах у групі)**

Динаміка суб’єктивної оцінки пацієнтами власного фізичного стану так само позитивна і достатньою мірою виражена (див.: рис. 5.14.). Показники по всіх шкалах схилилися до позитивного полюса, але так само в рамках середнього рівня.

**5.14. Динаміка суб’єктивної оцінки фізичного стану пацієнтів (середні значення по шкалах у групі) до і після проходження курсу групової арт-терапії (за результатами використання модифікованого варіанта семантичного диференціала)**

Навіть після проходження курсу групової арт-терапії пацієнти продовжували скаржитися на головний біль, різку зміну настрою, млявість, відсутність мотивації до професійної діяльності.

**Аналіз динаміки результатів, отриманих по шкалах методики СМОЛ у групі пацієнтів на початку і після завершення курсу групової арт-терапії.**

Через те, що ми аналізуємо маленькі залежні групи (до 15 чоловік) – до і після проходження курсу групових сеансів психотерапії та прийому психофармакологічних засобів, головним статистичним методом для порівняння показників ми обрали непараметричний критерій знаків, який дає нам змогу порівняти дві залежні вибірки на підставі зіставлення кількісних показників позитивних та негативних зсувів значень. Допоміжним методом математичного аналізу було обрано непараметричний критерій Вілкоксона. Як нульову і робочу гіпотези нашого експериментального дослідження ми приймаємо такі твердження:

H0 – відмінності між показниками по шкалах методики СМОЛ у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу арт-терапії не є значущими.

H1 – відмінності між показниками по шкалах методики СМОЛ у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу арт-терапії є значущими.

Відмінності оцінювалися між показниками по кожній шкалі методики СМОЛ. Оскільки непараметричні критерії дають змогу за один аналітичний етап оцінити лише одну пару змінних, що характеризують залежні групи, тому таблиці результатів аналізу описують кожну пару окремо.

В результаті перевірки наявності значущих відмінностей між показниками до і після проходження психотерапевтичного курсу по шкалах методики СМОЛ ми отримали такі дані: достовірна динаміка показників була встановлена лише по двох шкалах: F (достовірності) й Hs (іпохондрії). По решті дев’яти шкалах методики СМОЛ значущі відмінності не були виявлені.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between L\_a and L\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .125 1 | Retain the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between L\_b and L\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .068 | Retain the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Рис. 5.15. Таблиця результатів аналізу відмінностей показників шкали L (неправди) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює нульову гіпотезу[[7]](#footnote-7)**

На рис. 5.15. ми відмічаємо показник Sig., що має в обох випадках значення, яке перевищує максимально допустимий рівень значущості: 0,05. Це дає нам підстави для підтвердження нульової гіпотези – відмінності між показниками по шкалі L (неправди) в групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії не є значущими.

Такі самі висновки стосуються низки шкал: корекції, депресії, істерії, психопатії, параної, психастенії, шизоїдності та гіпоманії (див.: Додаток А). Відсутність значущих відмінностей по цих шкалах у пацієнтів досліджуваної групи підтверджує факт стійкості індивідуальних особливостей особистості та стабільності структури клінічного стану – навіть в умовах відносно тривалої психотерапії.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between F\_a and F\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .016 1 | Reject the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between F\_b and F\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .018 | Reject the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Рис. 5.16. Таблиця результатів аналізу достовірних відмінностей показників шкали F (достовірності) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкреслює робочу гіпотезу.**

Показник Sig. (див.: рис. 5.16 і 5.17) має значення, нижче допустимого рівня значущості: 0,05. Це дає нам підстави для підтвердження робочої гіпотези – відмінності між показниками по шкалах F (достовірності) і Hs (іпохондрії) в групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії є значущими.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between Hs\_a and HS\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .012 1 | Reject the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between HS\_b and Hs\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .008 | Reject the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |

1 Exact significance is displayed for this test.

**Рис. 5.17. Таблиця результатів аналізу достовірних відмінностей показників шкали Hs (іпохондрії) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює робочу гіпотезу.**

Виявивши значущі відмінності по шкалах достовірності та іпохондрії в групі пацієнтів до і після проходження курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії, з метою розкриття характеру змін по цих шкалах ми визначили значення описових статистик: середніх значень по шкалах і стандартного відхилення (див.: табл. 5.8 і 5.9).

*Таблиця 5.8*

**Середні значення показників по шкалах СМОЛ у досліджуваних групах пацієнтів**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discriptive Statistics** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  | N | Minimum | Maximum | Mean | Std.Deviation |
| L\_a | 11 | 48,00 | 65,00 | 54,7273 | 5,31208 |
| F\_a | 11 | 55,00 | 80,00 | 68,1818 | 8,02270 |
| K\_a | 11 | 40,00 | 69,00 | 51,0000 | 8,67179 |

Продовження таблиці 8

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hs\_a | 11 | 52,00 | 75,00 | 61,2727 | 7,15669 |
| D\_a | 11 | 47,00 | 69,00 | 57,6364 | 6,37609 |
| Hy\_a | 11 | 44,00 | 65,00 | 55,3636 | 6,90323 |
| Pd\_a | 11 | 45,00 | 65,00 | 58,0000 | 6,00000 |
| Pa\_a | 11 | 52,00 | 78,00 | 63,5455 | 7,33980 |
| Pt\_a | 11 | 48,00 | 70,00 | 60,5455 | 6,93345 |
| Sc\_a | 11 | 50,00 | 76,00 | 60,8182 | 8,48314 |
| Valid N (listwise) | 11 |  |  |  |  |

Оцінивши мінімальні та максимальні значення по шкалах, констатуємо, що викиди у розподілі значень у цих залежних вибірках відсутні. Відсутність викидів робить статистично правомірною оцінку показників середніх значень у подальшому.

*Таблиця 5.9*

**Середні значення показників по шкалах СМОЛ у досліджуваних групах пацієнтів**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discriptive Statistics** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  | N | Minimum | Maximum | Mean | Std.Deviation |
| L\_a | 11 | 48,00 | 65,00 | 54,7273 | 5,31208 |
| F\_a | 11 | 55,00 | 80,00 | 68,1818 | 8,02270 |
| K\_a | 11 | 40,00 | 69,00 | 51,0000 | 8,67179 |
| Hs\_a | 11 | 52,00 | 75,00 | 61,2727 | 7,15669 |
| D\_a | 11 | 47,00 | 69,00 | 57,6364 | 6,37609 |
| Hy\_a | 11 | 44,00 | 65,00 | 55,3636 | 6,90323 |
| Pd\_a | 11 | 45,00 | 65,00 | 58,0000 | 6,00000 |
| Pa\_a | 11 | 52,00 | 78,00 | 63,5455 | 7,33980 |
| Pt\_a | 11 | 48,00 | 70,00 | 60,5455 | 6,93345 |
| Sc\_a | 11 | 50,00 | 76,00 | 60,8182 | 8,48314 |
| Valid N (listwise) | 11 |  |  |  |  |

Після завершення групового курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії зменшилися середні показники по шкалах: неправди, шизоїдності і гіпоманії.

З метою більш змістовного аналізу відмінностей ми побудували два графіки (див.: 5.18). Статистично значущі відмінності між показниками по шкалах у групі пацієнтів до і після проходження курсу психотерапії були виявлені по двох шкалах: достовірності й іпохондрії. Зміни по шкалі достовірності у пацієнтів проявляються у зменшенні тенденції до гіперболізації симптоматичної характеристики власного стану, в нівелюванні - після проходження куру психотерапії – прагнення підкреслити максимальну тяжкість фізичного стану.

**Рис. 5.18. Динаміка показників по шкалах СМОЛ до і після проходження курсу групової арт-терапії.**

На початку курсу групової психотерапії у пацієнтів реєструвалися такі характеристики: переважання пасивної особистісної позиції, високий рівень усвідомлення наявних проблем через призму незадоволення і песимістичної оцінки своїх перспектив, схильність до негативного сприймання навколишнього світу в зв’язку з хворобою, інертність у прийнятті рішень, виражена глибина переживань. Після завершення курсу групової арт-терапії на зміну зосередженню на поганому самопочутті прийшло осмислення пацієнтами позитивного змісту майбутніх перспектив, подальших подій, спрямованих на відновлення здоров’я, зміну способу життя.

**Аналіз динаміки результатів діагностики за методикою МКВ Люшера і тестом портретних виборів Сонді в групі пацієнтів на початку і після завершення курсу групової арт-терапії.**

В результаті узагальнення і змістової інтерпретації значень векторів і факторів тесту портретних виборів Сонді до і після проходження психотерапевтичного курсу – в межах індивідуально-типологічного підходу – були виявлені такі зміни психодіагностичних показників: схильність до зовнішньозвинувачувального агресивного реагування набула менш виражених показників на фоні емоційної нестійкості, егоїстичні тенденції знизилися, після проходження пацієнтами курсу психотерапії їх конфліктність, підвищений самоконтроль і недовірливість зменшили свої показники.

Аналіз результатів діагностики за методикою МКВ Люшера, що ґрунтується на інтерпретації колірних пар, виявив зміни в таких характеристиках пацієнтів: фрустрація потреби в перспективі і надії на краще зменшилася; прагнення до спокою, відпочинку, а також незадоволення ставленням до самого себе залишилися незмінними, негативне ставлення до ситуації нівелювалося, тривожність зменшилася. Зросли показники вольових якостей і впевненості у власних силах.

**5.3.3.4. Аналіз динаміки психоемоційного стану і фізичного самопочуття пацієнтів, котрі пройшли курс індивідуальної психотерапії**

На першому етапі оцінки динаміки психоемоційного стану в цій групі пацієнтів ми встановили наявність і проаналізували характер змін у суб’єктивній оцінці власної душевної рівноваги й емоційного стану пацієнтів, який вони оцінювали за допомогою методики семантичного диференціала. Оскільки значення в групі по шкалах модифікованого варіанта семантичного диференціала, що його ми використали в діагностиці, виявилися достатньою мірою однорідними, в подальшому ми аналізували середні значення для групи по кожній шкалі.

Як демонструє графік зміни середніх значень на рис. 5.19, динаміка показників по кожній зі шкал є достатньо вираженою. Найбільш явне поліпшення самопочуття спостерігається по шкалі “Погане-Хороше”: після курсу групової терапії пацієнти почуваються більш спокійно, врівноважено і “приємно”. Однак варто зазначити, що показники по всіх шкалах при діагностиці після проходження психотерапевтичного курсу варіюються в межах, не вищих середнього рівня вираження (1,5 бала по шкалах СД). Високі показники, що відображають позитивну суб’єктивну оцінку стану пацієнтів, відсутні, що дає нам первинні підстави для припущення про недостатню роль винятково психотерапевтичних заходів, спрямованих на поліпшення психоемоційного стану пацієнтів.

**Рис. 5.19. Динаміка суб’єктивної оцінки душевної рівноваги пацієнтів (середні значення по шкалам у групі) до і після проходження курсу сеансів індивідуальної психотерапії (за результатами використання семантичного диференціала).**

Динаміка суб’єктивної оцінки пацієнтами власного фізичного стану є так само позитивною і достатньо вираженою (див.: рис. 5.20.). Показники по всіх шкалах схилились до позитивного полюса, але знову таки в рамках середнього рівня.

**Рис. 5.20. Динаміка суб’єктивної оцінки фізичного стану пацієнтів (середні значення по шкалах у групі) до і після проходження курсу індивідуальної психотерапії (за результатами використання модифікованого варіанта семантичного диференціала).**

Зазначимо, що і після проходження курсу групової екзистенціально-гуманістичної психотерапії пацієнти продовжували скаржитися на головний біль, перепади настрою, відсутність мотивації до професійної діяльності.

**Аналіз динаміки результатів, отриманих по шкалах методики СМОЛ у групі пацієнтів на початку і після завершення курсу сеансів психотерапії.**

Найбільш часто зустрічаються такі специфічні психологічні характеристики пацієнтів цієї групи: низький самоконтроль, висока тривожність, порушення соціальних контактів, спотворене сприймання тілесності.

До того для цих пацієнтів характерна іпохондричність (іноді при об’єктивно задовільному фізичному стані), яка дає змогу реалізувати прагнення привернути до себе увагу.

Оскільки ми аналізуємо маленькі залежні групи (до 15 чоловік) – до і після проходження курсу індивідуальних сеансів психотерапії, головним статистичним методом для порівняння показників ми обрали непараметричний критерій знаків, який дає змогу порівняти дві залежні вибірки через зіставлення кількісних показників позитивних і негативних зсувів значень. Допоміжним методом математичного аналізу ми обрали непараметричний критерій Вілкоксона. Як нульову і робочу гіпотези нашого еспериментального дослідження ми приймаємо такі твердження:

H0 - відмінності між показниками по шкалах методики Міні-мульт у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу сеансів індивідуальної психотерапії не є значущими.

H1 – відмінності між показниками по шкалах методики Міні-мульт у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу сеансів індивідуальної психотерапії є значущими.

Відмінності оцінювалися між показниками по кожній шкалі методики СМОЛ. Оскільки непараметричні критерії дають змогу за один аналітичний етап оцінити лише одну пару змінних, що характеризують залежні групи, таблиці результатів аналізу описують кожну пару окремо.

В результаті перевірки наявності значущих відмінностей між показниками до і після проходження психотерапевтичного курсу по шкалах методики СМОЛ ми отримали такі дані: достовірна динаміка показників була встановлена лише по двох шкалах: F (достовірності) і Hs (іпохондрії). Щодо решти дев’яти шкал методики СМОЛ значущі відмінності не були виявлені.

На рис. 5.21. ми виокремлюємо показник Sig., що має в обох випадках значення, яке перевищує максимально допустимий рівень значущості: 0,05. Це дає нам підстави для підтвердження нульової гіпотези – відмінності між показниками по шкалі L (неправди) у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу індивідуальної психотерапії не є значущими

Такі самі висновки стосуються низки шкал: корекції, депресії, істерії, психопатії, шизоїдності і гіпоманії (див. Додаток 1). Відсутність значущих відмінностей по названих шкалах у пацієнтів цієї групи підтверджує факт стійкості індивідуальних особливостей особистості та стабільності структури клінічного стану – навіть в умовах відносно тривалої психотерапії.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between L\_a and L\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .125 1 | Retain the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between L\_b and L\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .068 | Retain the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Рис. 5.21. Таблиця результатів аналізу відмінностей показників шкали L (неправди) за критерієм Вілкоксона, що підкріплює нульову гіпотезу[[8]](#footnote-8)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between F\_a and F\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .016 1 | Reject the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between F\_b and F\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .018 | Reject the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Рис. 5.22. Таблиця результатів аналізу достовірних відмінностей показників шкал F (достовірності) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює робочу гіпотезу**

Показник Sig. на рис. 5.22 і 5.23 має значення, нижче допустимого рівня значущості: 0,05. Це дає нам підстави для підтвердження робочої гіпотези – відмінності між показниками по шкалах F (достовірності) і Hs (іпохондрії) в групі пацієнтів із захворюванням гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу сеансів індивідуальної психотерапії є значущими.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between Hs\_a and HS\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .012 1 | Reject the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between HS\_b and Hs\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .008 | Reject the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |

1 Exact significance is displayed for this test.

**Рис. 5.23. Таблиця результатів аналізу достовірних відмінностей показників шкали Hs (іпохондрії) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює робочу гіпотезу.**

Виявивши значущі відмінності по шкалах достовірності та іпохондрії в групі пацієнтів до і після проходження курсу індивідуальної психотерапії, для розкриття характеру змін по цих шкалах ми визначили значення описових статистик: середніх значень по шкалах і стандартного відхилення (див.: табл. 5.10 і 5.11).

*Таблиця 5.10*

**Середні значення показників по шкалах СМОЛ у групі пацієнтів до початку курсу індивідуальної психотерапії.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statistics** | | | | | | | | | | | |
|  | L\_b | F\_b | K\_b | HS\_b | D\_b | Hy\_b | Pd\_b | Pa\_b | Pt\_b | Sc\_b | Ma\_b |
| Valid N | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | 55,8182 | 69,1818 | 50,0909 | 61,4545 | 56,9091 | 57,9091 | 58,6364 | 63,7273 | 60,0909 | 63,4545 | 51,3182 |
| Std.Deviation | 6,16146 | 8,64660 | 5,55796 | 5,92222 | 8,25172 | 6,94917 | 7,77525 | 12,59430 | 10,06430 | 8,21418 | 7,68044 |
| Minimum | 48,0 | 54,0 | 40,0 | 55,0 | 40,0 | 47,0 | 39,0 | 50,0 | 48,0 | 52,0 | 40,0 |
| Maximum | 70,0 | 79,0 | 58,0 | 70,0 | 70,0 | 69,0 | 72,0 | 85,0 | 80,0 | 79,0 | 63,0 |

Оцінивши мінімальні та максимальні значення по шкалах, констатуємо, що викиди у розподілі значень у цих залежних вибірках відсутні. Відсутність викидів робить статистично правомірною оцінку показників середніх значень у подальшому.

*Таблиця 5.11*

**Середні значення показників по шкалах СМОЛ у групі пацієнтів після завершення курсу індивідуальної психотерапії.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statistics** | | | | | | | | | | | | |
|  | L\_a | F\_a | K\_a | Hs\_a | D\_a | Hy\_a | Pd\_a | Pa\_a | Pt\_a | Sc\_a | Ma\_a |
| Valid N | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | 53,5455 | 65,3636 | 50,8182 | 57,3636 | 57,4545 | 56,0909 | 60,0909 | 65,0909 | 60,2727 | 62,0909 | 50,9091 |
| Std.Deviation | 3,80430 | 6,91770 | 6,32168 | 4,80151 | 6,36182 | 6,56437 | 5,82159 | 6,59476 | 7,49788 | 8,51416 | 7,94298 |
| Minimum | 48,0 | 54,0 | 40,0 | 50,0 | 47,0 | 44,0 | 45,0 | 55,0 | 48,0 | 52,0 | 40,0 |
| Maximum | 61,0 | 79,0 | 60,0 | 65,0 | 70,0 | 65,0 | 65,0 | 78,0 | 70,0 | 78,0 | 62,0 |

Після завершення курсу індивідуальної психотерапії зменшилися середні показники по таких шкалах: неправди, шизоїдності та гіпоманії.

З метою більш змістовного аналізу відмінностей ми представили на рис. 5.24. два графіки. Статистично значущі відмінності між показниками по шкалах у групі пацієнтів до і після проходження курсу психотерапії встановлено по двох шкалах: достовірності та іпохондрії. Зміни за шкалою достовірності проявляються у пацієнтів у зменшенні тенденції гіперболізувати симптоматичну характеристику власного стану, в нівелюванні після проходження курсу психотерапії – прагнення підкреслити максимальну тяжкість фізичного стану.

**Рис. 5.24. Динаміка показників по шкалах СМОЛ до і після проходження курсу індивідуальної психотерапії.**

На початку курсу індивідуальної психотерапії у пацієнтів реєструвалися такі характеристики: переважання пасивної особистісної позиції, високий рівень усвідомлення наявних проблем через призму незадоволення і песимістичної оцінки своїх перспектив, схильність до негативного сприймання навколишнього світу в зв’язку з хворобою, інертність у прийнятті рішень, виражена глибина переживань. Після завершення курсу індивідуальної психотерапії зосередження на поганому самопочутті змінилося у пацієнтів на осмислення майбутніх перспектив, подальших дій, спрямованих на відновлення здоров’я, зміну способу життя.

**Аналіз динаміки результатів діагностики за методикою МКВ Люшера і тестом портретних виборів Сонді у групі пацієнтів на початку і після завершення курсу індивідуальної психотерапії.**

В результаті узагальнення і змістової інтерпретації значень векторів і факторів тесту портретних виборів Сонді до і після проходження індивідуального психотерапевтичного курсу (в межах індивідуально-типологічного підходу) були виявлені такі зміни психодіагностичних показників: схильність до зовнішньозвинувачувального агресивного реагування набула менш виражених показників, егоїстичні тенденції знизилися, конфліктність, підвищений самоконтроль і недовірливість так само зменшили свої показники після проходження пацієнтами курсу психотерапії.

Аналіз результатів діагностування за методикою МКВ Люшера, що ґрунтується на інтерпретації колірних пар, дав змогу виявити зміни в таких характеристиках пацієнтів: фрустрація потреби в перспективі та надії на краще, прагнення спокою, відпочинку, а також незадоволення ставленням до самого себе лишилися незмінними, негативне ставлення до ситуації нівелювалося, тривожність зменшилася. Зросли показники вольових якостей і впевненості у власних силах.

**5.3.3.5. Аналіз динаміки психоемоційного стану і фізичного самопочуття пацієнтів, котрі пройшли курс сполучної психотерапії.**

Група пацієнтів, котра проходила курс сполучної (комбінаторної) психотерапії, була поділена на дві частини. На першому етапі оцінки динаміки психоемоційного стану в цій групі пацієнтів ми з’ясували наявність і проаналізували характер змін у суб’єктивній оцінці власної душевної рівноваги та емоційного стану, що його вони оцінювали за допомогою методики семантичного диференціала. Оскільки значення в групі пацієнтів по шкалах модифікованого варіанта семантичного диференціала, використаного нами в діагностиці, виявилися достатньою мірою однорідними, в подальшому ми аналізували середні значення для цієї групи по кожній шкалі.

Як демонструє графік зміни середніх значень на рис. 5.25., динаміка показників по кожній з шкал є достатньою мірою вираженою. Найбільш явне поліпшення самопочуття спостерігається по шкалах “Поганий-Хороший”: після курсу групової терапії пацієнти почуваються більш спокійно, врівноважено і “приємно”. Однак варто зазначити, що показники по всіх шкалах при діагностиці після проходження психотерапевтичного курсу варіюються в рамках, не вищих середнього рівня вираження (1,5 бала по шкалах СД). Високі показники, що відображають позитивну суб’єктивну оцінку стану пацієнтів, відсутні, що дає нам первинну підставу для припущення про недостатню роль винятково психотетерапевтичних заходів, спрямованих на поліпшення психоемоційного стану пацієнтів.

**Рис. 5.25. Динаміка суб’єктивної оцінки душевної рівноваги пацієнтів (середні значення по шкалам) у групі до і після проходження курсу сполучної терапії (за результатами семантичного диференціала).**

Динаміка суб’єктивної оцінки пацієнтами власного фізичного стану так само є позитивною та достатньо вираженою (див. Рис. 5.25). Показники по всіх шкалах схилилися до позитивного полюса, але так само в межах середнього рівня.

**Рис. 5.26. Динаміка суб’єктивної оцінки фізичного стану пацієнтів (середні значення по шкалах у групі) до і після проходження курсу сполучної терапії (за результатами модифікованого варіанта семантичного диференціала).**

Навіть після проходження курсу групової екзистенціально-гуманістичної психотерапії пацієнти продовжували скаржитися на головний біль, різку зміну настрою, млявість, відсутність мотивації до професійної діяльності.

**Аналіз динаміки результатів, отриманих по шкалах методики Міні-мульт у групі пацієнтів на початку і після завершення курсу сполучної терапії.**

Через те, що ми аналізуємо маленькі залежні групи (до 15 чоловік) - до і після проходження курсу групових сеансів психотерапії та прийому психофармакологічних засобів, головним статистичним методом для порівняння показників ми обрали непараметричний критерій знаків, який дає змогу порівняти дві залежні вибірки на підставі зіставлення кількісних показників позитивних і негативних зсувів значень. Допоміжним методом математичного аналізу ми обрали непараметричний критерій. Як нульову та робочу гіпотези нашого експериментального дослідження ми приймаємо такі твердження:

H0 – відмінності між показниками по шкалах методики СМОЛ у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу сполучної терапії не є значущими.

H1 – відмінності між показниками по шкалах методики СМОЛ у групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу сполучної терапії є значущими.

Відмінності оцінювалися між показниками по кожній шкалі методики СМОЛ. Оскільки непараметричні критерії дають змогу оцінити за один аналітичний етап лише одну пару змінних, що характеризують залежні групи, таблиці результатів аналізу описують кожну пару окремо.

В результаті перевірки наявності значущих відмінностей між показниками до і після проходження пацієнтом психотерапевтичного курсу ми отримали такі дані по шкалах методики СМОЛ: достовірна динаміка показників виявлена по шкалах F (достовірності), К (корекції), Д (депресії), Hy (істерії) й Hs (іпохондрії). По решті п’яти шкалах методики Міні-мульт значущих відмінностей не встановлено.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between Pa\_a and Pa\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .549 1 | Retain the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between Pa\_b and Pa\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .722 | Retain the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Рис. 5.27. Таблиця результатів аналізу відмінностей показників шкали Pa (паранояльності) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює нульову гіпотезу[[9]](#footnote-9)**

На рис. 5.27. ми оцінюємо показник Sig., що має в обох випадках значення, яке перевищує максимально допустимий рівень значущості: 0,05. Це дає нам підстави для підтвердження нульової гіпотези – відмінності між показниками по шкалі Hy (істероїдності) в групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження курсу сполучної терапії не є значущими.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between K\_a and K\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .001 1 | Reject the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between K\_b and K\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .003 | Reject the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Рис. 5.28. Таблиця результатів аналізу достовірних відмінностей показників шкали К (корекції) за критерієм знаків и критерієм Вілкоксона, що підкріплює робочу гіпотезу**.

Показник Sig. на рис. 5.28 і 5.29. має значення, нижче допустимого рівня значущості: 0,05. Це дає нам підстави для підтвердження робочої гіпотези – відмінності між показниками по шкалах F (достовірності), К (корекції), Д (депресії), Hy (істерії) та Hs (іпохондрії) в групі пацієнтів із захворюваннями гастроентерологічного спектра до і після проходження ними курсу сполучної терапії є значущими.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between Hs\_a and HS\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .012 1 | Reject the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between HS\_b and Hs\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .008 | Reject the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |

1 Exact significance is displayed for this test.

**Рис. 5.29. Таблиця результатів аналізу достовірних відмінностей показників шкали Hs (іпохондрії) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкріплює робочу гіпотезу**

Виявивши значущі відмінності по шкалах достовірності та іпохондрії в групі пацієнтів до і після проходження ними курсу екзистенціально-гуманістичної психотерапії, ми визначили – для розкриття характеру змін по цих шкалах – значення описових статистик: середніх значень по шкалах і стандартного відхилення (див.: табл. 5.12 і 5.13.)

*Таблиця 5.12*

**Середні значення показників по шкалах СМОЛ у групі пацієнтів до початку курсу сполучної терапії**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statistics** | | | | | | | | | | | |
|  | L\_b | F\_b | K\_b | HS\_b | D\_b | Hy\_b | Pd\_b | Pa\_b | Pt\_b | Sc\_b | Ma\_b |
| Valid N | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | 55,82 | 69,18 | 50,09 | 61,45 | 56,91 | 57,9 | 58,64 | 63,73 | 60,09 | 63,45 | 51,32 |
| Std.Deviation | 5,16146 | 4,64660 | 5,55796 | 5,92222 | 7,25172 | 6,4917 | 7,57525 | 11,5943 | 9,0643 | 7,21418 | 8,68044 |
| Minimum | 48,0 | 54,0 | 40,0 | 55,0 | 40,0 | 47,0 | 39,0 | 50,0 | 48,0 | 52,0 | 40,0 |
| Maximum | 70,0 | 79,0 | 58,0 | 70,0 | 70,0 | 69,0 | 72,0 | 85,0 | 80,0 | 79,0 | 63,0 |

Оцінивши мінімальні та максимальні значення по шкалах, маємо констатувати, що викиди у розподілі значень у цих залежних вибірках відсутні. Відсутність викидів робить статистично правомірною оцінку показників середніх значень у подальшому.

*Таблиця 5.13*

**Середні значення показників по шкалах СМОЛ у групі пацієнтів після завершення курсу сполучної терапії.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statistics** | | | | | | | | | | | |
|  | L\_a | F\_a | K\_a | Hs\_a | D\_a | Hy\_a | Pd\_a | Pa\_a | Pt\_a | Sc\_a | Ma\_a |
| Valid N | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | 53,55 | 65,36 | 50,81 | 56,36 | 54,45 | 55,09 | 57,09 | 61,09 | 60,27 | 63,09 | 50,9 |
| Std.Deviation | 3,8043 | 6,91 | 6,32 | 4,80 | 6,36 | 6,56 | 5,82 | 6,59 | 7,49 | 8,51 | 7,942 |
| Minimum | 48,0 | 54,0 | 40,0 | 50,0 | 47,0 | 44,0 | 45,0 | 55,0 | 48,0 | 52,0 | 40,0 |
| Maximum | 65,0 | 69,0 | 55,0 | 61,0 | 64,0 | 61,0 | 62,0 | 63,0 | 70,0 | 72,0 | 59,0 |
|  | | | | | | | | | | | |

Після завершення курсу сполучної терапії у пацієнтів зменшилися середні показники по восьми шкалах: неправди, іпохондрії, істероїдності, депресії, психопатії, параної та психастенії. З метою більш змістовного аналізу відмінностей ми накреслили два графіки (див.: рис. 5.30.). Зміни по шкалі достовірності у пацієнтів проявляються у зменшенні тенденції до гіперболізації симптоматичної характеристики власного стану, в нівелюванні - після проходження курсу психотерапії – прагнення підкреслити максимальну тяжкість свого фізичного стану.

**Рис. 5.30. Динаміка показників по шкалах СМОЛ до і після проходження курсу групової психотерапії спільно з прийомом пацієнтами психотропних препаратів.**

Як видно з рис. 5.30, позитивна динаміка психо-емоційного стану в групі пацієнтів, котрі пройшли курс сполучної психотерапії, має найбільш виражений характер – порівняно з групами тих пацієнтів, хто проходив винятково курс групової психотерапії. На початку курсу групової психотерапії у пацієнтів, котрі також приймали психотропні препарати, реєструвалися такі характеристики: переважання пасивної особистісної позиції, високий рівень усвідомлення наявних проблем через призму незадоволення і песимістичної оцінки своїх перспектив, схильність до негативного сприймання навколишнього світу в зв’язку з хворобою, інертність у прийнятті рішень, виражена глибина переживань. Після завершення курсу групової сполучної терапії зосередження на поганому самопочутті змінилося у пацієнтів на осмислення позитивного змісту майбутніх перспектив, подальших дій, спрямованих на відновлення здоров’я, зміну способу життя.

**Аналіз динаміки результатів діагностики за методикою МКВ Люшера і тестом портретних виборів Сонді в групі пацієнтів на початку і після завершення курсу сполучної терапії**

В результаті узагальнення і змістової інтерпретації значень векторів і факторів тесту портретних виборів Сонді до і після проходження пацієнтами психотерапевтичного курсу – в межах індивідуально-типологічного підходу – були виявлені такі зміни психодіангостичних показників: схильність до зовнішньозвинувачувального агресивного реагування набула менш виражених показників на фоні емоційної стійкості, егоїстичні тенденції знизилися, після проходження пацієнтами курсу психотерапії показники конфліктності, підвищеного самоконтролю і недовірливості так само зменшилися.

В результаті діагностики, здійсненої до проходження пацієнтами курсу сполучної терапії, було встановлено такі їх характеристики: пасивна життєва позиція, високий рівень алексітимії, блокування потреби в афіліації з посиленням інтерпсихічної активності, невпевненість і незадоволення життєвою ситуацією, недовірливість й емоційна лабільність, посилення механізмів витіснення, а також песимістичне очікування, блокування потреби в соціальній допомозі, використання стратегії самозвинувачування. Складнощі у визначенні власних почуттів та бажань, у вибудовуванні своєї системи цінностей та оцінок істотно утруднюють адекватне реагування на те, що відбувається.

Аналіз результатів діагностики за методикою МКВ Люшера, заснований на інтерпретації комірних пар, дав змогу встановити зміни в таких характеристиках: фрустрація потреби в перспективі на надії на краще зменшилася, незадоволення ставленням до самого себе лишилося незмінним, негативне ставлення до ситуації нівелювалося, тривожність знизилася. Зросли показники вольових якостей і впевненості у власних силах. Результати діагностики свідчать також про підвищення фрустраційної толерантності, формування мотивації до лікування й особистісної активності пацієнта в лікувальному процесі, зміну дезактивних форм поведінки та емоційних порушень, а також про підвищення вираженої потреби відновити колишній спосіб життя.

**Висновки до п’ятого розділу**

Зміст скарг, характеристики психоемоційного стану, а також суб’єктивна оцінка душевної рівноваги пацієнтами із захворюваннями гастроентентерологічного спектра в п’яти експериментальних групах до початку психотерапевтичного і фармакологічного лікування мали такі спільні риси:

* високий рівень тривожності пацієнтів зумовлений наявністю глибинних неусвідомлюваних страхів через невизначеність, дефіцит інформації в прогнозуванні власного майбутнього, що створює постійне фонове відчуття небезпеки і незахищеності, невротизує і дезорієнтує особистість хворого;
* зниження активності при вираженій потребі відновити колишній спосіб життя;
* конверсія психологічних проблем у соматичні розлади;
* зниження фрустраційної толерантності, пасивна життєва позиція, підвищений рівень алексітимії, блокування потреби в афіліації з посиленням інтерпсихічної активності.

Після завершення психотерапевтичного впливу найбільш виражена достовірна позитивна динаміка психоемоційного стану спостерігається у пацієнтів, котрі проходили курс сполучної комбінаторної терапії. Достовірні позитивні зміни були виявлені по шкалах неправди, іпохондрії, істероїдності, депресії, психопатії, параної та психастенії. Механізм захисту на зразок «втеча у хворобу», за якого хвороба є ширмою, що маскує прагнення перекласти відповідальність за існуючі проблеми на оточуючих, зменшив силу свого прояву у пацієнтів цієї групи. Показники гіпостенічного кола, що свідчать про переважання пасивно-страждальної позиції, так само знизилися.

Після проходження курсу сполучної терапії пацієнти оцінили свій стан здоров’я як добрий, бачать перспективу в лікуванні. Підвищився поріг толерантності до стресу. Збільшилася частота соціальних контактів, що справило позитивний вплив на їх емоційну сферу і дало змогу діставати задоволення в особистому житті та професійній діяльності. Стан, пов’язаний з дезадаптацією, що відображається у профілі підвищенням 7-ї шкали і характеризується порушенням сну, нав’язливими страхами, почуттям розгубленості, занепокоєння, відчуттям наближення лиха, поліпшився.

За результатами повторної діагностики за допомогою методики МКВ Люшера і тесту портретних виборів Сонді достовірні відмінності були виявлені в групах пацієнтів, котрі пройшли курс групової арт-терапії і сполучної терапії. Стосовно таких психологічних ознак, як підвищена тривожність, схильність до самоаналізу, стриманість у вияві почуттів, прагнення до уникнення конфліктів, зафіксовано тенденції до зменшення їх показників.

На підставі отриманих результатів можна з високим ступенем достовірності сформулювати висновки про те, що найбільш значущі в клінічному розумінні результати, які стосуються поліпшення самопочуття, зниження загального стресу, зменшення параметра «агравація стану», зниження піка шкал, що свідчать про міру вираження реактивного стану пацієнтів, і супроводжуються покращенням динаміки лабораторних аналізів, спостерігалися у пацієнтів, котрі проходили сполучну (комбінаторну) – психологічну, фармакологічну і нозологічно орієнтовану – терапію.

Таким чином, у наш час не існує доказових підстав робити категоричні судження про достатність психотерапії самої по собі, тим більш про її патогенетичну місію у всіх тих ситуаціях, коли не йдеться винятково про процеси, що стосуються психогенії. Разом з тим заслуговує на увагу та обставина, що різні психотерапевтичні підходи так чи інакше виконують допоміжні функції стосовно процесів емоційного відреагування, переключення уваги з домінанти соматичного страждання на особистісні ресурси пацієнта, а також процесів самопрезентації і тих, які впливають на образ «Я». Іншими словами, вони розширюють свідомість пацієнта, що позбавляє переживання, пов’язані із захворюванням, домінуючої значущості. Остання обставина, на нашу думку, сприяє вивільненню ресурсів пацієнта як на рівні організму (нервова, ендокринна, імунна системи), так і на рівні особистісного «Я» і створює додаткові можливості для забезпечення ефективності лікувального процесу і відновлення здоров’я всіх смислах цього комплексного феномена.

**Результати дослідження, викладені у четвертому розділі, відображені в наступних публікаціях автора**

1. **Максименко К.С.** Личностно-ориентированная терапия эмоциональных расстройств при соматогениях / К.С. Максименко. – **К. : Издательский Дом “Слово”, 2015 – 352 с.**
2. **Максименко К.С.** Анализ динамики психоэмоционального состояния и физического самочувствия пациентов, прошедших курс индивидуальной психотерапии / К.С. Максименко // **KELM. – Польща, м. Лодзь. – №2(6).**
3. Максименко К.С. Технология эмпирического исследования возможностей личностно-ориентированной психотерапии в клинике гастро-энтерологической группы / К.С. Максименко // Психологічні перспективи. – Луцьк, 2014. – Вип. 24. – С. 217–227.
4. Максименко К.С. Подолання негативних психічних станів у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями на основі принципу креативності / К.С. Максименко // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць КПНУ ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. – Кам’янець-Подільский : Аксіома, 2012. – Вип.16. – С. 686–696.
5. Максименко К.С. Проблема прототипу психологічної допомоги особистості в ситуації соматичного захворювання / К.С. Максименко // Проблеми сучасної психології. Зб. наук. праць КПНУ ім. Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Кам’янець-Подільский : Аксіома, 2012. – Вип.17. – С. 252–264.

**ВИСНОВКИ**

Здійснене нами теоретико-експериментальне дослідження можливостей особистісно-орієнтованої психотерапії емоційних розладів при хронічних соматичних захворюваннях, які здатні викликати вторинні невротичні порушення (соматогенії), стало підставою для таких висновків.

1. Характер мультикаузальності психічних розладів, а також складнощі диференціації конверсійної, невротичної і психосоматичної симптоматики та низка інших невирішених питань з проблематики психотерапевтичної допомоги хворим з соматогеніями зумовлюють необхідність методологічного обґрунтування найбільш адекватної психотерапії, яка враховувала б тип ставлення до хвороби і тип реагування на неї (егоцентричний, дисфоричний, іпохондричний, істероїдний і т.п.), динаміку формування внутрішньої картини хвороби та способи її модифікації в найоптимальнішому для одужання напрямку.

Головна проблема полягає в тому, що до нашого часу немає достатніх підстав говорити про реальну зрілість й ефективність не симптоматичної, а патогенетичної особистісної психотерапії. На нашу думку, однією з найважливіших методологічних умов подолання наявної ситуації є дедалі обґрунтованіша відмова від засилля ідеології панпсихологізації, яка не просто контрастує з духом і буквою сучасної науки, а перебуває в явному протиріччі з найновішими відкриттями молекулярної біології і нейропсихології, що підтверджують наявність біохімічних детермінант, які призводять до психічних і психологічних розладів. Безпідставне звертання до суті, атавістичних концептуальних схем підривають лікувальний потенціал реальної, а не паліативної психотерапії.

1. Аналіз історичних етапів становлення і розвитку вітчизняної психології і психотерапії свідчить про наявність украй багатих наукових і клінічних традицій, які беруть свій початок від діяльності таких значних постатей вітчизняної медицини і психології, як І.О.Сікорський у Києві, В.М.Бехтерєв у Санкт-Петербурзі, С.С.Корсаков, П.Б.Ганнушкін і Ю.В.Каннабіх у Москві.

Зокрема, надзвичайно багата спадщина української психотерапевтичної школи, що походить від праць М.М.Ланге, І.О.Сікорського, І.О. Соколянського та інших, у наш час дістала втілення і розвиток у працях таких відомих психологів, як О.Ф.Бондаренко, Л.Ф.Бурлачук, О.С.Кочарян, Е.В.Крайніков, В.І.Коростій, С.Д.Максименко, О.В.Михальський, А.П. Слободяник, Н.Ф.Шевченко та ін. На нинішньому етапі розвитку сучасної української школи одне з перших місць займають дослідження в галузі психосоматичних розладів і захворювань серцево-судинної і гастроентерологічної системи організму. При цьому значні зусилля докладаються до розвитку клінічно-орієнтованої психотерапії (К.М. Амосова, Є.В.Кришталь, М.В.Маркова, А.В.Михайлов, В.Ф.Простомолотов, Є.А.Поклітар, О.С.Чабан, А.П.Поклітар та ін.). Найновіші дослідження українських медиків і психологів виступають як важливий чинник подолання ідеологізації псевдонаукових підходів до проблематики психотерапії: зокрема, в аспекті психотерапевтичної допомоги пацієнтам з соматогеніями, оскільки спрямовуються методологією, націленою на подолання редукціонізму як принципу наукового дослідження і дедалі більше виробляють комплексні, багатоаспектні підходи до аналізу надзвичайно складних явищ, до яких, без сумніву, належать психічні і психологічні феномени.

1. Специфічним механізмом порушення особистісної поведінки у структурі внутрішньої картини хвороби виступає розбалансування емотивних складових, вносячи дисбаланс у такі параметри: «інтернальність-екстернальність», загострення захисних механізмів заперечення і раціоналізації, посилення тенденцій до агравації. Психотравмуючі події й пов’язані з ними переживання провокують виникнення декомпенсацій, що, у свою чергу, закріплюють невротичну поведінку і загострюють патологічні риси, якщо навіть останні не виявлялися до появи соматичного захворювання.
2. Порівняльний аналіз особистісно-орієнтованих підходів у сучасній психотерапії психосоматичних розладів у цілому і соматогеній зокрема, свідчить про таке: у всіх без винятку напрямках сучасної психотерапії –незалежно від методів, прийомів, принципів і алгоритмів – реалізується по суті симптоматична ідея – полегшити страждання пацієнта. Іншими словами, ми маємо, з високим ступенем ймовірності, припустити: сучасна психотерапія соматогеній є не що інше, як паліатив.
3. Зафіксовано суперечність між соціально санкціонованими часовими межами лікувальних заходів і хронобіологічною динамікою соматогеній, психотерапія яких передбачає значно триваліший період відновлення особистісного «Я» пацієнта. Оскільки особистісно-орієнтована психотерапія соматичних пацієнтів значно перевищує часові рамки їх перебування в стаціонарі, то для названих пацієнтів з соматогеніями потрібний спеціалізований психотерапевтичний супровід після виписування з лікарні, що вимагає додаткових організаційних умов амбулаторної психологічної допомоги. Оскільки йдеться про хворих терапевтичної клініки, а не психіатричної, слід неодмінно враховувати специфіку їхнього психічного статусу при збереженні розумових та етичних процесів. Іншими словами, ці пацієнти здатні відповідати за себе, вони здатні до співробітництва, і це по-інакшому структурує міру активності психотерапевта на різних етапах захворювання. Отримане в умовах соматичної клініки психотерапевтичне лікування насправді відповідає можливостям мешканця сучасного мегаполісу, а за загальноприйнятими стандартами вписується в канони короткотермінової психотерапії. Не варто забувати тут про те, що наші таргетні досліджувані – пацієнти соматичного, а не психіатричного стаціонару, тому природно, що у них інакше ставлення до психотерапії, так само, як і у психотерапевтів стосовно цих пацієнтів. Утім, неабияким детермінуючим соціокультурним чинником виступають і традиції звернення за психологічною в цілому, і психотерапевтичною зокрема, допомогою в культурному ареалі. На окреме дослідження заслуговують, безумовно, і певні соціальні настановлення, і зниження реального рівня як культурного, так і матеріального добробуту населення. Адже психотерапія є, як відомо, привілеєм багатих країн і співтовариств, тоді як бідні змушені задовольнятися послугами не просто парамедичної, а й хілерської допомоги, що, зрозуміло, не сприяє ні процесам виліковування, ні тим паче, процесам особистісного розвитку пацієнтів.
4. Реальний потенціал психотерапії вторинних невротичних розладів (соматогеній) як показано на прикладі пацієнтів з хронічними гастроентерологічними захворюваннями, в спільному підході до психотерапії. Незважаючи на вельми багату палітру емоційних й особистісних змін ситуативного характеру, які мали місце в групах, що проходили курс психотерапії на підставі певного підходу (когнітивно-поведінкового, екзистенціально-феноменологічного, арттерапевтичного), а також на підставі культуро відповідних методів консультативної роботи (зокрема методу етичного персоналізму в індивідуально-психологічному консультуванні), найбільше виражена і цілком певна динаміка позитивного характеру спостерігалася у пацієнтів, котрі проходили саме поєднану психотерапію. При цьому достовірні позитивні зміни були зафіксовані за шкалами неправди, іпохондрії, депресії, психопатії, параної та психастенії. Зменшилося також напруження захисного механізму, відомого як «втеча у хворобу». Показники гіпостенічного кола, що виявляють переважання пасивно-страждальної позиції, також достовірно зменшилася, Безумовно, вказані зміни у психічному стані пацієнтів викликають певний оптимізм як у плані розуміння дійсних механізмів психотерапії, так і в аспекті її психотехнічного потенціалу.

Та ми віддаємо собі звіт у тому, що реальною проблемою лишається проблема ефективності власне особистісних копінг-механізмів, проблема оптимізації, наскільки це можливо, особистісних рис і якостей пацієнта, проблема відтермінованих результатів психотерапевтичного впливу. І ми далекі від думки, внаслідок врахування всієї складності, поєднання індукованих соматогеніями особистісних – первинних і вторинних – невротичних утворень, що психотерапія може виступати панацеєю в усуненні цього психічного стану.

1. В наш час немає достатніх підстав стверджувати про достатність і самостійну значущість психотерапії в тих ситуаціях, коли не йдеться про процеси, що відносяться виключно до психогеній. При цьому маємо констатувати, що різні психотерапевтичні підходи виконують так чи інакше важливі у психологічному відношенні функції, сприяючи емоційному відреагуванню, переключенню уваги, приміром, з домінанти соматичного страждання на особистісні ресурси пацієнта, так само як і розширюють діапазон особистісної свідомості в її мотиваційно-смислових, мотиваційно-цільових і рефлексивних аспектах.

На підставі врахування значущості особистості пацієнта і специфіки власне психотерапевтичного впливу – зокрема, при соматогеніях, медичним психологам рекомендується діяти в тісній співпраці з лікарями-клініцистами, пам’ятаючи про те, що тільки справді цілісний на ділі, а не на словах, підхід до пацієнта в ситуації хронічного захворювання забезпечує реально оптимальні умови для його адаптації і видужання у повному розумінні цього слова. При цьому можуть і мають ставитися завдання нарощування рівня осмислення свого життя, створення психологічних умов для цілепокладання, з’ясування трансцендентних координат орієнтації особистості у світі – аж до проектування бажаного майбутнього тощо. Вибудовуючи діалог з конкретною людиною, маючи на меті її смислогенез, психолог тим самим опредмечує, матеріалізує її віртуальні фантазії у конкретні плани і програми життя, приохочує її до психологічного аналізу соціальних, економічних, смислових й особистісних наслідків конкретних рішень та їх реалізації. В процесі такої роботи психолог здійснює вибір ідеальних зразків постатей з культури людства, які можуть слугувати людині своєрідними орієнтирами і водночас опорою на складному шляху до того, якою має стати ця людина – жива і неповторна у життєвих випробуваннях. Слід підкреслити, що саме образ ідеальної, референтної постаті, ідентифікація з якою виступає проміжним, але важливим моментом життєствердження особистості є в сучасній психотерапії окремою дослідницькою проблемою. Саме у розкритті механізмів вільного внутрішнього діалогу особистісного «Я» з різними іпостасями себе, у вивільненні свого потенціалу суб’єктності і криється неабиякий потенціал психологічної науки в її прикладному застосуванні задля здійснення місії подолання широкого коло особистісних проблем, породжених, зокрема, соматогеніями.

**У перспективі дослідження** – подальше вивчення викликаних певним соматичним захворюванням психоемоційних станів і зумовлених ними нейропсихологічних механізмів та властивостей психічної діяльності. Адже вторинні невротичні утворення, знижуючи якість життя, не тільки деформують саму особистість, а здатні деструктвно впливати і на саму психосоціальну ситуацію пацієнта – як у мікро, та і у макромасштабах.

Доцільним є і з’ясування конкретних способів психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на подолання соматогеній та інших вторинних невротичних розладів у пацієнтів різної особистісної типології та у зажежності від характеру захворювання.

**Список використаних джерел**

1. Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии / В. А. Абабков. – СПб.: Изд. СПбГУ, 1998. – 76 с.
2. Абрамова Г.С. Психология в медицине: учебное пособие / Г. С. Абрамова Ю. А. Юдчиц. – М.: ЛПА: Кафедра-М, 1998. – 272 с.
3. Адлер А. Понять природу человека /А. Адлер; [пер. с англ.]. – СПб. : Академический Проект, 2000. – 256 с.
4. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологи / А. Адлер; [пер. с англ.]. – М. : Фонд «За экономическую грамотность», 1995. – 96 с.
5. Айвазян Т. А. Изучение диагностических возможностей цветового теста у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев, И. А. Таравкова // Психологический журнал. – 1989. – Т.10. – № 3. – С. 106–110.
6. Айви А. Е. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство / А. Е. Айви, М. Б. Айви, Л. Саймэк-Даунинг. – М. : Психотерапевтический колледж, 2000. – 487 с.
7. Албантова К. А. Депрессивные состояния, коморбидные кардионеврозы [Електронний ресурс] / К. А. Албантова, К. В. Григорьева // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – N 1. – Режим доступу до журналу: <http://www.consilium-medicum.com/article/19642> - Назва з екрану.
8. Александер Ф. Психосоматическая медицина : принципы и применение / Ф. Александер; [пер. с англ.] – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2004. –

334 с.

1. Александров А. А. Психотерапия: Учебное пособие. / А. А. Александров. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
3. Алексейчик А. Е. Библиотерапия / А.Е. Алексейчик // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. – Ташкент : Медицина, 1985. – С. 304–319.
4. Аммон Г. Психосоматическая терапія / Г. Аммон. – СПб., 2000. – 238 с.
5. Амосова К. М. Використання психотерапії в комплексному лікуванні та реабілітації ревматологічних хворих / К.М. Амосова, С.А. Самар, Д.М. Вінніков та співавт // Питання діагностики та лікування. – К., 1995. – С. 83.
6. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – Л. : ЛГУ, Ленингр. гос. ун-т им. А. А. Жданова, Фак. психологии, 1969. – 339 с.
7. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья: учебное пособие / В.А. Ананьев. – СПб. : Балтийская пед. академия, 1998. – 146 с.
8. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т.15. – №1. – С. 3–19.
9. Артюхова М. Г. Депрессия и тревога у кардиологических больных [Електронний ресурс] / М. Г. Артюхова // Русский медицинский журнал. 2008. – № 12. – С. 1724 – 1727. – Режим доступу до журналу : <http://www.wfw.rmj.ru/articles_6020.htm> – Назва з екрану.
10. Аршава И. Ф. Психологический аспект сахарного диабета: проблемы и перспективы / И.Ф. Аршава, Я.Р. Аминева // Международный медицинский журнал. – 2011. – №4. – С. 6–9.
11. Аршава І. Ф. Аспекти імпліцитної діагностики емоційної стійкості людини : моногр. / І. Ф. Аршава, Е. Л. Носенко // М-во освіти і науки України, Дніпропетр. нац. ун-т ім. О. Гончара. – Д.: Вид-во ДНУ, 2008. – 467 с.
12. Асаджоли Р. Психосинтез / Р. Асаджоли; [Пер. Хомик А.П.]. – М. : Психотерапия. – 2008. – 384 с.
13. Бабич В. В. Психотерапія у комплексному лікуванні розладів адаптації у хворих з гострим інфарктом міокарду : автореф. дис. канд. мед. наук: спец. 14.01.16 / В. В. Бабич; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2008. – 20 с.
14. Бассин Ф. В. Психическая травма (к современному пониманию ее природы и общих принципов ее психотерапии) / Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова // Руководство по психотерапии. – Ташкент : Медицина, 1979. – С. 24–43.
15. Бастиаанс Я. Вклад психоанализа в психосоматическую медицину [Електронний ресурс] / Я. Бастиаанс // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – №3. – Режим доступу до журналу : <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=3002> – Назва з екрану.
16. Бауманн У. Клиническая психология / У. Бауманн, М. Перре; [пер. с нем. А.Желнин и др.]. – [2-е междунар. изд.] – СПб. : Питер, 2003. – 1312 с.
17. Бачериков Н. Е. Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков, К.В. Михайлова, В.Л. Гавенко и соавт. – К.:Здоровье, 1989. – 512 с.
18. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец. – М. : Медицина, 1976. – 176 с.
19. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернc. – М., 2006. – 421 с.
20. Блюм Г. Психоаналитические теории личности / Г. Блюм. – М., 2008. – 298 с.
21. Бодалев А. А. Общая психодиагностика / А.А. Бодалев, В.В. Столин. – Спб. : Речь, 2000. – 440 с.
22. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. «COPING STRESS» и теоретические подходы к его изучению / В. А. Бодров // Психол. журнал. –2006. – Т. 27. – № 1. – С. 122–133.
23. Бондаренко А. Ф. Анализ обращений за психологической помощью. [Електронний ресурс] / А. Ф. Бондаренко, Н. А. Кучеровская, Н. К. Лопушанская // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 5. – Режим доступу до журналу : <http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_5_10/nomer/nomer09.php> - Назва з екрану.
24. Бондаренко А. Ф. Профессиональное сознание постсоветских психологов Украины / А. Ф. Бондаренко // Вестник Ассоциации психиатров Украины. – 2007. – №1–2 (36–37). – С. 96–107.
25. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика / А.Ф. Бондаренко. – М.: Класс, 2001. – 336 с.
26. Братусь Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 2008. – 302 с.
27. Браун Д. Введение в психотерапию: принципы и практика психодинамики / Д. Браун, Дж. Педдер. – М., Класс, 1998. – 224 с.
28. Брегадзе А. А. Специфический метод познания человека. Понимание. Перспективы человека в глобализирующемся мире / А. А. Брегадзе. – СПб. : Санкт-Петербургское философское общество, 2003. – С.21–31.
29. Булюбаш И. Д. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы / И. Д. Булюбаш, И. Н. Морозов, М. С. Приходько. – Самара : Издательский Дом «Бахрах-М», 2011. – 272 с.
30. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно. – [2-е изд.] – М. : Академический проект, 2006. – 800 с.
31. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением / М.Е. Бурно – М. : Академический проект, 2006. – 432 с.
32. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта / Дж. Бьюдженталь. – СПб. : Питер, 2001. – 304 с.
33. Вагнер Э. Психотерапия как наука, отличная от медицины. Психотерапия - новая наука о человеке / Э. Вагнер. – Екатеринбург; М. : Академический проект, 1999. – С. 249–280.
34. Вартегг Э. Уровневая диагностика личности. Рисуночный тест Вартегга / Э Вартегг, В.К. Калиненко. – М. : Смысл, 2006. – 239 с.
35. Васильєва Г. Ю. Невротичні та неврозоподібні розлади у хворих на хронічні соматичні захворювання і принципи їхнього лікування в амбулаторній загальномедичній практиці: Автореф. дис. канд. мед. наук: спец. 14.01.16 / Г. Ю. Васильєва; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Х., 2004. – 20 с.
36. Василюк Ф. Е. Культурно-антропологические условия возможности психотерапевтического опыта / Ф. Е. Василюк // Культурно-историческая психология. – 2007. – №1. – C. 80–92.
37. Василюк Ф. Е. Психология переживания (Анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М. : Изд. Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
38. Вассерман Л. И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика /Л. И. Вассерман, В. А. Абабков, Е. А. Трифонова. – СПб. : Речь, 2010. – 192 с.
39. Вельвовский И. З. Психотерапия в клинической практике / И. З. Вельвовский, Н. К. Липгарт, Е. М. Багалей и соавт. – К. : Здоров'я, 1984. – 160 с.
40. [Визель](http://www.ozon.ru/context/detail/id/7309769/#tab_person) Т. Г. Нейропсихологическое блиц-обследование: тесты по исследованию высших психических функций / Т.Г. Визель. – Москва : Сфера; В. Секачев, 2007. – 27 с.
41. Винникотт Д. В. Игра и реальность / Д. В. Винникотт. – М., Институт общегуманитарных исследований, 2008. – 240 с.
42. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование / В.В. Николаева. – М. : Изд-во МГУ, 1987 . – 178 с.
43. Воробйов В. В. Психологічні й сексуальні чинники в ґенезі мастопатії та їх психокорекція : автореф. дис. канд. мед. наук: спец. 19.00.04 / В.В. Воробйов; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти МОЗ України. – Х., 2009. – 20 с.
44. Вороненко Ю.В. (ред.) Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник. / Ю.В. Вороненко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 332 с.
45. Воронов М. Психосоматика: Практическое руководство / М. Воронов. – К. : Ника-Центр, 2004. – 256 с.
46. Воропаев Е.П. «Ценностные ориентации» Шварца и «Цветовые предпочтения» Люшера: возможности соотнесения / Е.П. Воропаев , В.А. Мединцев // Журнал практикующего психолога. – 2011. – Вып.18. – С. 102–117.
47. Галецька І. І. Самоефективність у структурі соціальної адаптації / І. І. Галецька // Вісн. Львів. ун-ту. Сер. філос. науки. – 2003. – С. 138–149.
48. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. – М. : Медицинская книга, 2007. – 124 с.
49. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии / С. Гарфилд. – СПб. : Питер, 2003. – 256 с.
50. Гаськов В. С. Психотерапия у больных гипертонической болезнью с учетом ведущих репрезентативных каналов / В. С. Гаськов // Український вісник психоневрології. – 1995. – Т.3, вип. І. – С. 166–167.
51. Гиндикин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение) / В. Я.Гиндикин. – М. Триада-Х, 2000. – 256 с.
52. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М. : Практика, 1999. – 459 с.
53. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Практическая онкология. 2001 – №1 (5). – С. 5–13.
54. Гончаров В. Е.Возможности использования данных клинических шкал при разграничении психических расстройств различного генеза / В. Е. Гончаров **//** Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2011. – №1 (26). – С. 38–41.
55. Грановская P. M. Система психологической защиты и копинг-стратегии / P. M. Грановская // Психология совладающего поведения : материалы Междунар.науч.-практ. конф. / отв. ред.: Е. А. Сергиенко, Т. Л. Крюкова. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2007. – С. 26–28.
56. Грінвальд С. Г. Клініко-психофеноменологічна та медико-психологічна характеристика клінічних ефект-синдромів : автореф. дис. канд. мед. наук: спец. 19.00.04 / С.Г. Грінвальд; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти МОЗ України. – Х., 2010. – 20 с.
57. Гройсман А. Л. Медицинская психология : лекции для врачей слушателей курсов последипломного образования / А. Л. Гройсман. – М. : Магистр, 2002. – 452 с.
58. Групповая психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. – М., 1990. – 384 с.
59. Данилевский Н. Я. Россия и Европа. / Н.Я. Данилевский. – М. : ТЕРРА – Книжный клуб, 2008. – 704 с.
60. Джеймс У. Многообразие религиозного опыта / У. Джеймс; [Пер. с англ.]. – М. : Наука, 1993. – 432 с.
61. Джеймс У. Прагматизм: Новое название для некоторых старых методов мышления / У.Джеймс – М. : Книга по Требованию, 2012. – 244 с.
62. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности / О. П. Елисеев. – СПб. : Питер, 2001. – 560 с.
63. Ереванская декларация о последовательном продвижении принципов доказательной медицины, 2012 [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <http://www.ukr.net/news/erevanskaja_deklaracija_o_posledovatelnom_prodvizhenii_principov_dokazatelnoj_mediciny-17147745-1.html> - Назва з екрану.
64. Ермошин А. Ф. Вещи в теле. Психотерапевтический метод работы с ощущениями / А. Ф. Ермошин. – М. : Независимая фирма “Класс”, 1999. – 320 с.
65. Завьялов В. Ю. Необъявленная психотерапия / В. Ю. Завьялов. – М. : Академический Проект, Екатеринбург : Деловая книга, 1999. – 250 с.
66. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков / А. И. Захаров. – Л. : Медицина, 1988. – 248 с.
67. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1986. – 287 с.
68. Исурина Г. Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции / Г. Л. Исурина // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л. : Медицина, 1983. – С. 231–255.
69. Ільченко О. І. Розуміння психічних особливостей соматично хворих – об’єктивний засіб поліпшення здоров’я людей у практичній діяльності лікаря / О І. Ільченко // Педагогіка і психологія. – 2001. – №4. – С. 30–37.
70. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – Л. : Медицина, 1983. – 312 с.
71. Каніщев А. В. Принципи психотерапії психосоматичних порушень / А. В.Каніщев // Актуальні питання розвитку сучасної психіатрії в дослідженнях молодих вчених : матеріали конференції молодих психіатрів Харківської медичної академії післядипломної освіти. – Харків, 2003. – С. 31–32.
72. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Д. Сэдок. – М. : Медицина, 1994. – Т. 1. – 670 с.
73. Карвасарский Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. – [Изд-е 5е испр. и доп.]. – М., 2008. – 573 с.
74. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский. – М. : Питер. – [4-е изд.] – 2011. – 864 с.
75. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1985. – 303 с.
76. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / сост. Дж.Э.Купер; под ред. Дж.Э.Купера / [Пер. с англ. Д. Полтавца]. – К. : Сфера, 2000. – 464 с.
77. Келли Дж. Теория личности : Психология личностных конструктов / Дж. Келли. – СПб. : Речь, 2006. – 249 с.
78. Кербиков О. В. Избранные труды / О. В. Кербиков. – М. : Медицина, 1980. – 448 с.
79. Кербиков О. В. К учению о динамике психопатий / О. В. Кербиков // Избранные труды / О. В. Кербиков. – М. : Медицина, 1971. – С. 163–187.
80. Кернберг Отто Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / Отто Ф. Кернберг; [пер. с англ. М.И. Завалова]. – М. : Класс, 2001. – 464 с.
81. Кискер К. П. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К. П. Кискер, Г. Фрайбергер и соавт. – М., 1999. – С.117–118.
82. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык. – М. : Наука, 1983. – 168 с.
83. Клевцов Д. А. Психотерапия, в зависимости от типа личности клиента [Електронний ресурс] / Д. А. Клевцов. – 2011. – Режим доступу до статті : <http://www.b17.ru/article/3057/> - Назва з екрану.
84. Климчук В. О. Опитувальник внутрішньої мотивації / В. О. Климчук // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2006. – №12 (37). – С. 71–76.
85. Клиническая психиатрия / Н. Е. Бачериков, К. В. Михайлова, В. Л. Гавенко и соавт ; под ред. Н. Е.Бачерикова. – К. : Здоровье, 1989. – 512 с.
86. Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2006. – 960 с.
87. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманн. – СПб. : Питер, 2007. – 940 с.
88. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / В. А. Абабков, А. В. Васильева, Б. А. Казаковцев и соавт ; под ред. Н. Г.Незнановой, Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2008. – 528 с.
89. Кондрашенко В. Т Общая психотерапія : рук. для врачей / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, С. А. Игумнов. – [4-е изд., перераб. и доп.] – Минск : Выш. шк., 1999. – 524 с.
90. Консторум С. И. Опыт практической психотерапии / С. И. Консторум. – [Изд-е 3-е, стреотипное.] – М. : Медицинская книга; Анима-Пресс, 2010. – 172 с.
91. Копьев А. Ф. Между свободой и необходимостью: к методологии краткосрочного психологического консультирования / А. Ф. Копьев // Вопросы психологии. – 1996. – №4. – С. 44–54.
92. Корнієнко В. В. Специфіка формування особистості осіб із фізичними вадами / В. В. Корнієнко, І. Ф. Аршава // Медицинская психология : науч.-практ. журн. / ХМАПО, Харьк. мед. об-во. – Х., 2011. – №.2 – С. 13–16.
93. Короленко Ц. П. Социодинамическая психиатрия / Ц. П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М. : Академический Проект, Екатеринбург : Деловая книга, 2000. – 460 с.
94. Коростий В. И. Место психотерапии в комплексном лечении непсихотических психических расстройств у больных с психосоматическими заболеваниями / В. И. Коростий // Медицинская психология : науч.-практ. журн. / ХМАПО, Харьк. мед. о-во. – Х., 2009. – №2/3. – С. 139-141.
95. Коростий В. И. Механизмы психологической защиты, алекситимия и агрессия у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями: патогенетическая роль и подходы к психотерапии / В.И. Коростий // Медицинская психология : науч.-практ. журн. / ХМАПО, Харьк. мед. об-во. – Х., 2011. – №3. – С. 19–21.
96. Коростий В. И. Непсихотические психические расстройства и психологические факторы, влияющие на физическое состояние, у пациентов молодого возраста с психосоматической патологией / В. И. Коростий // Международный медицинский журнал. – 2011. –Т.17. – №3. – С.13–17.
97. Коростий В. И. Эмоциональные расстройства у пациентов молодого возраста с психосоматическими заболеваниями: клинико-психопатологическая структура и дифференцированная коррекция / В И. Коростий // Медицинская психология : науч.-практ. журн. / ХМАПО, Харьк. мед. об-во. – Х., 2011. – №4. – С. 37–40.
98. Корягин Ю. А. Работа психотерапевта в отделении реабилитации кардиологических больных / Ю. А. Корягин, А. И. Рашевский // Вопросы клинической и социальной психологии и психиатрии : тез. докл. – Днепропетровск, 1996. – С. 93–94.
99. Корягин Ю. А. Система психотерапии в комплексе реабилитации кардиологических больных / Ю. А. Корягин, А. И. Рашевский, А. И. Феденко // Вопросы клинической и социальной психологии и психиатрии : тез. докл. – Днепропетровск, 1996. – С. 94–95.
100. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности / Х. Кохут. – М. : Когито-Центр, 2003. – 308 с.
101. Кохут Х. Интроспекция, эмпатия и психоанализ: исследование взаимоотношений между способом наблюдения и теорией / Х. Кохут // Антология современного психоанализа : в 2 т. – Под ред. А. В. Рассохина. – М. : Ин-т психологии РАН, 2000. – Т.1. – С. 282–299.
102. Кочарян А. С. Рефлексия клиентцентрированной психотерапии // Психотерапия. – 2010. – №10 (94). – С.76–80.
103. Кочарян А.С. Личность больных невротическими расстройствами: полоролевой аспект / Е. В. Сапрыкина, А. В. Сапрыкин; Д. П. Топалов; И. П. Лапин; Ю. А. Демин // Международный медицинский журнал –2002. – № 2. – С. 67–70.
104. Кочарян А. С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии / А. С.Кочарян // Психологічне консультування і психотерапія. – 2014. – № 1-2. – С. 24–36.
105. Кочарян А. С. Эффективность методик психодиагностики сложных многоуровневых психологических образований (на примере симптомокомплекса маскулинности (фемининности) / А. С. Кочарян  // Журнал практикующего психолога – 2010. – Вып. 17. – С. 163–174.
106. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М. : Академический проект, 1999. – 240 с.
107. Крайніков Е. В. Особистісні особливості хворих, які перенесли інфаркт міокарда із зупинкою кровообігу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.04 / Е. В. Крайніков, КНУ ім. Т. Г. Шевченка. – К., 1999. – 18 с.
108. Кречмер Э. Медицинская психология / Э. Кречмер. – М. : Союз. – 1998. – 464 с.
109. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / під ред. Б. В. Михайлова, С. І. Табачнікова, О. К. Напреєнка, В. В. Домбровської // Новини української психіатрії. – Харків, 2003. – Режим доступу до журналу : <http://www.psychiatry.ua/books/criteria>. – Назва з екрану.
110. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения / Т. Л. Крюкова. – Кострома : КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – 296 с.
111. Кудінова О. І. Особливості порушень психічної сфери у хворих на ішемічну хворобу серця і соматоформну вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи / О. І. Кудінова // Медицинская психология : науч.-практ. журн. / ХМАПО, Харьк. мед. о-во. – Х., 2011. – №3. – С. 57–59.
112. Кулаков С. А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств / С. А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2007. – 294 с.
113. Кули Ч. Человеческая природа и социальный порядок / Ч. Кули. – М. : Идея-Пресс, 2000. – 312 с.
114. Лакосина Н. Д. Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение: монография / Н. Д. Лакосина, М. М. Трунова. – М. : Медицина, 1994. – 192 с.
115. Лебедев В. И. Личность в экстремальных ситуациях / В. И. Лебедев. – М. : Политиздат, 1989. – 304 с.
116. Лейбин В.М. Словарь-справочник по психоанализу/ В.М. Лейбин. – СПб. : Питер, 2001. – 688 с.
117. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – К., 2001. – 390 с.
118. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – М. : Смысл; Издательский центр «Академия», 2005. – 352 с.
119. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения : в 2 т. / А. Н. Леонтьев. – М. : Педагогика, 1983. – Т.1 – 391 с.
120. Леонтьев Д. А. Личностный потенциал как основа самодетерминации / Д. А. Леонтьев // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ. Выпуск 1 / под общ. ред. Б. С. Братуся, Д. А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2002. – С. 56–65.
121. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика / Д. А. Леонтьев. – М. : Смысл, 2007. – 512 с.
122. Линде Н. Д. Основы современной психотерапии : учеб. пособие для студ., обуч. по направл. и спец.психологии / Н. Д. Линде. – М. : Академия, 2002. – 208 с.
123. Литвак М. Е. Бинтование душевных ран или психотерапия? / М. Е. Литвак, М. О. Миревич, Е. В. Золотухина-Аболина. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2010. – 320 с.
124. Личко А. Е*.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – СПб. : Речь, 2010. – 256 с.
125. Любан-Плоцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. – СПб., 1994. – 245 с.
126. Люшер М. Оценка личности посредством выбора цвета. Цветовой личностный тест : практическое пособие / М. Люшер, В. В. Драгунский. – Минск : Харвест, 1999. – 448 с.
127. Магомед-Эминов М. Ш. Психопатология смысла / М. Ш. Магомед-Эминов // Психологи о мигрантах и миграции в России : Информационно-аналитический бюллетень. – 2001. – № 2. – С. 44–63.
128. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ / С. Мадди. – СПб. : Речь, 2002. – 539 с.
129. Мазур Е. Личность психотерапевта и психолога [Електронний ресурс] / Е. Мазур // Психологический навигатор. – Режим доступу до статті : <http://www.psynavigator.ru/articles.php?code=110> – Назва з екрану.
130. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии / В. В. Макаров. – М. : Академический Проект, Екатеринбург : Деловая книга, 1999. – 416 с.
131. Макаров В. В. Психотерапия нового века / В. В. Макаров. – М. : Академический Проект, 2001. – 496 с.
132. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. – М. : Класс, 1998. – 480 с.
133. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А. Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – №1. – С. 16–24.
134. **Максименко К. С.** Истоки и современное состояние личностно-ориентированной психотерапии украинской психотерапевтической школы / К.С. Максименко // **Наука і освіта : науково-практичний журнал.** – **Одеса. – 2014.** – **№ 9. – С. 137–143.**
135. **Максименко К. С.** Личностно-ориентированная терапия эмоциональных расстройств при соматогениях / К. С. Максименко. – **К. : Издательский Дом “Слово”, 2015 – 352 с.**
136. **Максименко К. С. Методология и психотехника реконструкции личностного “Я” в клинике заболеваний различного спектра** [Электронный ресурс] / К. С. Максименко // **Психология и право. Московский городской психолого-педагогический университет, портал психологических изданий Psyjournals.ru. – 2014. – №2. – Режим доступа :** <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2014/n2/69868.shtml> **– Загл. с экрана.**
137. Максименко К. С. Проблема психотерапии личности при психосоматических и хронических (инвалидизирующих) заболеваниях в украинской медицинской психологии последнего двадцатилетия (нем.) / К. С. Максименко // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць КПНУ ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2013. – Вип.19. – С. 390–403.
138. Максименко К. С. Роль этиологии в понимании психических нарушений, связанных с болезненными состояниями человека / К. С. Максименко // **Психогенеза особистості: норма і девіація :** зб. наук. ст. – Луцьк, 2014. – С. 220.
139. Максименко К. С. Технология эмпирического исследования возможностей личностно-ориентированной психотерапии в клинике гастро-энтерологической группы / К. С. Максименко // Психологічні перспективи. – Луцьк, 2014. – Вип. 24. – С. 217–227.
140. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості / С. Д. Максименко. – К. : КММ, 2006. – 240 с.
141. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим : навчальний посібник / С. Д.Максименко, Н. Ф. Шевченко. – К. : Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007. – 115 с.
142. Маленова А. Ю. Особенности и личностные детерминанты копинг- поведения в ситуациях оценивания (на примере ситуации экзамена) : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. псих, наук: спец. 19.00.01. «Загальна психологія, історія психології» / А.Ю. Маленова. – Краснодар, 2007 – 24 с.
143. Маркова М. В. Вплив медико-психологічного супроводу на динаміку психоемоційного стану підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи на етапі стаціонарного лікування / М. В.Маркова, Н. Ю. Веньовцева // Медична психологія. – 2014. – №2 (34) – С. 69–73.
144. Маркова М. В. Хронічний панкреатит – як модель соматичної хвороби з психотравматичними наслідками / М. В.Маркова, Н. В. Кутова // Український вісник психоневрології. : тези науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні підходи до діагностики, терапії та реабілітації посттравматичних стресових розладів» 28- 29.05.2015 р., м. Харків. – Х., 2015. – Т. 23, вип. 2 (83). – С. 111–112.
145. Маркова М. В. Вплив тяжкого соматичного захворювання на сім’ю хворого (погляд крізь призму психоонкології) / М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська // Таврический журнал психиатрии. – 2014. – Т. 18, № 4 (69). – С. 21–25.
146. Маркова М. В. Внутриличностные и поведенческие паттерны родителей детей с онкологической патологией в контексте состояния их семейного взаимодействия / М. В.Маркова, О. В. Пионтковская, Н. В. Пискунова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – № 3 (13). С. 45–53.
147. Маркова М. В. Медична психологія : навч. посіб. / М. В.Маркова, Н. Г. Пшук, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан. – Вінниця : Вид-во ФОП Горбачук, 2010. –135 с.
148. Марущак О. С. Качество жизни пациентов с различными стадиями хронической обструктивной болезни легких : автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.43 / О. С. Марущак; Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования (г. Челябинск). – Самара, 2009. – 20 с.
149. Медична психологія : підручник / К. С. Максименко, **С. Д. Максименко, Я.В.**Цехмістер, І.А. Коваль.  **– К. : Видавничий дім “Слово”, 2014.** – **520 с.**
150. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие / В. Д. Менделевич. – [5-е изд.] – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
151. Менделевич В. Д. Неврозология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С.Л. Соловьёва. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
152. Менделевич В. Д. Психотерапия «здравым смыслом» / В. Д. Менделевич, Д. А. Авдеев, С. В. Киселев. – Чебоксары, 1992. – 76 с.
153. Мид Дж. Г. Избранное : сб. переводов / Дж. Г. Мид / РАН ИНИОН. Центр социал. научн.-информ. исследований. Отд. социологии и социал. психологии; сост. и переводчик В. Г. Николаев. Отв. ред. Д. В. Ефременко. – М., 2009. – 290 с.
154. Михайлов Б. В. Особенности внутренней картины болезни, ценностно-ориентационной сферы и системы отношений у больных хроническим алкоголизмом с различной установкой на лечение [Електронний ресурс] / Б. В. Михайлов, А. И. Минко, Г. А. Мусиенко, А. А. Сердюк // Новости украинской психиатрии. – Харьков, 2002. – Режим доступу до журналу : <http://www.psychiatry.ua/articles/paper060.htm> – Назва з екрану.
155. Михайлов Б. В. Принципи побудови підготовки фахівців для лікування хворих на соматичні та психічні розлади / Б. В. Михайлов, І. В. Романова, Г. П. Андрух та співавт. // Медицинская психология : науч.-практ. журн. / ХМАПО, Харьк. мед. об-во. – Х., 2011. – № 4. – С. 65–66.
156. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине : клиническое руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев ; под общ. ред. Б. В. Михайлова. — Харьков : Прапор, 2002. – 128 с.
157. Михальский А. И. Оценка динамики заболеваемости ликвидаторов по результатам ежегодных обследований / А. И. Михальский, В. К. Иванов, М. А. Максютин, В. Моргенштерн // Радиация и риск. – 1996. – №8. – С. 38–46.
158. Мороз С. М. Психопатологія і патопсихологія інвалідності внаслідок соматичних захворювань (феноменологія, механізми формування, принципи соціальної реабілітації) : автореф. дис. д-ра мед. наук: спец. 19.00.04 / С. М. Мороз; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Х., 2010. – 39 с.
159. Моросанова В. И. Самоосознание и саморегуляция поведения / В. И. Моросанова, Е. А. Аронова. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. – 213 с.
160. Муллан Б. Психотерапевты о психотерапии / Б. Муллан. – М. : Независимая фирма “Класс”, 1999. – 480 с.
161. Мэй Р. Искусство психологического консультирования / Р. Мэй. – М. : Республика, 1994. – 144 с.
162. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 426 с.
163. Мясищев В. Н. Психология отношений. Избранные психологические труды / В. Н. Мясищев. – М.; Воронеж, 1998. – 362 с.
164. Нартова-Бочавер С. К. "Coping behavior" в системе понятий психологии личности / С. К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. –1997. – Т. 18, №5. – С. 20–30.
165. Невротичні, соматоформні розлади та стрес : навч. посіб. / Л. М. Юр’єва та ін.; за ред. д-ра мед. наук, проф. Л. М. Юр’євої ; Центр. метод. каб. з вищ. мед. освіти МОЗ України, Дніпропетр. держ. мед. акад. – Д. : АРТ-ПРЕС, 2006. – 116 с.
166. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс – СПб. : Питер, 2000. – 464 с.
167. Нетяженко В. З. Лікування бронхіальної астми в практиці лікаря-інтерніста // Укр. пульмонолог. журн. – 2000. – № 2, дополнение. – С. 27–28.
168. Нетяженко В. З. Помірні когнітивні порушення: актуальність проблеми, визначення, особливості проявів при артеріальній гіпертензії  / В. З. Нетяженко, О. М. Плєнова, В. В. Таранчук // Науковий вісник Національного мед. ун-у імені О.О. Богомольця. – К., 2011. – №2. – С. 85–90.
169. Николаев Е. Л. Психотерапия в контексте культуры. Статья вторая: этнокультуральные детерминанты психотерапевтического процесса / Е. Л. Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2006. – №2. – С. 45–76.
170. Носачев Г. Н. Направления, виды, методы и техники психотерапии : в 2-х т. / Г. Н. Носачев. – Самара : Парус, 1998. – Т. 1. – Т. 2. – 296 с.
171. Обухов Я. Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний / Я. Л. Обухов ; Рос. мед. акад. последиплом. образования МЗ Рос. Федерации. – М., 1997. – 33 с.
172. Орлов А. Б. Психотерапия в процессе рождения / А. Б. Орлов // Психология. – 2006. – №1. – C. 82–96.
173. Ошаев С. А. Особенности психологических защит у больных с ПТСР / С. А. Ошаев // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии / под ред. акад. РАМН, проф. В.Я. Семке – Томск : Изд-во Томского ун-та, 2003. – Вып. П. – С. 74–76.
174. Павлов И. С. Психотерапия в практике: технология психотерапевтического процесса / И. С. Павлов. – М. : Академический проект; Культура, 2012. – 512 с.
175. Паттерсон С. Теории психотерапии / С. Паттерсон, Э. Уоткинс . – [5. изд.] – Санкт-Петербург и др. : Питер, 2003. – 543 с.
176. Петренко В. Ф. Психосемантика сознания / В. Ф. Петренко. – М. : МГУ, 1998. – 205 с.
177. Попов Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – СПб. : Речь, 2000. – 400 с.
178. Практикум по психологии состояний : учебное пособие / ред. А. О. Прохоров. – СПб. : Речь, 2004. – 480 с.
179. Простомолотов В. Ф. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, профилактика) : руководство для психологов и врачей / В. Ф. Простомолотов. – Одесса : КП ОГТ, 2007. – 296 с.
180. Прохоров А. О. Психология неравновесных состояний / А. О. Прохоров. – М. : Ин-т Психологии РАН, 1998. – 152 с.
181. Прохоров А. О. Системно-функциональная модель регуляции психических состояний / А. О. Прохоров // Психология психических состояний : сб-к статей / под ред. проф. А. О. Прохорова. – Казань : Центр инновационных технологий, 2002. – Вып. 4. – С. 6–24.
182. Прохоров А. О. Системный анализ психического состояния состояний / А. О. Прохоров // Психология состояний. Хрестоматия / Составители Т. Н. Васильева и соавт ; под ред. проф. А. О. Прохорова. – М. : ПЕР СЭ; СПб. : Речь, 2004. – С. 141–153.
183. Психиатрическая клиника : учебное пособие для студентов и врачей-интернов / под. ред. профессора В.П. Самохвалова. – Симферополь, 2003. – 608 с.
184. Психосоматичні розлади. Психотерапія : Наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 30 вересня – 1 жовтня 2005 р. / Буков. держ. мед. ун-т; [Редкол.: Пішак В.П. та ін.]. – Чернівці, 2005. – 148 с.
185. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб. : Питер, 2000. – 1024 с.
186. Психотерапия – что это? Современные представления / Под ред. Дж. К. Зейга и В. М. Мьюниона; [Пер. с англ. Л. С. Каганова.] – М. : Независимая фирма “Класс”, 2000. – 432 с.
187. Психотерапия: психологические модели / Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – СПб. : Питер, 2008. – 324 с.
188. Психотерапия : учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [2-е изд.] – СПб. : Питер, 2002. – 672 с.
189. Психотерапия : учебник для вузов / Л.Бурлачук, А. Кочарян, М. Жидко. – СПб. : Питер, 2003. – 472 с.
190. Пушкарева Т. Н. К вопросу о развитии клинического психоанализа и психоаналитической психотерапии в Украине / Т. Н. Пушкарева // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 1 (40). – С. 98–103.
191. Роджерс К. О групповой психотерапии / К. Роджерс. – М. : Гиль- Эстель, 1993. – 224 с.
192. Роджерс К. О становлении личности. Психотерапия глазами психотерапевта / К. Роджерс. – М. : Прогресс, 1994. – 480 с.
193. Рожнов В. Е. Лекции по психотерапии / В. Е. Рожнов. – М., 1971.
194. Романин А. Н. Основы психотерапии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А. Н. Романин. – М. : Издательский центр «Академия», 1999. – 208 с.
195. Романов А. А. Интерсубъективный подход в психоанализе: историко-теоретический экскурс [Електронний ресурс] / А. А. Романов // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2011. – №1. – Режим доступу до журналу : [http://psyjournal.ru/psyjournal/autors/detail.php?ID=2445](http://psyjournal.ru/psyjournal/autors/detail.php?ID=2157). <http://www.psihoterapevt.od.ua/articles/terapevticheskie/intersubjective_psychoanalysis.html> – Назва з екрану.
196. Рослякова В. А. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у больных с опухолями челюстно-лицевой области / В.А. Рослякова // Медицинская психология. – 2012. – №.1 – С. 85–88.
197. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание / С. Л. Рубинштейн. – М., 1957. – 264 с.
198. Рубинштейн С. Л. Человек и мир / С. Л. Рубинштейн. – М. : Наука, 1997. – 191 с.
199. Рудестам К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. – М. : Прогресс, 1990. – 367 с.
200. Руднев В. П. Миф психотерапии / В. П. Руднев // Психология. – 2006. – №1. – C. 97–102.
201. Руководство по психиатрии: в 2 т. / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и соавт ; под ред. А. С. Тиганова. – Т.2. – М. : Медицина, 1999. – 784 с.
202. Руководство по психотерапии / под ред. В. Е. Рожнова. – [3-е изд., доп. и перераб.] – Т. : Медицина, 1985. – 719 с.
203. Савенко Ю. С. «Психиатрическая» и «психологическая» психотерапия – путь к единству / Ю. С. Савенко // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 4. – С. 5–9.
204. Саймонтон К. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни / К. Саймонтон, С. Саймонтон. – СПб. : Питер. – 2002.
205. Салливан Г. С. Интерперсональная теория психиатрии / Г. С. Салливан; [пер. с англ.]. – СПб., 1999. – 347 с
206. Самара О. Е. Гендерные особенности копинг-стратегий у работников МЧС / О. Е. Самара // Медична психологія. – 2009. – № 2-3. – С. 115–119.
207. Самушия М. А. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы / М. А. Самушия, И. В. Зубова // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 24–29.
208. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапія : практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2007. – 592 с.
209. Сарвір І. М. Анксіозні стани в структурі гіпертонічної хвороби та їх психотерапевтична корекція : автореф. дис. канд. мед. наук: спец. 14.01.16 / І.М. Сарвір. – Харків, 2004. – 20 с.
210. Саркоидоз: от гипотезы к практике / под ред. А.А. Визеля. – Казань : Издательство «ФЭН», Академия наук РТ, 2004. – 348 с.
211. Сафронов А. Психотерапия и личность терапевта (доклад) [Електронний ресурс] / А. Сафронов // Psyhonauka. Info : материалы по психологии. – 2010. – Режим доступу до статті : <http://psyhonauka.ru/articles/doc-1064.html> – Назва з екрану.
212. Свірідова В. В. Порівняльна характеристика психоемоційного стану жінок, які перенесли оперативні втручання на внутрішніх статевих органах / В. В. Свірідова // Медицинская психология. – 2009. – Т.4. – №1 (13). –С. 82–88.
213. Свядощ А. М. Неврозы / А. М. Свядощ. – [3-е изд., перераб и доп.]. – М. : Медицина, 1982. – 368 с.
214. Северный А. Психосоматическая инвалидизация детей и подростков / А. Северный, В. Брутман // Врач. – 1994. – № 3. – С.53–54.
215. Середина Н. В. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология / Н. В. Середина, Д. А. Шкуренко ; под ред. В. П. Ступницкого. – Ростов на Дону : Феникс, 2003. – 512 с.
216. Сидоров П. И. Введение в клиническую психологию: Т.ІІ. : учебник для студентов медицинских вузов / П. И. Сидоров, А. В. Парников – М. : Академический Проект, Екатеринбург : Деловая книга, 2000. – 381с.
217. Сирота Н. А. Базовые теории и методы психотерапии : уч.-метод. пособие / Н. А. Сирота, Т. В. Воробьева. – МГМСУ, 2006. – 60 с.
218. Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. – [Изд.3-е, испр. и доп]. – К. : Здоров’я, 1977. – 488 с.
219. Смольницкая Е. С. Применение психоанализа в неврологии (обзор литературы) / Е. С. Смольницкая // Таврический журнал психиатрии. – 2006. – Т. 10. – № 3 (36). – С. 104–111.
220. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности / Л. Н. Собчик. – М. : ИПП-ИСП, 2000. – 512 с.
221. Соколова Е. Т. Психотерапия: теория и практика : учебное пособие / Е. Т. Соколова. – М. : Издательский центр «Академия», 2006. – 314 с.
222. Солдатченко С. С. Легочная реабилитация: современное состояние проблемы / C. C. Солдатченко, С. Г. Донич, И. П. Игнатонис // Український пульмонологічний журнал. – 2007. – № 3. – C. 6–11.
223. Соложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебник для студентов высших учебных заведений / В. В. Соложенкин. – М. : Академический Проект, 2003. – 304 с.
224. Сосланд А. И. Фундаментальная структура психотерапевтического метода / А. И. Сосланд. – М. : Логос, 1999. – 368 c.
225. Сосланд А. И. Об идеологической сущности психотерапевтического сообщества / А. И. Сосланд // Московский психотерапевтический журнал. – 2004. – № 2 (40). – С. 21–43.
226. Сосланд А. И. Психотерапия в сети противоречий / А. И. Сосланд // Психология. – 2006. – №1. – C. 46–67.
227. Справочник практического психолога. Психотерапия / сост. С. Л. Соловьева. – М. : АСТ; СПб. : Сова, 2007. – 575 с.
228. Старовойтов В. В. Современный психоанализ – смена парадигмы мышления [Електронний ресурс] / В. В. Старовойтов // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 3. – Режим доступу до статті : <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2830> – Назва з екрану.
229. Старовойтов В. В. Специфика гуманитарного познания и психоанализ [Електронний ресурс] / В. В. Старовойтов // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2004. – №1. – Режим доступу до статті : [http://psyjournal.ru/psyjournal/autors/detail.php?ID=2475](http://psyjournal.ru/psyjournal/autors/detail.php?ID=2157) – Назва з екрану.
230. Столороу Р. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход / Р. Столороу, Б. Брандшафт., Д. Атвуд. – М. : Когито-Центр, 1999. – 252 с.
231. Сыропятов О. Г. Биологическая психиатрия и психоанализ – возможен ли консенсус? / О. Г. Сыропятов // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2008. – № 2 (3). – С. 64–70.
232. Табачников А. Е. Классический психоанализ. Лекция первая: философская и психологическая модели / А. Е. Табачников // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2008. – № 1(2). – С. 83–86.
233. Ташлыков В. А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) и защиты у больных неврозами в процессе психотерапии / В. А. Ташлыков // Медико-психологические аспекты охраны здоровья. – Томск, 1990. – С. 90–91.
234. Ташлыков В. А. Общие факторы психотерапии как одна из предпосылок интегративиой психотерапии / В. А. Ташлыков // Интегративные аспекты современной психотерапии. – СПб., 1992. – С. 13–19.
235. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. / ред. и сост. У. С. Сахакиан. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 624 с.
236. Титаренко Т. М. Испытание кризисом. Одиссея преодоления / Т. М. Титаренко. – К. : Людопринт Україна, 2009. – 277 с.
237. Томе Х. Современный психоаналіз : в 2-х томах / Х. Томе, Х. Кэхеле; [пер. с англ.]; [общ. ред. А.В. Казанской]. – М. : Прогресс-Литера, 1996.
238. Тукаев Р. Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Р. Д. Тукарев. – М. : ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 448 с.
239. Тухтарова И. В. Соматопсихология : учебно-метод. пособие по курсу «Соматопсихология» [Електронний ресурс] / И. В. Тухтарова, Т. З. Биктимиров. – Ульяновск, 2005. – Режим доступу до посібника : <http://reed.in.ua/medpsy/Tukhtarova_Irina__Somatopsikhologija._Uchebno__metodicheskoe_posobie/Tukhtarova_Irina__Somatopsikhologija._Uchebno__metodicheskoe_posobie_1.php#.Uid1ItJ7I1I> – Назва з екрану
240. Тхостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система / А. Ш. Тхостов // Вестник МГУ. – Серия 14. Психология. – 1993. – № 1. – С 3–16.
241. Тхостов А. Ш. Психотерапевт и его магия / А. Ш. Тхостов // Психология – 2006. – №1. – C. 103–109.
242. Уемов А. И. Системный подход и общая теория систем / А. И. Уемов. – М. : Мысль, 1978. – 258 с.
243. Урсано Р. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство / Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазар. – СПб., 1992. – 160 с.
244. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков. – [2-е изд., перераб. и доп.] – М. : Медицина, 1987. – 304 с.
245. Федак Б. С. Принципи організації системи медико-психологічної корекції та реабілітації хворих на гострі розлади серцево-судинної системи / Б. С. Федак // Медицинская психология : науч.-практ. журн. – 2011. – № 3. – С. 79.
246. Федак М. Б. Психотерапія хворих на ішемічну хворобу серця / М. Б. Федак // Медицинская психология : науч.-практ. журн. – 2011. – № 3. – С. 79–80.
247. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А. П. Федоров. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с.
248. Фейджер Р. Личность: теории, эксперименты, упражнения / Р. Фейджер, Дж. Фейдимен. – СПб. : Нева; М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 864 с.
249. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов / О. Фенихель; [пер. с англ.], вступ.ст. А. Б. Хавина. – [2-е изд]. – М. : Академичекий Проект, 2005. – 848 с.
250. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл – М. : Прогресс.– 1990. – 368 с.
251. Фрейд А. Психология "Я" и защитные механизмы / А. Фрейд. – М. : Педагогика-Пресс, 1993. – 144 с.
252. Фрейд З. Введение в психоанализ : лекции / З. Фрейд; [Пер. с нем]. – М. : Наука, 1991. – 456 с.
253. Фрейд З. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения / З. Фрейд. – М. : Медицина, 1991. – 288 с.
254. Фрейд З. О типах невротических заболеваний / З. Фрейд; [Пер. с нем] // Российский психоаналитический вестник, 1994. – № 3-4. – С. 131–135.
255. Фрейджер Р. Личность: теории, эксперименты, упражнения / Р. Фрейджер, Дж. Фейдимен. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 864 с.
256. Фромм Э. Человек для самого себя / Э. Фромм // Психоанализ и этика. – М. : Республика, 1993. – С. 48–92.
257. Хайгл-Эверс А. Базисное руководство по психотерапии / А. Хайгл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Oтт, У. Рюгер. – СПб. : Речь, Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2001. – 784 с.
258. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди – Будапешт, Akademia kiado. Изд-во академии наук Венгрии, 1988. – 338с.
259. Хватова М. В. Теории формирования психосоматических расстройств: учеб. пособие/ М. В.Хватова ; М-во обр. науки РФ, ГОУВПО «Тамб. гос. ун-т им. Г.Р.Державина». – Тамбов : Изд. ДОИ ЕГУ им. Г.Р. Державина, 2010. – 172 с.
260. Холина Н. А. Несколько слов о личности психотерапевта [Електронний ресурс] / Н. А. Холина // Смысл жизни и причины невроза в теории В. Франкла / Москва, Институт Психоанализа, 2009 г. – Режим доступу до статті : <http://natakholina.narod.ru/li4n.html> – Назва з екрану.
261. Холмогорова А. Б. Методологические проблемы современной психотерапии / А. Б. Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 1. – С. 182–190.
262. Хорни К. Невроз и рост личности / К. Хорни. – М. : Академический проект, 2008. – 345 с.
263. Худик В. А. Психология аномального развития личности  в детском и подростково-юношеском возрасте / В. А. Худик. – К., 1993. – 144 с.
264. Хьел Л. Теории личности / Л. Хьел, Д. Зиглер. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.
265. Цапкин В. Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта / В. Н. Цапкин // [Психологическое консультирование и психотерапия: Хрестоматия. Т. 1. Теория и методология](http://psychlib.ru/mgppu/FPs-001/FPs-001.html) / под ред. А. Б. Фенько, Н. С. Игнатьевой, М. Ю. Локтаева. – М. : Московский психотерапевтический журнал, 1998. – С. 22–51.
266. Человек с чужим сердцем. (Проблемы трансплантации человеческих органов) [Електронний ресурс] // Общество православных врачей Санкт-Петербурга. – 2006. – Режим доступу до журналу : <http://www.opvspb.ru/library/articles/106/> – Назва з екрану.
267. Черников А. В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики / А. В. Черников. – М. : Независимая фирма «Класс», 2001. –206 с.
268. Чехлатый Е. И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии : автореф. дис., на соискание уч. ст. канд. мед. наук / Е. И. Чехлатый. – СПБ, 1994. –25 с.
269. Шапиро Д. Невротические стили / Д. Шапиро. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 1998. – 198 с.
270. Шварц Л. А. Изменения цветоощущения в эмоциональных состояниях / Л. А. Шварц // Проблемы физиологической оптики. – М, 1948. – Т. 6. – С. 314–320.
271. Шевченко Н.Ф.  Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях : навчальний посібник / Н. Ф. Шевченко ; Запорізький національний університет. – Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2013. – 184 с.
272. Шевченко Ю. С. Радостное взросление: развитие личности ребенка (методика ИНТЕКС) / Ю. С. Шевченко, В. П. Добридень. – СПб. : Речь, 2004. – 202 с.
273. Щеглов Л. М. Психология соматического больного / Л. М. Щеглов // Медицинская психология : науч.-практ. журн. / ХМАПО, Харьк. мед. об-во. – Х., 2006. – №.3 – С. 22–28.
274. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 1999. – 656 с.
275. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. – Л. : Медицина, 1990. – 192 с.
276. Эриксон Э. Детство и общество / Э. Эриксон. – М. : Моск. филос. фонд: Медиум, 1996. – 506 с.
277. Эткинд А. М. Опыт теоретической интерпретации семантического дифференциала / А. М. Эткинд // Вопросы психологии. – 1979. – № 3. – С. 17–27.
278. Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени / К. Г. Юнг. – М. : Прогресс, 1994. – 336 с.
279. Яворська Т. П. Система медико-психологічної реабілітації пацієнтів, що перенесли хірургічне втручання з приводу онкологічної патології кишечнику: актуальність розробки та стратегічні цілі / Т. П. Яворська // Медицинская психология : науч.-практ. журн. / ХМАПО, Харьк. мед. об-во. – Х., 2009. – №2/3. – С. 77–78.
280. Ялом И. Групповая психотерапия / И. Ялом. – СПб, 2000. – 576 с.
281. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс; [Пер. Л.О. Акопян] . – М. : Практика, 1997. –1053 с.
282. Ясперс К. Философия. Книга вторая. Просветление экзистенции/ К. Ясперс; [перевод с нем. А. К.Судакова]. – М. : Канон ЗЩЩИ «Реабилитация», 2012. – 448 с.
283. Aldwin С.M. Stress, coping and development / C.M. Aldwin. – New York; London: The Guilford Press, 1994. – 456 p.
284. Antonovsky A. Personality and health: Testing the sense of coherence model / A. Antonovsky. – New York: John Wiley & Sons, 1990. – 562 p.
285. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health /A. Antonovsky. – San Francisco, С A: Jossey-Bass, 1987. – 397 p.
286. Arthur N. Multicultural Counselling in the New Millennium: Introduction to the Special Theme Issue/ N. Arthur, J. Stewart // Canadian Journal of Counseling. – 2001. – V.35(1). – P.3-14.
287. Aspinwall L.G. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping / L.G. Aspinwall, S.E. Taylor // Psychological Bulletin. – 1997. – V.121(3). – P. 417-436.
288. Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy / A. Bandura. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1989. – 729 p.
289. Bandura A. Self-efficacy / A. Bundura // Encyclopedia of human behavior. – New York: Academic Press, 1994. – P. 71-81.
290. Bandura A. Social cognitive theory and mass communication. Media effects: Advances in theory and research / A. Bundura // Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1994. – 62p.
291. Bellak L. The TAT, the CAT, and the SAT in clinical use / L. Bellak, D.M. Abrams // Boston, Allyn and Bacon. – 1997. – 492 p.
292. Bernier A. The Client-Counselor Match And The Corrective Emotional Experience: Evidence From Interpersonal And Attachment Research/A. Bernier, M. Dozier// Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training. – 2002. – V. 39(1). – P.32-43
293. Billings A.G. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events / A.G. Billings, R.H. Moos // Journal of Behavioral Medicine. – 1981. – V.4. – P. 157-189.
294. Bitton A. Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study /A. [Bitton, M.J.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bitton%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=14572569) [Sewitch, M.A.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sewitch%20MJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=14572569) [Peppercorn](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Peppercorn%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=14572569) et al.// Am J Gastroenterol. – 2003. – V. 98. – P.2203-2208.
295. Bondarenko A.F. Emotional Addiction in Love: experimental research /A.F. Bondarenko, A.E. Levenetz // Psychologie in Osterreich. – 2000. - V. 20(1). – P. 24-28.
296. Brautigam W. Psychosomatische Medizin / W. Brautigam, P. Сhristian [4th edn.] . – Stuttgart: Thieme, 1986.
297. Brautigam W. Psychosomatische Medizin / W. Brautigam, P. Сhristian. – Stuttgart: Thieme, 1975.
298. Bremner J.D. Magnetic resonance imaging based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse. A preliminary report / J.D. Bremner, P. Randall, E. Vermetten et al. // Biological Psychiatry. – 1998. – V.41. – P.23-32
299. Breuer Y. Studies on histeria / Y. Breuer, S.Freud. – Harmondsworth (Middx) etc.; Penguin books, 1980. — 425 p.
300. Broda M. Survey of rehabilitation facilities with psychologic and therapeutic services in the Federal Republic of Germany/ M. Broda, J. Bengel // Rehabilitation (Stuttg) . – 1982. – V.21(3). – P. 111-115.
301. Brown J. Incident-related stressor, locus of control, coping, and, psychological distress among firefighters in Northern Ireland / J. Brown, G. Mulhern, S. Joseph // Journal of TraumaticStress. – 2002. – V.15. – P.161-168.
302. Carter R.T.  The Influence of Race and Racial Identity in Psychotherapy: Towards a Racially Inclusive Model [Електронний ресурс] / R.T. Carter and Associates, LLC. – Режим доступу до книги: <http://roberttcarterassociates.com/book1.html> – Назва з екрану.
303. Chang C.M. Modification effects of coping on post-traumatic morbidity among earthquake rescuers / C.M. Chang // Psychiatry Research. – 2008. – V.158. – P. 164-171.
304. Checkland P. Soft Systems Methodology in Action / P. Checkland, J. Scholes. – N.Y.: John Wiley & Sons, 1999. – 418 p.
305. Cramer P. Defense Mechanisms In Psychology Today: Further Processes for Adaptation / P. Cramer // American Psychologist. – 2000. – V.55. – P. 637-
306. Cramer P. Protecting the Self: Defense Mechanisms in Action / P. Cramer// New York: Guilford Press. – 2006. – 384 p.
307. Cramer P. The Unconscious Status of Defense Mechanisms / P. Cramer // American Psychologist. – 2001. – V.56. – P. 762-763.
308. Current Psychotherapies. – Ed. by Raymond Corsini, Itasca, Illinois, F. E. Peacock publishers, inc., 1974. – 502p.
309. Daar A.S. Culture And Psychology In Organ Transplantation / A.S. Daar, P. Marshall // World Health Forum. – 1998. – V.19. – P.124-132.
310. Dadlani M. Culture in Psychotherapy Practice and Research: Awareness, Knowledge, and Skills [Електронний ресурс] / M. Dadlani, D. Scherer // American Psychological Association. The division of Psychotherapy (Division 29). – 2009. – Режим доступу до статті: <http://www.divisionofpsychotherapy.org/dadlani-and-scherer-2009/> – Назва з екрану.
311. EFA Book Of Cronic Obstructive Pulmonary Disease in Europe. Sharing and Caring. Edited by Maryadelaide Franchi. –Italy: Grafica Metelliana, 2009. – 116 p.
312. Eifert G.H. Cardiophobia: a paradigmatic behavioural model of heart-focused anxiety and non-anginal chest pain [Електронний ресурс] / G.H. Eifert // Behav. Res. Ther. – 1993. – V.31(7). – Режим доступу до журналу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1616469> – Назва з екрану.
313. Eysenk H.J. The Inefficasy of Therapeutic Processes with Adults/ H.J. Eysenk // Sources of Gain in Counseling and Psychotherapy, 1967. – P.22-31.
314. Flammer A. Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung /A. Flammer. – Bern: Huber, 1988.
315. Franz M. Psychosomatic aspects of neurologic diseases. Experiences with clinical neurology from the viewpoint of the psychoanalyst / M. Franz // Z Psychosom Med Psychoanal. – 1990. – V.36 (4). – P. 355-373.
316. Frommer J. Psychosomatic aspects of essential blepharospasm / J. Frommer, G.Lauer, K. Schimrigk // [Psychother Psychosom Med Psychol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8337351) – 1993. – V.43(7). – P.231-237.
317. Gabbard G.O. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy /G.O. Gabbard // British Journal of Psychiatry. – 2000. – V.177. – P.117
318. Garcia-Vega E. A stress management programme for Crohn's disease / E. Garcia-Vega, C. Fernandez-Rodriguez // Behav Res Ther. – 2004. – V.42. – P.367-383
319. Gelso C.J. The Psychotherapy Relationship: Theory, Research, and Practice / Gelso C.J., Hayes J.A. – New York, John Wiley & Sons, 1998. – 291 p.
320. Goetzmann L. Psychological Processing Of Transplantation In Lung Recipients: A Guantitative Study Of Organ Integration And The Relationship To The Donor / L. Goetzmann, S. Irani, K.S. Moser et al. // British Journal of Health Psychology. – 2009. – V.14. – P.667-680.
321. Grandi S. Psychological Evaluation after Cardiac Transplantation: The Integration of Different Criteria [Електронний ресурс] / S. Grandi, S. Fabbri, E. Tossani et al.// Psychotherapy And Psychosomatic. – 2001. – V. 70. – P.176-183. Режим доступу до журналу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10880660>.
322. Hirsch I. On Idealism and Soberness: Founding and Maintaining a Psychoanalytic Institute /I. Hirsch // Contemp. Psychoanal. – 2009. – V.45. – P.330-344.
323. Hirsch I. Narcissism, Mania and Analysts' Envy /I. Hirsch // Am. J. Psychoanal. – 2011. – V.71. – P.363-369
324. Ilić S. Psychological Aspects Of Living with Donor Kidney Transplantation / S. Ilić, M. Avramović // Medicine and Biology. – 2002. – V.9(3). – P.195 – 200.
325. Kächele H. The personality of the psychotherapist and its contribution to the treatment process [Електронний ресурс] / Kächele H. // [Z Psychosom. Med. Psychoanal.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1529650) – 1992. – V. 38(3). – P. 227-239. – Режим доступу до журналу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1529650>.
326. Kandel E.R. A new intellectual framework for psychiatry/ E.R. Kandel// American Jornual of Psychiatry. – 1998. – V.155. – P. 457
327. Kandel E.R. Biology and the future of Psychoanaltsis: A New Intellectual framework for Psychiatry Revisited/ E.R. Kandel // Amer. Journal of Psychiatry. – 1999. – V.156. – P.505
328. Kondratyuk N. Therapeutic work with the present moment. A comparative conversation analusis of existential and cognitive therapies/ N. Kondratyuk, A. Perakyla //Psychotherapy Research. – 2011. – V. 21(3). – P.316-330
329. Krista C. Van Den Broek Psychological Reaction to Potential Malfunctioning of Implantable Defibrillators / Krista C. Van Den Broek, J. Denollet, I. Nyklicek, P.H. Van Der Voort // PACE. – 2006. – V. 29. – P.953-956
330. Lazarus A.A. The Illusion of the Therapist’s Power and the Patient’s Fragility: My Rejoinder. / A.A. Lazarus //Ethics and Behavior. – 1994. – V.4. – P.299-306.

# Lesperance F. Depression in patients with cardiac disease: a practical review/ F. Lesperance, N. [Frasure-Smith](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Frasure-Smith%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10880660) // [J Psychosom Res.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10880660) – 2000. – V.48(4-5). – P.379-391.

1. Lipowski Z.J Psychological reaction to physical illness / Z.J. Lipowski // Canadian Medical Association Journal. – 1983. – V.128. – P.1069-1072.
2. Lipowski Z.J. Physical illness, the individual and the coping processes / Z.J. Lipowski // Psychiatry Med. – 1970. – V.1. – P.91 – 102.
3. López-Navas A. Psychological characteristics of patients on the liver transplantation waiting list with depressive symptoms [Електронний ресурс] / A. López-Navas, A. Ríos, A. Riquelme et al.// [Transplant Proc.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21335176) – 2011. – V. 43(1). – P. 158-160 – Режим доступу до журналу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21335176>.
4. Maguire G.P. Psychiatric problems in the first year after mastectomy / G.P. Maguire, E.G. Lee, D.J. Bevington et al.// British Medical Journal. – 1978. – V 1. – P.963 – 965.
5. Makine C. Psychological Issues and Education Symptoms of depression and diabetes-specific emotional distress are associated with a negative appraisal of insulin therapy in insulin-naïve patients with Type 2 diabetes mellitus. A study from the European Depression in Diabetes [EDID] Research Consortium/ C. [Makine,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Makine%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19125757) C. [Karşidağ,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Karşidağ%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19125757) P. [Kadioğlu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kadioğlu%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19125757) et al. // Diabetes UK. Diabetic Medicine. – 2009. – V. 26. – P.28 – 33.
6. Marty P. L'investigation psychosomatique/ P. Marty, C. David. – Paris: Presses Universitaires de France, 1963.
7. Marty P. La “pensee operatoire”/ P. Marty, M. M'uzan // Rev. Franc. Psychanal. – 1963. – V. 27. – P. 345-356.
8. Maksimenko K. Mental Conditions / S.D.Maksymenko.Genesis of Personality Existence. – Accent Graphics.- Montreal.-2015.- P.271-293
9. Mikocka-Walus A.A. Psychological problems in gastroenterology outpatients: A South Australian experience. Psychological co-morbidity in IBD, IBS and hepatitis C / A.A. Mikocka-Walus, D.A. Turnbull, J.M. [Andrews](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=search&db=PubMed&term=%20Andrews%2BJM%5Bauth%5D) et al.// [Clin Pract Epidemiol Ment Health.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18500977) – 2008. – V.4. – P.15.
10. Mitscherlich A.: Der Kranke in der modernen Gesell-schaft /A. Mitscherlich. – Koln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch, 1970.
11. Mitscherlich A. Krankheit als Konflikt /A. Mitscherlich. – Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1970.
12. Nemiah J. C.: Psychology and psychosomatic illness: reflections on theory and research methodology /J.C. Nemiah // [Psychother Psychosom.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4770518) – 1973. – V.22 (2). – P.106-111.
13. Non-diagnostic Therapy [Електронний ресурс] // TriBeCa Therapy. – Режим доступу до статті: <http://tribecatherapy.com/non-diagnostic-psychtherapy>.
14. Pagoto S. Psychological Co-Morbidities of Physical Illness: A Behavioral Medicine Perspective. – Springer, NY, 2011. – 205 p.
15. Paraskevi T. Quality of life outcomes in patients with breast cancer /T. Paraskevi // Oncology Reviews (Panteion University, Department of Psychology, Athens, Greece) . – 2012. – V. 6(2). – P. 7 – 10.
16. Patterson C.H. Diagnosis and Rational Psychotherapy [Електронний ресурс] / C.H. Patterson // [J Nerv Ment Dis.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18145175) – 1949. – V.109(5). – P.440-50. – Режим доступу до журналу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18145175>.
17. Patterson C.H. Is Psychotherapy Dependent Upon Diagnosis? [Електронний ресурс] / C.H. Patterson // [Am Psychol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18917027) – 1948. – V. 3(5). – P. 155-159. – Режим доступу до журналу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18917027>.
18. Perry D.B. Childhood trauma, the neubiology of adaptation and use dependent development of brain: how “states” become “traits” / D.B. Perry, R.A. Pollard, W.L. Blakeley W.L. et al. // Infant Mental Health Journal. – 1995. – V.16. – P.271-291
19. Psychology in Diabetes Care. Frank J. Snoek, T. Chas Skinner 2nd Edition. [Електронний ресурс] . – John Wiley & Sons, Ltd., 2005 – Режим доступу до книги: <http://faculty.ksu.edu.sa/nadalyousefi/Revent%20Clinical%20Guidlines/Psychology%20in%20Diabetes%20Care,%202nd%20Ed.pdf> .
20. Rosenblum L.A. Influences of environmental demand on maternal behavior and infant development/ L.A. Rosenblum , M.W. Anrews // Acta Pediatrica Supplement. – 1994. – V.397. – P. 57-63
21. Sajadinejad M. S. Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview [Електронний ресурс]/ M.S. Sajadinejad, K. Asgari, H. Molavi et al.// Gastroenterology Research and Practice. – 2012. – V.2012. – 11p. – Режим доступу до журналу: <http://www.hindawi.com/journals/grp/2012/106502>.
22. Schraml W. J. (Hrsg.). Klinische Psychologie (Band 1; 3.Aufl.) / W.J. Schraml, U. Baumann. – Bern: Huber, 1975.
23. Schraml W. J. (Hrsg.). Klinische Psychologie (Band 2) / W.J. Schraml, U. Baumann. – Bern: Huber, 1974.
24. Schraml W. J. (Hrsg.). Klinische Psychologie / W.J. Schraml. – Bern: Huber, 1970.
25. Schraml W. J. Abriß der Klinischen Psychologie / W.J. Schraml. – Stuttgart: Kohlhammer, 1969.
26. Schur M. Basic problems of psychosomatic medicine / M. Schur. – Elements of psychoanalysis. – New York: World Publ. & Co, 1950.
27. Sifneos P.E. Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases / P.E. Sifneos. – Acta med. Psychosom. (Proceedings of the 7th Europ. Conf. on Psychosomatic Research) Rome, 1967. – P.11-16.
28. Sifneos P. E. The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients / P. Sifneos // Psychother. Psychosom. – 1973. – V.22. – P. 255-262
29. Taylor S. E. Adjustment to Threatening Events. A Theory of Cognitive Adaptation / S. E. Taylor // American Psychologist. – 1983. – V.38(11). – P. 1161-1173.
30. The Emotional Impact Of Spinal Cord Injury On The Family [Електронний ресурс] // Spinal Injuries Association. – 2012. – Режим доступу до книги: <http://www.spinal.co.uk/userfiles/pdf/factsheets/Free_to_download/emotional_impact_of_SCI_on_family.pdf>.
31. Thomas M. Asthma and Psychological Dysfunction [Електронний ресурс] / M. Thomas, A. Bruton, M. Moffatt, J. Cleland // Primary Care Respiratory Journal. – 2011. – V. 20. – Режим доступу до журналу: <http://www.thepcrj.org/journ/aop/pcrj-2011-03-0033.pdf> .
32. Tuomi K. Stress management, aging, and disease / K. Tuomi, J. Seitsamo, P. Huuhtanen // Experimental Aging Research. – 1999. – V.25(4). – P. 353-358.
33. Turner R.J. Psychological resources and the stress process / R.J. Turner, P. Roszell // Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future. – New York: Plenum Press. – 1994. – P. 179-209.
34. Tuval-Mashiach R. Coping with Trauma: Narrative and Cognitive Perspectives / R. Tuval-Mashiach, S. Freedman, N. Bargai et al.//Psychiatry. – 2004. – V.67(3). – P.280 - 293.
35. Vaillant G. E. Adaptive Mental Mechanisms: Their Role in a Positive Psychology / G.E. Vaillant // American Psychologist. – 2000. – V.55. – P. 89-98.
36. Viinamaki H. Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study / Viinamaki H., Kuikka J., Tiihonen J. et al. //Nordic Journal of Psychiatry. – 1998. – V.52. – P. 39-44
37. Von Wietersheim J. Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: A Review/ J. Von Wietersheim, H. Kessler // Inflamm Bowel Dis. – 2006. – V. 12. – P. 1175–1184.
38. Westie K. S. Psychological Aspects of Spinal Cord Injury. [Електронний ресурс]/ K. S. Westie //The American Academy Of Orthotists and Prosthetists. Clinical Orthotists and Prosthetists. – 1987. – V.11(4). – P. 225-229. – Режим доступу до журналу: <http://www.oandplibrary.org/cpo/pdf/1987_04_225.pdf> .
39. White R. W. Strategies of adaptation: An attempt at systematic description / R.W. White. – New York: Basic Books, 1974. – P. 47 - 68.
40. Willebrand M. Exploration of coping patterns in burned adults: cluster analysis of the coping with burns questionnaire (CBQ) / M. Willebrand // Burns. – 2002. – V. 28. – P. 549-554.
41. Williams W. Coping processes as mediators of the relationship between Hardiness and health / W. Williams, G. Paula, W. Wiebe et al. // Journal of Behavioral Medicine. – 1992. – V. 15(3). – P. 237-255.
42. Wittich G.H. Der hysterische Patient im sozialen Feld und in der therapeutischen Gruppe / G.H. Wittich //Praxis d. Psychother. – 1974. – V. 19. – P. 274-280
43. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition / J. Wolpe . – Stanford, CA: Stanford University. Press, 1958. – 239 p.
44. Yalom I.D. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. Second Edition.- N.Y., Basic Books, Inc.Publishers, 1975.-529 p.
45. Zur O. Power in Psychotherapy and Counseling: Exploring the “inherent power differential” and related myth about therapists’’ omnipotence and clients’ vulnerability / O. Zur// Independent Practitioner. – 2009. – V. 29 (3). – P. 160-164.

**ДОДАТКИ**

**Додаток А**

**Опитувальник СМОЛ**

**Інструкція**: «Наразі Ви ознайомитеся з твердженнями, які стосуються стану Вашого здоров’я і Вашого характеру. Прочитайте кожен твердження і вирішіть, чи правильне воно або неправильне стосовно Вас. Не витрачайте час на розмірковування. Найбільш природним є те рішення, яке першим приходить у голову».

**Текст опитувальника**

1. Ви маєте добрий апетит?
2. Ранком Ви зазвичай відчуваєте, що висталися і відпочили.
3. У Вашому щоденному житті безліч цікавого.
4. Ви працюєте з великим напруженням.
5. Часом Вам приходять у голову такі недобрі думки, що про них краще не розповідати.
6. У Вас дуже рідко буває закреп.
7. Іноді Вам духе хотілося назавжди піти з дому.
8. Часом у Вас трапляються напади невтримного сміху або плачу.
9. Часом Ви відчуваєте нудоту і позиви до блювання.
10. У Вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
11. Іноді Вам хочеться вилаятися.
12. Кожного тижня Вам сняться страхіття.
13. Вам важче зосередитися, ніж більшості людей.
14. З вами відбувалися (або відбуваються) дивні речі.
15. Ви досягли б у житті набагато більше, якщо б люди не були налаштовані проти Вас.
16. У дитинстві Ви коли-не-коли скоювали крадіжки.
17. Траплялося, що по кілька днів, тижнів або цілих місяців Ві нічим не могли зайнятися, бо важко було змусити себе включитися в роботу.
18. У Вас переривчатий і тривожний сон.
19. Коли Ви перебуваєте серед людей, Вам чуються дивні речі.
20. Більшість людей, котрі Вас знають, не вважають Вас неприємною людиною.
21. Вам часто доводилося підкорятися комусь, хто знав менше Вашого.
22. Більшість людей задоволені своїм життям більше, ніж Ви.
23. Багато хто перебільшує свої нещастя, щоб добитися співчуття і допомоги.
24. Іноді Ви сердитеся.
25. Вам безумовно не вистачає впевненості у собі.
26. У Вас часто бувають посіпування у м’язах.
27. У Вас часто буває відчуття, ніби Ви зробили щось неправильне або недобре.
28. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.
29. Дехто так любить командувати, що Вам хочеться все зробити наперекір, хоча Ви знаєте, що вони праві.
30. Ви вважаєте, що проти Вас щось замишляють.
31. Більшість людей здатні добиватися зиску не зовсім чесним шляхом.
32. Вас часто тривожить шлунок.
33. Часто Ви не можете зрозуміти, чому напередодні Ви були у поганому настрої і роздратовані.
34. Часом Ваші думки плинули так швидко, що Ви не встигали їх висловлювати.
35. Ви вважаєте, що Ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості Ваших знайомих.
36. Часом ви переконані у власній непотрібності.
37. Останніми роками Ваше самопочуття було здебільшого добрим.
38. У Вас були періоди, під час яких Ви щось робили і потім не могли згадати, що саме.
39. Ви вважаєте, що Вас часто незаслужено карали.
40. Ви ніколи не почувалися краще, ніж тепер.
41. Вам байдуже, що думають про Вас інші.
42. З пам’яттю у Вас все благополучно.
43. Вам важко підтримувати розмову з людиною, з якою Ви щойно познайомилися.
44. Більшу частину часу Ви відчуваєте загальну слабкість
45. У Вас рідко болить голова.
46. Іноді Вам було важко зберегти рівновагу при ходьбі.
47. Не всі Ваші знайомі Вам подобаються.
48. Є люди, які намагаються вкрасти Ваші ідеї та думки.
49. Ви вважаєте, що скоювали вчинки, які не можна пробачити.
50. Ви вважаєте, що занадто сором’язливі.
51. Ви майже завжди про щось непокоїтеся.
52. Ваші батьки часто не схвалювали Ваших знайомств.
53. Іноді Ви трохи пліткуєте.
54. Іноді Ви відчуваєте, що Вам надзвичайно легко приймати рішення.
55. У Вас буває сильне серцебиття і Ви часто задихаєтесь.
56. Ви запальний, але відхідливий.
57. У Вас бувають періоди такого занепокоєння, що важко всидіти на місці.
58. Ваші батьки й інші члени сім’ї часто чіпляються до Вас.
59. Ваша доля нікого особливо не цікавить.
60. Ви не засуджуєте людину, котра не проти того, аби скористатися у своїх інтересах помилками іншої людини.
61. Іноді Ви сповнені енергії.
62. Останнім часом у Вас погіршився зір.
63. Часто у Вас дзвенить або шумить у вухах.
64. У Вашому житті були випадки (можливо, лише один), коли Ви відчували, що на Вас діє гіпноз.
65. У Вас бувають періоди, коли Ви незвично веселі без особливої причини.
66. Навіть перебуваючи у товаристві, Ви зазвичай почуваєтеся самотнім.
67. Ви вважайте, що майже кожний може збрехати, щоб уникнути неприємностей.
68. Ви відчуваєте гостріше, ніж більшість людей.
69. Часом Ваша голова працює ніби повільніше, ніж зазвичай.
70. Ви часто розчаровуєтесь у людях.
71. Ви зловживаєте спиртними напоями.

**Додаток Б**

**Бланк методики «Модифікований варіант семантичного диференціала для суб’єктивної оцінки душевної рівноваги і фізичного стану»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Сумне | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Радісне |
| 2. | Огидне | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Приємне |
| 3. | Тяжке | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Легке |
| 4. | Слабке | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Сильне |
| 5. | Тривожне | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Спокійне |
| 6. | Погане | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Хороше |
| 7. | Пасивне | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Активне |
| 8. | Мляве | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Бадьоре |

**Додаток В**

**Опис шкал методики СМОЛ (СМДО)**

1. Шкала неправди (L) - оцінює щирість досліджуваного.
2. Шкала достовірності (F) – виявляє недостовірні відповіді: чим більшими є значення по цій шкалі, тим менш достовірні результати.
3. Шкала корекції (К) – згладжує спотворення, внесені надмірною обережністю і контролем досліджуваного під час тестування. Високі показники по цій шкалі свідчать про неусвідомлюваний контроль поведінки. Шкала К використовується для корекції базисних шкал, які залежать від її величини.
4. Іпохондрія (Hs) – близькість досліджуваного до астено-невротичного типу. Досліджувані з високими оцінками мляві, пасивні, приймають все на віру, покірливі владі, повільно пристосовуються, погано переносять зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах.
5. Депресія (Д). Високі оцінки мають чутливі, сензитивні особи, схильні до тривожності, нерішучості, сором’язливі. У справах вони старанні, сумлінні, високоморальні й обов’язкові, але не здатні прийняти рішення самостійно, не мають упевненості в собі, за найменших невдач вони впадають у відчай.
6. Істерія (Ну). Виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникання відповідальності. Всі проблеми вирішуються шляхом занурення у хворобу. Головною особливістю такої людини є прагнення здаватися більш значущою, ніж вона є насправді, намагання звернути на себе увагу попри будь-що, жага захоплення. Почуття таких людей поверхові, а інтереси є неглибокими.
7. Психопатія (Pol). Високі оцінки по цій шкалі свідчать про соціальну дезадаптацію. Такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальні норми і цінності. Настрій у них нестійкий. Вони образливі, збудливі та чутливі. Можливе тимчасове піднесення по цій шкалі, викликане якоюсь причиною.
8. Паранояльність (Pa). Головна риса людей з високими показниками по цій шкалі – схильність до формування надцінних ідей. Ці люди односторонні, агресивні і злопам’ятні. Хто не згоден з ними, хто думає інакше, той або дурна людина, або ворог. Свої погляди вони активно насаджують, тому мають часті конфлікти з оточенням. Свої найменші удачі вони завжди перебільшують.
9. Психастенія (Pt). Діагностує осіб з тривожно-підозріливим типом характеру, котрім притаманні тривожність, боязливість, нерішучість, постійні сумніви.
10. Шизоїдність (Sc) Особам з високими показниками по цій шкалі властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні тонко відчувати і сприймати абстрактні образи, але повсякденні радості і прикрості не викликають у них емоційного відгуку. Таким чином, спільною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю та відчуженістю у міжособистісних відносинах.
11. Високими оцінками по всіх шкалах, після побудови профілю особистості, є оцінки, що перевищують 70. Низькими оцінками вважаються оцінки, нижчі від 40.

**Додаток Г**

**Таблиці результатів аналізу достовірних відмінностей між показниками по шкалах СМОЛ (Неправди і Психопатії) за критеріями знаків і критерієм Вілкоксона, що підкреслюють нульову гіпотезу про незначущі відмінності в групі пацієнтів до і після проходження ними сполучної комбінаторної терапії**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between L\_a and L\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .250 1 | Retain the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between L\_b and L\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .102 | Retain the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between Pd\_b and Pd\_a equals 0. | Related-Samples Sign Test | .754 1 | Retain the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between Pd\_a and Pd\_b equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .609 | Retain the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

**Додаток Д**

**Таблиці результатів аналізу достовірних відмінностей між показниками по шкалах СМОЛ (Істероїдності і Достовірності) за критерієм знаків і критерієм Вілкоксона, що підкреслюють робочу гіпотезу про значущі відмінності в групі пацієнтів до і після проходження ними курсу сполучної комбінаторної терапії**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between Hy\_a and Hy\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .001 1 | Retain the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between Hy\_b and Hy\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .003 | Retain the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |
| **Hypothesis Test Summary** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Null Hypothesis** | **Test** | **Sig** | **Decision** |
| **1** | The median of differences between F\_a and F\_b equals 0. | Related-Samples Sign Test | .031 1 | Retain the null hypothesis. |
| **2** | The median of differences between F\_b and F\_a equals 0. | Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test | .027 | Retain the null hypothesis. |
| Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05. | | | | |
| 1 Exact significance is displayed for this test. | | | | |

1. Термін М. К. Мамардашвілі. [↑](#footnote-ref-1)
2. При цьому ми виходимо з емпірично встановленої нами та неодноразово відзначеній у літературі особливої потреби людини – потреби у переживанні себе як безумовної цінності. Становлячи похідну від ставлення до себе з боку інших та самого себе, ця потреба насправді може задовольнятися за рахунок різних засобів: на рівні організму – шляхом чуттєвих задоволень; на рівні соціального індивіда – шляхом залучення до ідеології, котра надає індивідуальної цінності її носію; на рівні особистості – шляхом рефлексії та смислогенезу та, нарешті, на рівні персоналізованої особистості – шляхом реалізації свого «Я», яке у цьому процесі ноо- або ідеогенезу насичує потребу у власних ціннісних переживаннях, у переживаннях себе як цінності-у-світі та має, окрім свого безпосереднього вияву, цілком конкретні духовні та матеріальні наслідки - результати або проекти створюваного людиною. Як уже наголошувалося, найвищий аксіологічний (ціннісний) рівень особистісного буття становить саме етичний його вимір. [↑](#footnote-ref-2)
3. Користуючись випадком, автор висловлює глибоку вдячність за неоціненну допомогу в роботі колегам, без яких це дослідження навряд чи було б можливим. Окремо хотілося б подякувати консультанту проекту професорові О.Ф. Бондаренку, кандидату психологічних наук, доценту Н.А. Кучеровській, кандидату психологічних наук Б.С. Божуку, кандидату психологічних наук Л.В. Дзюбко, кандидату психологічних наук І.А. Коваль, психологам Л.М. Трачук і І.В. Анановій, а також лікарям-психіатрам – доктору медичних наук О.А. Хаустовій і Т.І. Левіній. Особлива подяка завідувачкам відділень гастроентерології В.В. Поплавській, Н.С. Голуб, Ю.М. Малеєвій і лікарям-клініцистам С.О. Войтенко, Т.І. Кулаківській, І.О. Меркуловій, котрі створили сприятливі умови для проведення психологічного дослідження. [↑](#footnote-ref-3)
4. Фінансування дослідження здійснювалося за програмою співпраці з Інститутом психології НАНУ імені Г.С. Костюка. Більша частина роботи виконувалася на волонтерських засадах. [↑](#footnote-ref-4)
5. Статистичне опрацювання даних здійснювалося за допомогою програмного пакета IBM SPSS Statistics 20.0. [↑](#footnote-ref-5)
6. Статистичне опрацювання даних здійснювалося за допомогою програмного пакета IBM SPSS Statistics 20.0. [↑](#footnote-ref-6)
7. Статистичне опрацювання даних здійснювалося за допомогою програмного пакета IBM SPSS Statistics 20.0. [↑](#footnote-ref-7)
8. Статистичне опрацювання даних здійснювалося за допомогою програмного пакета IBM SPSS Statistics 20.0. [↑](#footnote-ref-8)
9. Статистичне опрацювання даних здійснювалося за допомогою програмного пакета IBM SPSS Statistics 20.0. [↑](#footnote-ref-9)