

M.J. ta in.] ; za red. M.J. Boryshevs'kogo ; In-t psihologii' im. G. S. Kostjuka APN Ukrainy. – Kyi'v : Milenium, 2006.

**O.M. Lukashevych. Civism as a result of personality's civil development: psychological discourse.** In the article the modern psychological approaches to the concept of «civism» are analysed in the context of personality's civil development. The peculiarity of Ukrainian psychological discourse of the concept of civism is studied to be the combination of psychological and pedagogical views to this concept. Thus, the pedagogical opinions in a certain measure do the psychological understanding of civism in some way washed out and indefinite. It is concluded that civil development is the difficult process of quality social and psychological and personality changes, and the formation of personality's integral psychological quality – civism is the result and the criterion.

In such context it becomes possible to separate the phenomena, which touch the process of civil development (psychological conformities to law, mechanisms, features and others like that) and those which belong to the results of this development, they are descriptions and internals of civism.

In addition, the process of civil development provides that the content of civism will change both on quality and after quantitative indexes on every age-old stage. On condition of structural civil development the indexes of civism will acquire more rich meaning, on condition of destructive development (violations of processes of socialization and personality development) civil internals can not be formed at all, or not enough expressed.

**Key words:** psychological discourse, personality, civil development, civism, civil consciousness.

*Отримано: 21.12.2013 р.*

**УДК 159.94**

*К.С. Максименко*

## **МЕТОДОЛОГИЯ И ПСИХОТЕХНИКА РЕКОНСТРУКЦИИ ЛИЧНОСТНОГО «Я» В КЛИНИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАЗЛИЧНОГО СПЕКТРА**

**К.С.Максименко. Методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра.** Автор статьи анализирует, что проблематика личностной психотерапии в современной медицинской психологии ставит актуальный с научной

точки зрения вопрос о специфике модели полноценного многоаспектного здорового «Я», как фундамента психотерапевтической работы с пациентами/клиентами. Сделан вывод, что методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра должна опираться на понимание особенностей когнитивного, эмоционального, поведенческого компонентов системы отношений к болезни; на знание психологии здоровья и особенностей личностных ресурсов человека, страдающего заболеванием; на понимание соотношения клинических, психофизиологических, психологических механизмов личностных расстройств при выборе соответствующих техник личностно ориентированной и симптоматической психотерапии.

**Ключевые слова:** методология, психотехника, реконструкция личностного «Я», заболевания различного спектра, психотерапия, когнитивный, эмоциональный, поведенческий компонент, психология здоровья, личностные расстройства.

**К.С.Максименко. Методологія та психотехніка реконструкції особистісного «Я» в клініці захворювань різного спектра.** Автор статті зазначає, що проблематика особистісної психотерапії в сучасній медичній психології ставить актуальне з наукової точки зору питання про специфіку моделі повноцінного багатоаспектного здорового «Я» як фундаменту психотерапевтичної роботи з пацієнтами/клієнтами. Зроблено висновок, що методологія і психотехніка реконструкції особистісного «Я» в клініці захворювань різного спектра повинна спиратися на розуміння особливостей когнітивного, емоційного, поведінкового компонентів системи відносин до хвороби; на знання психології здоров'я й особливостей особистісних ресурсів людини, що страждає захворюванням; на розуміння співвідношення клінічних, психофізіологічних, психологічних механізмів особистісних розладів при виборі відповідних технік особистісно-орієнтованої і симптоматичної психотерапії.

**Ключові слова:** методологія, психотехніка, реконструкція особистісного «Я», захворювання різного спектра, психотерапія, когнітивний, емоційний, поведінковий компонент, психологія здоров'я, особистісні розлади.

**Постановка проблеми.** Проблематика личностной психотерапии в современной медицинской психологии ставит актуальный с научной точки зрения вопрос о специфике модели полноценного многоаспектного здорового «Я», как фундамента психотерапевтической работы с пациентами/клиентами. Многоаспектное личностное «Я», познающее и познаваемое, в научном подходе исследования психики У. Джемса выступает одной из важнейших парадигм личностной психотерапии в современной медицинской психологии.

Психотерапия как основная составляющая в общей структуре клинической психологии, в условиях сосуществования двух моделей с разными методологиями – медицинской и психологи-

ческой, в реализации изучения и создания психологических методов воздействия на психику человека с лечебной и практической целью должна опираться на психологические исследования личностного «Я».

**Цель нашей работы** состоит в исследовании методологии и психотехники реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра.

**Анализ последних публикаций.** Рассмотрим теперь особенности методологии и психотехники, относящиеся к процессам психотерапии личностного «Я», как она оформилась к концу XX – началу XXI века. Психотерапевтическая работа, связанная с личностной психотерапией пациентов, страдающих психиатрическими и общесоматическими заболеваниями, носит вспомогательный характер по отношению к основному курсу лечения. По крайней мере именно так, в основном, понимают и трактуют ее, согласно сложившейся традиции современные исследователи – как отечественные, так и зарубежные (см. Айви и др., 1999; Александров, 2004; Алексейчик, 1985; Амон, 2002; Бабич, 2008; Бассин и др., 1979; Браун и Педдер, 1998; Бурно, 2006; Вассерман и др., 2010; Вельвовский и др., 1984; Гройсман, 1995; Михайлов и др., 2002; Простомолотов, 2007; Холмогорова, 2001; Щеглов, 2006; Brautigam, 1986; Zur, 2009 и др.).

**Актуальность** и необходимость соответствующей психотерапии обусловлены комплексным, системным подходом к лечению заболеваний. В ходе лечения основного заболевания зачастую оказывается, что наиболее целесообразна психотерапевтическая помощь, связанная с психологической переработкой внутренней картины болезни и формированием у пациентов более адаптивных, с учетом их состояния, ценностно-смысловых ориентаций.

Из вышесказанного вытекает следующая немаловажная пресуппозиция: личностная психотерапия при хронических и инвалидизирующих заболеваниях, в том числе и прежде всего соматических, предполагает систему психокоррекционных мероприятий, а также психологическую реабилитацию и психологическую профилактику. Реабилитация (как система и как процесс) при этом включает в себя собственно психологический компонент, который должен соответствовать уровню развития и зрелости личности, ее направленности, установкам и отношениям, преобладающим формам психологической компенсации, а также учитывать степень социальной интеграции личности в основные малые группы: семью, производственный коллектив, неформальное социальное окружение и т.п.

Понятно, что заболевание (психическое или соматическое) вызывает у человека те или иные психологические реакции, обусловленные его характерологическими и личностными особенностями. Как результат, у больного формируется тот или иной тип психологического реагирования на заболевание. Со времён В.М.Бехтерева, Э.Кречмера, П.Б.Ганнушкина и вплоть до работ В.Н.Мясищева и Б.Д.Карвассарского система представлений медико-психологического знания, относящегося к внутренней картине здоровья и болезни, типам реакций на болезнь, специфике переживания болезни во времени, влияние болезни на психику человека занимают важное место в проблематике медицинской психологии и лечебного дела вообще. Как справедливо подчёркивает В.Д.Менделевич, можно было бы предположить о неоднозначности ценностей взаимоотношений в системе «врач – пациент», однако для эффективного лечения в равной степени важны и учёт психологических переживаний пациента и, несомненно, как собственно профессиональная, так и психологическая, в частности коммуникативная, компетентность врача (см. Менделевич, 2005, с. 213-219).

**Изложение основного материала исследования.** В одной из наиболее разработанных и распространённых типологий психологического реагирования на заболевание, созданной А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым, учитывается три группы факторов, определяющих способ реагирования: природа самого заболевания, тип личности, в частности акцентуация характера, и отношение к данному заболеванию в референтной для больного группе (см. Менделевич, 2005, с. 173). Эти типы объединены в блоки.

1. Типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация в целом не нарушена – гармоничный, эргопатический и анозогностический.

2. Типы реагирования на болезнь, характеризующиеся психической дезадаптацией интрапсихической направленности (повышенная тревожность, ипохондричность, неврастеничность, депрессивность и апатичность).

3. Типы реагирования, отличающиеся психической дезадаптацией интерпсихической направленности (эгоцентрический, паранояльный, дисфорический, сензитивный).

Таким образом, система отношений к болезни включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Совершенно очевидно, что вызванные заболеванием реакции человека не могут не влиять на его личностное «Я», затрагивая не только сферу отношения к болезни, но и самоотношение, само-

оценку, принятие себя – все то, что составляет внутренний психологический мир человека.

Особое место в указанной проблематике принадлежит хронифицирующим и инвалидизирующим заболеваниям, поскольку последние затрагивают социальный статус пациента, его функциональные роли в социуме, круг общения и интересов, уровень притязаний и самооценки, но главным образом – необходимость трансформации прежнего привычного образа жизни и деятельности, необходимость формирования нового жизненного стереотипа. Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является весомой частью «внутренней картины болезни», а соответственно и важной «точкой приложения» психотерапевтического воздействия на больного в процессе его реабилитации. И это при том, что в контексте нашей работы мы исключаем из специального анализа вероятность летального исхода, влияние болезни на возможность поддержания прежнего материального благосостояния, влияние болезни на сферу сексуальных отношений и репродуктивных функций, не говоря уже о сфере досуга и интересов. Если же принять во внимание, присутствующие в массовой практике врача и медицинского психолога терминальные заболевания, весьма часто проявляющиеся болевые характеристики болезни, необходимости как радикального, так и паллиативного лечения со всеми сопутствующими им сложностями, становится совершенно очевидным, что методологические и психотехнические вопросы личностной психотерапии требуют постоянной и тщательнейшей проработки в зависимости от конкретной жизненной ситуации.

Трудности начинаются уже с определения индивидуально-типологических особенностей больных и характеристики типов личностного реагирования на заболевание. Как известно, больные зачастую не просто не стремятся, а избегают привлечь внимание врачей к изменениям в нервно-психической сфере. Они не хотят, чтобы их признали «нервными» больными, «неадекватными», а тем более с изменениями со стороны психики (см. Бассин и др., 1979; Вассерман, 1987; Завьялов, 1999; Канищев, 2003; Коростий, 2009, Крайников, 1999; Корягин и др., 2006; Михайлов и др., 2011; Сарвир, 2004; Федак, 2011 и др.).

Поэтому, при изучении состояния психической сферы даже у соматических больных большую ценность имеют экспериментально-психологические методики. В процессе экспериментально-психологического исследования медицинский психолог может составить внутреннюю картину болезни

пациента и, тем самым, сориентировать врача в том, насколько адекватно больной представляет своё заболевание и способен выстроить адаптивный тип поведения. Со времён С.И.Боткина, принцип «лечим не болезнь, а больного» – является одним из ведущих в отечественной врачебной традиции.

Значимость личностного подхода традиционно подчёркивается в профессиональной литературе (Бассин и др., 1979; Кулаков, 2007; Любан-Плоцца, 1994; Мясищев, 1960), являясь одним из важнейших теоретико-методологических принципов отечественной медицины. Поэтому представляется несомненным необходимость детального исследования клинических особенностей личности больного, и её трансформации, динамики компенсаторных, протективных и деструктивных механизмов в процессе развития болезни. Это необходимо как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и лечебно-восстановительной практики, психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Цели психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными могут быть самыми разнообразными: помощь в преодолении внутриличностного конфликта, коррекция и психотерапия различных последствий влияния болезни на психику, коррекция неэффективных механизмов психологической защиты и помощь в построении адекватного coping-поведения, адаптация к болезни, коррекция внутренней картины болезни, работа с семьёй больного для активизации социальной поддержки, изменение преморбидных личностных особенностей, повышающих риск рецидива болезни и затрудняющих её течение и процесс реабилитации и т.д. В рамках проблемы психотерапевтической реконструкции личностного «Я» больных психическими и соматическими заболеваниями некоторыми исследователями и психотерапевтами-практиками предпринимаются попытки исследования этой проблемы и описания опыта применения психотерапевтических методов в реализации той или иной психотерапевтической работы с больными.

Так, в результате изучения невротических заболеваний Б.Д. Карвасарский создал модель, которую можно использовать в процессе исследования трансформации личностных особенностей больных. Согласно Б.Д. Карвасарскому, по невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте оказываются расстройства, связанные преимущественно с особенностями темперамента. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены повышенная аффективность

больного истерией, тревожность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость больного неврастенией. Однако сами по себе эти особенности могут быть причиной лишь кратковременной невротической реакции, развившейся в трудной психотравмирующей ситуации. В этом случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации. Вторая стадия невротического заболевания – стадия собственно невроза, психогенного расстройства, в основе которого лежит нарушение значимых отношений личности. Неуверенность в себе, поиски признания, как черты невротической личности, и являются, по сути, зафиксированным и устойчивым отношением к себе. На третьей стадии невроза – при его затяжном течении и невротическом развитии – отмечается усиление этих черт до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию (см. Карвасарский, 1990).

Первичные личностные черты, связанные с особенностями темперамента, выражаются прежде всего в аффективной сфере; вторичные черты проявляются в нарушении системы отношений и являются глубинными личностными нарушениями, внутренними проблемами; третичные личностные черты обнаруживаются уже на поведенческом уровне и могут выражаться, например, в трудностях общения, межличностного функционирования. Появление третичных, а иногда и вторичных личностных образований у больных неврозами обусловлено, как правило, регулятивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих её целостность и устойчивость. Это означает, что третичные личностные образования у больных неврозами – особенности поведения и межличностного функционирования – выполняют своего рода защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверенности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические механизмы, которые свидетельствуют, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и сохранения личностных расстройств, а с другой стороны, указывают на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных механизмах.

Рассмотренные первичные, вторичные и третичные особенности личности пациента, страдающего неврозом, играют существенную роль при выборе оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах суще-

ственную роль в терапии могут играть биологические методы лечения (в том числе и современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных нарушений, нарушений системы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как в индивидуальной, так и особенно в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств при неврозах, которые проявляются в поведенческой сфере, осуществляется более конструктивно при дополнении патогенетической психотерапии различными методами поведенческого тренинга. Соответственно, учет первичных, вторичных и третичных личностных особенностей больных неврозами позволяет более целенаправленно использовать и другие формы психотерапии (суггестию, ауто-суггестии и др.). Влияние различных лечебно-восстановительных методов (в том числе и тех, которые имеют психотерапевтическую направленность) и их соотношение, обусловленное наличием первичных, вторичных и третичных личностных образований, прослеживаются автором не только при неврозах, но и на моделях различных заболеваний, таких как эпилепсия как органическое заболевание головного мозга и ишемическая болезнь сердца как психосоматическое заболевание.

Изучение феноменологии личностных расстройств и их динамической трансформации в процессе развития болезни, помимо теоретического, имеет и большое практическое значение, способствуя эффективному проведению психотерапии, подбору адекватного соотношения её с биологическими воздействиями с учётом различного уровня нарушений в структуре личностных расстройств.

Другими примерами клинической направленности психотерапии является выбор психотерапевтических подходов, методов и содержания психотерапевтических воздействий при акцентуациях характера и психопатиях.

Если личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия больше предназначена для лечения невротических расстройств и опирается на психологические основы в понимании механизмов неврозов, то разработанная М.Е.Бурно (Бурно, 2000) терапия творческим самовыражением психопатических и хронически-шизофренических расстройств, особенно с дефензивными проявлениями, соответственно опирается на тщательный учёт клинических особенностей пациента. Автор указывает на такие особенности работы пациентов разных групп в терапии творческим самовыражением: 1) с психастени-

ками – научно-лечебная информация, чувственное оживление, 2) с астениками – забота, доброта, художественные, лирические эмоции, 3) с дефензивными циклоидами (обычно склонные к вере в своего психотерапевта) – краткая научно-лечебная информация, эмоционально-подробное, юмористически мягкое, жизнеутверждающее влияние авторитета психотерапевта, 4) с дефензивными шизоидами – помощь в творческом общественно-полезном выражении своей идентичности, видении подлинных ценностей в других людях, 5) с дефензивными эпилептоидами – помощь в поисках положительных черт в людях, несогласных в чем-то с ними, общественно-полезном выражении своей идентичности, 6) с дефензивными истерическими психопатами – нужно помочь научиться заслуживать внимание людей, пусть демонстративным, но общественно-полезным самовыражением, 7) с ананкастами – нужно помочь сделать навязчивые переживания основой для творчества; 8) с дефензивными малопрогрессирующе-шизофреническими пациентами – на основе особого интимного психотерапевтического контакта (невозможного в работе с психопатами) можно помочь пациенту, беспрестанно активизируя его творчески, общественно-полезно выразить в жизни свою личностную полифонию расчленения-сюрреалистичности, которая имеет особую гармонию (Бурно, 2000).

В несколько ином, но также клиническом плане рекомендует учитывать тип психопатии и акцентуации характера при выборе психотерапевтических вмешательств А.Е.Личко (см. Карвасарский, 1990; 2011).

Как показали социально-психологические исследования в процессе формирования и осуществления аутодеструктивного поведения (в т.ч. алкоголизма, наркомании, увлечения опасными для жизни и здоровья видами спорта), важную роль играет самооценка человека, характер и степень её сформированности, оценка его поведения другими и личностью поведения других (Братусь, 1988). В контексте рассмотрения социальной перцепции у людей с аутодеструктивными паттернами поведения, деятельности и стиля жизни отмечаются такие особенности как резко полярная самооценка (или безосновательно завышена, или занижена), оценка своего поведения носит оправдательный характер по типу каузальной и ситуативной атрибуции, снижение критики проявляется в отрицании наличия аутодеструктивного поведения по принципу сравнения себя с другими. В случае аутодеструктивного поведения при завышенной самооценке человек склонен гипертрофировать свои преимущества как в своих

глазах, так и в глазах других, причём он способен приписывать себе несуществующие положительные и социально одобряемые качества, при заниженной самооценке своё аутодеструктивное поведение человек трактует как вынужденное, ищет у других поддержки и подтверждения объективных причин, которые приводят его к саморазрушению.

Формирование аутодеструктивных паттернов поведения имеет в своей основе социально-перцептивные механизмы, которые основаны на построении самооценки и самоотношения, которые возникают в рамках межличностного взаимодействия. Завышенная самооценка порождает тенденции к самодеструктивному поведению, пренебрежительному отношению к мнению других и к другим людям вообще. Компенсаторное поведение при недостаточном количестве социально-одобряемых форм снятия негативных последствий фрустрирующих ситуаций осуществляется при обращении к психоактивным веществам, суицидальному поведению или психоэмоциональной разрядке с помощью экстремальных видов спорта. При заниженной самооценке также формируется интенция в уход от реальности, и прежде всего от себя, при отрицательном отношении к себе – в компенсаторную деятельность, приём психоактивных веществ, выбор профессии, связанной с риском для жизни и здоровья, а также суицидальное поведение.

По данным исследований В.А. Худика, нарушение самооценки по мере развития алкоголизма проявляется раньше, чем расстройства критичности в познавательной деятельности, еще до сформированности выраженного алкогольного слабоумия. Разногласия в самооценке и объективной оценке по ряду психодиагностических методик увеличиваются по мере нарастания психического дефекта (Худик, 1993). Таким образом, искажённо-дефицитарная самооценка формируется задолго до формирования аутодеструктивного поведения и служит основой дезадаптации человека. В работе с аддиктивными пациентами психотерапевт сталкивается с интенсивной регрессией, которая может пойти путём злокачественного развития, актуализацией нарциссических личностных черт, а также словесной невыразительностью зоны базисного дефекта. В качестве эффективного метода работы с такими пациентами все шире используется символ-драма, в рамках которой происходит интенсивная работа с нарциссическим удовольствием и словесным выражением состояний пациента, которое происходит вслед за образным (Обухов, 1997).

Психотерапія, особливо адекватна в разі психогенних розстройств, прежде всего в групових її формах, застосовується також при психічних захворюваннях ендогенного характеру. При цих захворюваннях психотерапію звичайно включають в систему біологічного лікування і соціально-реабілітаційних впливів. Для кожного типу ендогенних психічних захворювань використовуються визначені типи психотерапевтичного втручання, направлені на те або інші цілі. Основна література по цій проблемі присвячена психотерапії при шизофренії і ендогенних депресіях (Холмогорова, 2001; Менделевич, 2005; Макаров, 2001 і др.). При достаточній розробтаності системи психотерапевтичного і психосоціального впливу для таких хворих, дослідження їх особистого «Я» і питання, пов'язані з його реконструкцією, залишилися мало розробтаними. Однак ще менше розробтаними є питання, що стосуються психотерапії пацієнтів з соматичними захворюваннями. Не секрет, що до цього часу питання психотерапії з соматичними хворими, по суті, ігнорувалися, як дослідниками, так і практиками. В відомій нам літературі (см. В.Д.Менделевич, М.Е.Бурно, В.Е.Рожнов, В.Ф.Простомолотов, А. Р.Лурия, Ю.С.Шевченко, І.С.Павлов, М.М.Кабанов, Б.Д.Карвасарський, В.В.Макаров, В.Н.Мясищев, Ю.А.Александровський і др.) питання особистої психотерапії освітаються практично виключно в стосунку пацієнтів психіатричного профілю, в той час як стосунки в системі «лікар – пацієнт» з хворими, страждальними соматичними захворюваннями, обмежуються переважно деонтологічними роздумами (см. Харди, 1988). Не претендуючи на абсолютне первенство в постановці проблеми, ми разом з тим вважаємо необхідним підкреслити: абстрагування від психобіологічної сутності людини в шкоду психосоціальної, як і навпаки, безумовно є редуціоністським і примітивізує такою складну сферу людської діяльності як лікарське питання. Ігнорування досягнень і можливостей сучасної медичної психології з явним перекосям зусиль медичних психологів і психотерапевтів лише в одну сторону, а саме в сторону нервно-психічної патології, без урахування психології здоров'я і особистих ресурсів людини, страждального соматичним захворюванням, в наше час виступає анахронізмом.

**Висновки.** На наше бачення, вирішальне значення при включенні в систему лікування не тільки хворих з психіатричним

опытом, но соматических пациентов имеет правильное соотношение психологического обследования, личностно-ориентированной и симптоматической психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов возможных личностных расстройств и их специфики на разных этапах лечения основного заболевания.

#### **Список использованных источников**

1. Братусь Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 2008. – 302 с.
2. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением / М.Е. Бурно – М.: Академический проект, 2006. – 432 с.
3. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский. – М.: Питер. – [4-е изд.] – 2011. – 864 с.
4. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьёва. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
5. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Хардию – Будапешт: Akademia kiado. Изд-во академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.
6. Холмогорова А.Б. Методологические проблемы современной психотерапии / А.Б. Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 1. – С. 182-190.
7. Хорни К. Невроз и рост личности / К. Хорни. – М.: Академический проект, 2008. – 345 с.
8. Худик В.А. Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте / В.А. Худик. – Киев, 1993. – 144 с.

#### **Spisok ispol'zovannyh istochnikov**

1. Bratus' B.S. Anomalii lichnosti / B.S. Bratus'. – М.: Mysl', 2008. – 302 s.
2. Burno M. E. Terapija tvorcheskim samovyrazheniem / M.E. Burno – М.: Akademicheskij proekt, 2006. – 432 s.
3. Karvasarskij B.D. Klinicheskaja psihologija / B. D. Karvasarskij. – М.: Piter. – [4-e izd.] – 2011. – 864 s.
4. Mendelevich V.D. Nevrozologija i psihosomaticheskaja medicina / V.D. Mendelevich, S.L. Solov'jova. – М.: MEDpress-inform, 2002. – 608 s.
5. Hardi I. Vrach, sestra, bol'noj. Psihologija raboty s bol'nymi / I. Hardiju – Budapesht: Akademia kiado. Izd-vo akademii nauk Vengrii, 1988. – 338 s.

6. Holmogorova A.B. Metodologicheskie problemy sovremennoj psihoterapii/ A.B. Holgomorova // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. – 2001. – № 1. – S. 182-190.
7. Horni K. Nevroz i rost lichnosti / K. Horni. – M.: Akademicheskij proekt, 2008. – 345 s.
8. Hudik V.A. Psihologija anomal'nogo razvitija lichnosti v detskom i podrostkovo-junosheskom vozdaste / V.A. Hudik. – Kiev, 1993. – 144 s.

**K.S. Maksymenko. Methodology and psychotechnics of personal «Me» reconstruction in various clinical diseases spectrum.** The author analyzes that the issue of personal psychotherapy in modern medical psychology puts from the scientific point of view an actual question about the specifics of the full multi-dimensional model of a healthy «Me» as the foundation of psychotherapeutic work with patients/clients. The researcher emphasizes that the multidimensional personal «Me», is cognizing and being cognized, in the scientific research approach to psyche made W. James, stands one of the most important paradigms of personal psychotherapy in modern medical psychology.

Psychotherapy as the main component in the overall structure of clinical psychology, in the coexistence of two models, with different methodologies in the implementation of the study and creation of psychological methods of impact on the human psyche with the medical and practical goal should be based on psychological studies of personal «Me».

It is concluded that the methodology and psychotechnics of personal «Me» reconstruction in various clinical diseases spectrum should be based on understanding of peculiarities of the cognitive, emotional, behavioral components of system attitudes toward the disease; on the knowledge of health psychology and features of personality resources of a man with a disease; on understanding the correlation between clinical, psychophysiological, psychological mechanisms of personality disorders in the choice of appropriate techniques of personality oriented and symptomatic psychotherapy.

**Key words:** methodology, psychotechnics, reconstruction of personal «Me», diseases of various spectrum, psychotherapy, cognitive, emotional, behavioral component, health psychology, personality disorders.

*Отримано: 2.12.2013 р.*