

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

У статті здійснено огляд проблеми співвідношення теоретичних концепцій особистісного «Я» і специфіки примінення реконструктивної психотерапії в клінічній психології. Починаючи з робіт У.Джемса і до сучасних досліджень прослідковується динаміка розуміння людиною самої себе і вплив хворобливих станів на деструкцію особистісного «Я». Уточнюються цілі психокорекційної і психотерапевтичної роботи з пацієнтами залежно від первинних, вторинних і третинних рис, а також від нозологічної специфіки і етіології страждання. Аналізується взаємодія декількох груп факторів, притаманних для психотерапії.

Ключові слова: реконструктивна психотерапія, особистісне «Я», особистісні риси, етіологія страждання, стресор.

Статья представляет собой обзор по проблеме соотношения теоретических концепций личностного «Я» и специфики применения реконструктивной психотерапии в клинической психологии. Начиная с работ У.Джемса и до современных исследований прослеживается динамика понимания человеком самого себя и влияние болезненных состояний на деструкцию личностного «Я». Уточняются цели психокоррекционной и психотерапевтической работы с пациентами в зависимости от первичных, вторичных и третичных личностных черт, а также от нозологической специфики и этиологии страдания. Анализируется взаимодействие нескольких групп факторов, существенных для психотерапии.

Ключевые слова: реконструктивная психотерапия, личностное «Я», личностные черты, этиология страдания, стрессор.

К постановке проблемы. Как известно, одной из первых, собственно психологических, концепций личностного «Я» является концепция У. Джемса (Джемс, 1993; 2011). У. Джемс выделял в личности (self) две стороны или две точки зрения: «Я» как познаваемое и «Я» как то, что познает. Это распределение отразилось в языковых структурах, с помощью которых Джемс называл выделенные аспекты личности. Познаваемое «Я» он называл опытным, эмпирическим «Я». То, которое познает «Я», или просто «Я», он обозначил как «чистое Эго». Таким образом, в теории У.Джемса личностное «Я» человека имеет двойственную природу, образованную двумя составляющими: тем, которое познает и познаваемым «Я». Они существуют неотделимо друг от друга и одновременно, интегрируясь в едином целостном «Я».

У. Джемс стремился к изучению психики с научных позиций, поэтому все представления о личностном «Я» и его субстанциональном единстве, описанном в рамках философской или телеологической мысли как человеческая душа, он считал лишними для психологии. Идеи У. Джемса о «Я» познающем и «Я» познаваемом получили дальнейшее развитие в рамках символического интеракционизма, в частности, в работах Дж. Мида. Он считал, что становление человеческого «Я» как целостного психического явления – это социальный процесс, который происходит «внутри» индивида. Дж. Мид опирался на представления Ч. Кули о зеркальном «Я». Согласно Кули, Я-концепция человека формируется под влиянием представлений индивида о том, как его видят и оценивают другие люди (Мид, 2009).

Синтезирував идеи Ч. Кули и У. Джемса, Дж. Мид предположил, что познаваемое «Я» человека (англ. me) представляет собой обобщенное отражение в сознании человека того, как его оценивают другие. Дж. Мид считал, что «Я» – как объект (me) образует усвоенные человеком установки (значения и ценности), в то время как непосредственное «Я» (англ. I) – это то, как человек в качестве субъекта психической деятельности спонтанно воспринимает себя как объекта. Совокупность «I» и «Me» образует собственно личностное или интегральное «Я» (Self).

«I» трактуется Дж. Мидом скорее как импульсивная неупорядоченная тенденция психической жизни индивида. Любое поведение начинается в качестве импульсивно реагирующего «I», но дальше развивается и заканчивается как «Me», поскольку находится под влиянием социокультурных факторов.

Несомненным преимуществом интеракционистского направления стало то, что в нем подчеркивается значение реального взаимодействия развивающейся личности с другими людьми в практической жизни. Под воздействием механизма взаимного общения происходит становление Я-концепции индивида. Она приобретает в процессе усвоения ребенком ожиданий других, разных возможностей и ограничений, определенных той или иной ролевой позицией этого индивида в социокультурной среде: половой принадлежностью, положением в семье, нормами, обязанностями и т. п. Формирование личности в процессе социализации обусловлено именно человеческим общением, то есть социально-психологическим фактором. Однако, существенным недостатком концепции является то, что личностное «Я» рассматривается лишь в контексте микросоциальной динамики его развития, а макросоциальным факторам не уделяется должное внимание.

Методологические и психотехнические подходы к реконструкции личностного «Я» в клинике различных заболеваний. Как правило, психотерапевтическая работа по реконструкции личностного «Я» больных, страдающих психиатрическими и общесоматическими заболеваниями, носит вспомогательный характер по отношению к основному курсу лечения. Ее актуальность и необходимость обусловлены комплексным, системным подходом к лечению заболеваний. Наиболее целесообразна психотерапевтическая помощь для психологической переработки заболевания и формирования у больного новой ориентации. Реабилитация (как система и как процесс) обязательно включает в себя психологический компонент, который охватывает уровень развития и зрелости личности, ее направленность, установки и отношения, преобладающие формы психологической компенсации, социальную интеграцию личности в основные социальные группы: семью, производственный коллектив, неформальное социальное окружение и т.д.

Заболевание (психическое или соматическое) вызывает у человека те или иные психологические реакции, обусловленные ее психологическими и личностными особенностями. Как результат, у больного формируется тот или иной тип психологического реагирования на заболевание. А. Е. Личко и Н. Я. Иванов создали типологию реагирования на заболевание на основе оценки влияния трех факторов: природы самого заболевания, типа личности, в котором важную составную часть определяет тип акцентуации характера, и отношения к этому заболеванию в референтной для больного группе (см. Менделевич, 2005).

Влияние любого хронического заболевания на социальный статус больного, его статус в обществе, круг интересов, уровень притязаний приводит к краху привычного образа жизни и деятельности, необходимости 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.

Однако, определение индивидуально-типологических особенностей больных и характеристики типов личностного реагирования на соматическое заболевание – сложная задача, поскольку больные часто не стремятся обращать внимание врачей на изменения в нервно-психической сфере. Они не хотят, чтобы их признали «нервными» больными, а тем более с изменениями со стороны психики (см. Басин и др., 1979; Вассерман, 1987;

Завьялов, 1999; Канищев, 2003; Коростий, 2009, Крайников, 1999; Корягин и др., 2006; Михайлов, 2011; Сарвир, 2004; Федак, 2011 и др.). Поэтому, при изучении состояния психической сферы у соматических больных большую ценность имеют экспериментально-психологические методики. В процессе экспериментально-психологического исследования врач может представить внутреннюю картину болезни пациента и тем самым установить, насколько больной представляет свое заболевание.

Крайне актуальным является детальное исследование клинических особенностей личности больного, их трансформации 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 семьей больного для активизации социальной поддержки, изменение преморбидных личностных особенностей, повышающих риск рецидива болезни и затрудняющих ее течение и процесс реабилитации и т.д. В рамках проблемы реконструкции личностного «Я» больных психическими и соматическими заболеваниями некоторыми исследователями и психотерапевтами-практиками предпринимаются попытки изучения этой проблемы и описания опыта применения психотерапевтических методов работы с больными.

В результате изучения невротических заболеваний Б.Д. Карвасарский создал модель, которую можно использовать в процессе исследования трансформации личностных особенностей больных. 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 о эмоциогенной си-

туації. Друга стадія невротического захворювання – стадія соб- ственно невроза, психогенного расстройства, в основі якого ле- жит порушення значимих відносин особистості. Неувірненість в собі, пошуки визнання, як риси невротическої особистості, і являються, по суті, зафіксованим і стійким відношенням к собі. На третій стадії невроза – при його затяжній течії і невротическому розвитку – відзначається посилення цих рис до сте- пені характерологіческіх акцентуацій і психопатическіх осо- бенностей, котрі во багатьох визначають поведінку людини і його дезадаптацію (см. Карвасарський, 1990).

Первичні особистісні риси, пов'язані з особливостями темперамента, виражаються перш за все в афективній сфері; вторичні риси проявляються в порушенні системи відносин і являються глибинними особистісними порушеннями, внутрішніми проблемами; третичні особистісні риси виявляються уже на поведінчеському рівні і можуть виражатися, наприклад, в труднощах спілкування, міжособистісного функціонування.

Дані особливості особистості пацієнта, страждущого не- врозом, грають суттєву роль при виборі оптимальної пси- хотерапевтическої тактики. Якщо при первичних особистісних расстройствах суттєву роль в терапії можуть грати біологіческіе методи лікування (в тому числі і сучасні психотропні засоби), то корекція вторичних особистісних порушень, порушень системи відносин особистості потребує уже проведення особистісно-орієнтованої (реконструктив- ної) психотерапії як в індивідуальній, так і особливо в груп- повій формі. Корекція третичних особистісних расстройствах при неврозах, котрі проявляються в поведінчеській сфері, осу- ществляється більш конструктивно при доповненні патогенети- ческої психотерапії різними методами поведінчеського тре- нінга. Відповідно, урахування первичних, вторичних і третичних особистісних особливостей хворих неврозом дозволяє більш цілеспрямовано використовувати і інші форми психотерапії (сугестію, аутосугестію і др.).

Іншими прикладами клініческої спрямованості психоте- рапії є вибір психотерапевтическіх підходів, методів і змісту психотерапевтическіх впливів при акцентуа- ціях характеру і психопатіях.

Якщо особистісно-орієнтована (реконструктивна) пси- хотерапія більш призначена для лікування невротическіх расстройствах і ґрунтується на психологіческіх основах в розумінні механізмів неврозів, то розроблена М.Е. Бурно (Бур-

но, 2000) терапия творческим самовыражением психопатических и хронически-шизофренических расстройств, особенно с дефензивными проявлениями, соответственно опирается на тщательный учет клинических особенностей пациента. Автор указывает на такие особенности работы пациентов разных групп в терапии творческим самовыражением: 1) по психастеникам – научно-лечебная информация, чувственное оживление, 2) по астеникам – забота, доброта, художественные, лирические эмоции, 3) дефензивным циклоидам (обычно склонные к вере в своего психотерапевта) – краткая научно-лечебная информация, эмоционально-подробное, юмористически мягкое, жизнеутверждающее влияние авторитета психотерапевта, 4) дефензивным шизоидам – помощь в творческом общественно-полезном выражении своей идентичности, видении подлинных ценностей в других людях, 5) дефензивным эпилептоидам – помощь в поисках положительных черт в людях, несогласных в чем-то с ними, общественно-полезном выражении своей идентичности, 6) дефензивным истерическим психопатам – нужно помочь научиться заслуживать внимание людей, пусть демонстративным, но общественно-полезным самовыражением, 7) ананкастам – нужно помочь сделать навязчивые переживания основой для творчества; 8) дефензивным малопрогрессирующе-шизофреническим пациентам – на основе особого интимного психотерапевтического контакта (невозможного в работе с психопатами) можно помочь пациенту, беспрестанно активизируя его творчески, общественно-полезно выразить в жизни свои 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 ее 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 сво-

его 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, причем он способен приписывать себе несуществующие положительные и социально одобряемые качества, при заниженной самооценки свое аутодеструктивное поведение человек трактует как вынужденное, ищет у других поддержки и подтверждения объективных причин, которые приводят его к саморазрушению.

По данным исследований В.А. Худика, нарушение самооценки по мере развития алкоголизма проявляются 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, искаженно-дефицитарная самооценка формируется задолго до формирования аутодеструктивного поведения и служит основой дезадаптации человека.

Психотерапия особенно адекватная в случае психогенных расстройств, прежде всего в групповых ее формах, применяется также при психических заболеваниях эндогенного характера. При этих заболеваниях психотерапию обычно включают в систему биологического лечения и социально-реабилитационных воздействий. Для каждого типа эндогенных психических заболеваний используются определенные типы психотерапевтического вмешательства, направленные на те или иные цели. Основная литература по этой проблеме посвящена психотерапии при шизофрении и эндогенных депрессиях (Холмогорова А.Б., 2001; Менделевич, 2005; Макаров, 2001 и др.). Вместе с тем, можно отметить, что решающее значение при включении в систему лечения соматических и психических больных имеет правильное соотношение личностно-ориентированной и симптоматической психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов расстройств и их специфики на разных этапах лечения.

Психологические детерминанты психических нарушений при болезненных состояниях организма. Этиология, как учение о причинах заболевания, является наименее разработанным разделом медицины. К психиатрии и психологии это относится в наибольшей

степени, так как этиология многих психических болезней донныне остается неизвестной. Объясняется это отчасти чрезвычайной сложностью явлений и закономерностей в этой области. Но это далеко не единственная причина. Важное значение здесь имеет отсутствие глубокой общемедицинской теории причинности.

Обращаясь к теории традиционного монокаузализма, находим следующее решение проблемы, а именно путем выделения одного ведущего этиологического фактора, который рассматривается как причина болезни. Однако повседневный клинический опыт учит, что в большинстве случаев возникновение психического заболевания связано с рядом патогенных факторов, и решение вопроса о причине конкретного психического расстройства в духе монокаузализма приводит к произвольной оценке разными специалистами. Такое решение вопроса о причинах психического заболевания с позиций «здорового смысла», оказывается во многом субъективным, спекулятивным и потому не вскрывает действительной причины.

В современной психиатрии под понятием «этиологический фактор» чаще всего понимается какой-то один экзогенный или эндогенный фактор, воздействующий на организм, и в качестве следствия вызывающий психоз или расстройство невротического уровня.

В связи с данным положением целесообразно остановиться на соотношениях эндо- и экзогенных факторов в генезе психических нарушений. При этом игнорируются или недостаточно учитываются история жизни и условия социального формирования личности пациента, его индивидуально-психологические реакции на внутренние и внешние воздействия, активная личностная переработка переживаний, способность личности к самооценке и самовоспитанию. В данном случае из-за незнания причины болезни в качестве основы принимают эндогенность. Х. Розьер считает необходимым изучать не только биологические, но и личностно-психологические и социально-психологические причины психических и психосоматических заболеваний, так как наблюдается тенденция к увеличению числа указанных видов патологии и врачи все чаще встречаются с их психосоциальной обусловленностью. С другой стороны, К. Вайз указывает, что психологические и социогенетические концепции также страдают односторонностью, когда психическое заболевание понимают как результат психологической дезадаптации и внутриличностных конфликтов, то есть в отрыве от социальной среды. Крайним вариантом этого направления является антипсихиатрия, отрицающая психические заболевания

как таковые. Выход из создавшегося положения авторы видят в интеграции, понимании болезни как результата взаимодействия органических и функциональных, личностно-психологических и социальных факторов.

По данным А. В. Снежневского, В. В. Ковалева, Н. Е. Бачерикова и соавторов, А. Е. Личко и др., преобладающими стали концепции комплексного подхода к оценке этиологии и патогенеза психических заболеваний. В частности, показано, что психологическая и социологическая концепции в отрыве друг от друга и от естественно-научного подхода не дают удовлетворительного объяснения природы психического расстройства. При исследовании биологических источников психических заболеваний получены весьма скромные результаты. Не удалось установить решающей роли отдельных и четко очерченных социальных факторов или личностных характеристик в возникновении различных психических нарушений. Однако установлено, что как в развитии личности, так и в формировании психопатологической симптоматики имеют значение особенности процессов социальной коммуникации, индивидуальной реактивности организма и личностных реакций. Таким образом, психическое заболевание всегда оказывается результатом биосоциальных явлений с преобладанием организменных, индивидуально-психологических и социально-психологических процессов. Вопрос о значении социальных факторов в определении психопатологического процесса можно ставить в нескольких плоскостях: непосредственного или опосредованного этиологического действия; образования личностно-специфических психопатологических реакций как составной части патогенеза; возникновения психического напряжения в связи с социальной оценкой и самооценкой; значения социальных условий в диагностике, лечении и реабилитации больных. Односторонний подход к оценке роли предрасполагающих, провоцирующих и детерминирующих факторов психической патологии так или иначе ограничивает возможности теоретического истолкования сущности отдельных психических заболеваний, их диагностики, лечения, социально-трудовой реабилитации и профилактики. Подчеркивание достижений в области «биологической психиатрии» создает ситуацию противопоставления ее «социальной психиатрии» и наоборот. В связи с этим оба понятия представляются нам методологически необоснованными, так как акцентируют внимание лишь на одном (биологическом или социальном) аспекте этиологии и патогенеза болезни (Бачериков, 1989) [3].

Большинство психических расстройств невозможно свести к какой-то одной-единственной причине. Чаще всего предполагается наличие ряда, или цепочки, причин, что означает мультикаузальность, или многофакторное возникновение. Мультикаузальность в научном мире постулируется в какой-то мере потому, что нет возможности доказать отдельные, конкретные причины, но есть и позитивные доводы в пользу мультикаузальности. Даже если при некоторых расстройствах и известна какая-то одна причина, например, хромосомная аномалия, за актуальное состояние 10-летнего ребенка или 40-летнего взрослого все равно отвечает целая цепочка условий, которые истекают из этой хромосомной аномалии. Поэтому, признавая комплексность психических расстройств, возникает необходимость в дифференцированном понимании причин. Именно поэтому говорят не о конкретной причине, или этиологии какого-то расстройства, а о его условиях возникновения. Мультикаузальность может означать, что несколько факторов действуют в одной и той же плоскости или что отдельные факторы лежат в разных плоскостях; отсюда, для психических расстройств обычно используются мультикаузальные, мультимодальные модели. Психические расстройства могут быть обусловлены факторами, лежащими в соматической плоскости, психической, социальной или экологической плоскостях. При этом отдельные плоскости взаимно влияют друг на друга, так что все факторы всех плоскостей данных, которые оказывают влияние, являются значимыми.

По мнению У. Бауманн (Бауманн, 2002), в психиатрии прослеживается борьба трех основных тенденций в объяснении причин и механизмов возникновения психических заболеваний с точки зрения их обусловленности:

- 1) биологической (генетической, врожденной и приобретенной);
- 2) социально-психологической;
- 3) индивидуально-психологической (личностно-типологической).

Рассматривая социально-психологические процессы, У. Бауманн отмечает их вклад в возникновение или поддержание как психических, так и соматических расстройств и заболеваний. Речь идет, в первую очередь, о таких моделях социальной психологии, которые можно напрямую соотнести с психическими или психосоматическими расстройствами. Это модели, касающиеся:

– социального поведения и социальной интеракции, то есть общения с другими;

– социальных когниций, то есть мыслей, предположений и знания о событиях, происходящих в нашем окружении.

Несмотря на то, что существенные и расширенные разработки в клинической психологии, например, психология здоровья, в значительной мере строятся на социально-психологических моделях, социальная психология все еще стоит перед некой дилеммой. С одной стороны, в ее распоряжении есть модели, которые можно непосредственно применять для решения клинических проблем и вопросов психологии здоровья. В пользу этих моделей говорит их клиническая очевидность и убедительность. С другой стороны, связь между социально-психологическими факторами и соматическими или психическими расстройствами, которую можно было бы специфически и однозначно доказать, сравнительно непрочно. Так, само собой разумеется, что поддержка со стороны семьи, друзей и знакомых помогает кому-то преодолеть критические фазы жизни; однако почти невозможно подтвердить эмпирически и вообще экспериментальным путем, что социальный контакт и, например, утешение напрямую влияют на непроявление заболевания.

С другой стороны, такая новая область, как психоиммунология, позволяет установить, какое влияние психологические факторы оказывают на биологические процессы, релевантные для расстройств или болезней.

Ввиду разнообразия возможных факторов, действующих при расстройствах, сама феноменология которых часто описывается недостаточно – стоит вспомнить хотя бы трудности психиатрической диагностики с использованием конкурирующих систем МКБ-10 и DSM-IV, – вряд ли можно ожидать здесь какой-то единой теории, а значит, и унифицированной системы социально-психологических объяснений. Да, это было бы и нежелательно в настоящее время, при имеющемся уровне знаний. Именно многообразие подходов дает стимулы для дальнейшего исследования.

В качестве основных факторов социально-психологического воздействия рассматриваются такие механизмы:

1. Социальное поведение с интеракцией и коммуникацией, выражением эмоций, социальной компетентностью, привязанностью и поддержкой.

2. Социальная когниция с социальным восприятием, установками, атрибуциями, ожиданиями.

3. Социальные условия с ролями, статусом, условиями жизни, культурными влияниями.

Эти факторы влияния находятся во взаимодействии с задатками индивида – как психическими, так и физическими.

Социально-психологические факторы воздействуют на психические и соматические расстройства или заболевания в самых различных плоскостях:

1. Прямое воздействие социально-психологического фактора, например влияние социальной изоляции на поведение. Убедительный пример этому – классические наблюдения Р.Шпитца: как сказывается на детском поведении отсутствие социального внимания.

2. Непрямое воздействие – к примеру, влияние неблагоприятной ситуации с работой, которая вызывает психологическую реакцию и создает стресс и тем самым косвенно обуславливает физические симптомы.

3. В качестве модераторных переменных выступают, например, «переменные организма» (О-переменные) между стимулом и реакцией в актуальных S–R-моделях. Под это понятие – переменных организма – подпадают также установки, ценности и представления цели.

4. Дополнительным условием могут быть интеракции в семье. Это впечатляюще подтверждают современные данные о влиянии «выраженной эмоции».

5. Своего рода поддерживающим условием является, например, недостаток социальной компетентности, что мешает человеку, склонному к депрессии, завязывать новые социальные контакты.

6. Чаще всего приходится предполагать взаимодействие с имеющимися органическими или психологическими дефицитами, которое и приводит к манифестации психических или соматических расстройств.

При любом совпадении определенных социально-психологических условий с психическими или соматическими расстройствами или заболеваниями необходимо критически подходить к вопросу о причине и следствии. Например, измененное коммуникативное поведение может быть причиной депрессивного расстройства, но может быть и сопутствующим явлением или проявлением состояния, или выступать как следствие негативного опыта с окружающими во время этого депрессивного состояния. Здесь надо помнить о том, что корреляционные связи ничего не говорят о причине и следствии. Чтобы, например, выяснить, являются ли установки причиной заболеваний, а не только ли они корреляты, то есть дополнительные субъективные объяснения, потребовались бы дорогостоящие проспективные лонгитюдные исследования.

Заключение. Современный уровень исследований показывает, что ответ на вопрос, при каких условиях преходящее нарушение

розвиття може привести к розвитку психических расстройств, за-висит от взаимодействия нескольких групп факторов. Различия в уязвимости – как врожденные, так и приобретенные в ходе истории научения – делают разных людей в разной степени подверженными и восприимчивыми к патогенным влияниям. К этим различиям, возможно, прибавляются еще и половые различия, влияющие на уязвимость и развитие отдельных расстройств. Вторая патогенная группа факторов – это стрессовые негативные жизненные события и хронические негативные социальные влияния, которые воздействуют на развитие во всех вариациях – иногда в соответствии с культурным стандартом, иногда выходя за рамки нормы. Сюда относятся не только травматические переживания и патогенные социальные отношения в семье, но и культурные условия, которые либо способствуют некоторым расстройствам, либо смягчают выраженность расстройств. В частности, дискутировался вопрос: может ли быть так, что повышенная болезненность депрессивными расстройствами у женщин и алкоголизмом у мужчин поддерживаются культурно обусловленными половыми стереотипиями и соответствующими влияниями социализации.

Стрессоры могут оказывать на психические расстройства эффекты различного рода.

– Стрессор может представлять собой необходимое и достаточное условие для возникновения какого-то расстройства, являясь причиной; другие факторы влияния установить невозможно. Типичные примеры – хронизированные адаптивные и стрессовые реакции, такие как чрезмерная печаль или посттравматическое стрессовое расстройство.

– Стрессор выступает иногда и частной причиной. Этот вариант имеет место тогда, когда для возникновения расстройств дополнительно требуются и другие факторы. Например, диатез-стресс-модель предполагает, что помимо стрессора для возникновения определенного расстройства у индивида должна быть еще особая уязвимость.

– Стрессоры могут и усугубить какое-то уже существующее условие для возникновения расстройства, в результате чего превышает определенное пограничное значение, и расстройство становится очевидным. Подобную усугубляющую функцию можно предполагать при многих проблемах пубертатного и подросткового возраста.

– Стрессоры могут быть триггерным событием, имея провоцирующее действие в фазе до начала расстройства, или – при долго продолжающейся перегрузке – стрессовое событие может в конце

концов повысить уровень перегрузки выше порога резистентности и тем самым способствовать манифестации расстройства.

– Стрессовое событие может иногда привести и к активации личностных и социальных ресурсов и даже к некоторому изменению отношения к имеющейся психической проблеме. Выступая протективной относительно расстройства функцией.

Наряду с простыми прямыми функциями стрессовых событий имеют значение и более сложные связи, учитывающие и другие переменные. Кроме того, стрессоры могут брать на себя функцию управления течением уже существующего расстройства.

Однако для развития расстройств и смягчения их выраженности имеют значение не только патогенные факторы – внутренние и внешние. Для прогнозирования психических расстройств следует учитывать и протективные факторы. Здесь тоже можно выделить внутренние и внешние по отношению к индивиду источники. Индивидуальные признаки компетентности в совладании со стрессом, интернальный локус контроля, всевозможные профессиональные и социальные способности и особенности социальной поддержки – все это, будучи протективными факторами, способно смягчить патогенные влияния. В частности, к таким протективным факторам относятся стабильные отношения в детстве или в зрелом возрасте, позитивное подкрепление адекватного поведения совладания или социальные модели, позволяющие отвечать на требования жизни адекватно реальности.

Выводы. Сделав обзор несомненных протективных факторов, которые отмечались во многих долговременных и срезовых исследованиях, было обнаружено, что существенным протективным фактором являются позитивные отношения с первично референтными лицами. Сложное взаимодействие патогенных и протективных внутренних и внешних условий – вот от чего зависит главным образом относительная успешность адаптации в процессе развития, который продолжается всю жизнь.

Список использованных источников

1. Бассин Ф.В. Психическая травма (к современному пониманию ее природы и общих принципов ее психотерапии): Руководство по психотерапии / Ф.В. Бассин, В.Е. Рожнов, М.А. Рожнова; Под ред. В. Е. Рожнова. – 2-е изд., доп. и перераб. – Ташкент: Медицина, 1979. – С. 24-43. – 620 с.
2. Бауманн У. Клиническая психология / Урс Бауманн, Майнрад Перре; [пер. с нем.]. – [2-е междунар. изд.]– СПб.: Питер, 2002.

3. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков, К.В. Михайлова, В.Л. Гавенко и др. – К.: Здоровье, 1989. – 512 с.
4. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением / М.Е. Бурно. – М.: Академический проект, 2000. – 364 с.
5. Вассерман Л.И. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методическое пособие / Л.И. Вассерман и др.. – Л., 1987.
6. Джемс У. Многообразие религиозного опыта/ У. Джемс. – М., 1993.
7. Джемс У. Прагматизм: новое название для некоторых старых методов мышления: Популярны лекции по философии / У. Джемс; Пер. с англ. – Изд. 3.
8. Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия / В.Ю. Завьялов. – М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 250 с.
9. 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.
10. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – М.: Питер, 4-е изд., 2011. – 864 с.
11. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – 2-е изд., перераб. и доп. / Б.Д. Карвасарский – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
12. 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.
13. Корягин Ю.А. Работа психотерапевта в отделении реабилитации кардиологических больных / Ю.А. Корягин, А.И. Ращевский // Вопросы клинической и социальной психологии и психиатрии: тез. докл. – Днепропетровск, 1996. – С. 93 – 94.
14. 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.
15. Макаров В.В. Психотерапия нового века / В.В. Макаров. – М.: Академический Проект, 2001. – 496 с.
16. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич. – 5-е изд. – М.: МЕД-пресс-информ, 2005. – 432 с.

17. Мид Дж. Г. Избранное: Сб. переводов / 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.
18. Михайлов Б.В. Принципи побудови підготовки фахівців для лікування хворих на соматичні та психічні розлади / Б.В. Михайлов, І.В. Романова, Г.П. Андрух, І.М. Сарвір, М.А. Гавриленко, П.Г. Андрух, О.І. Кудінова, Т.А. Алієва // Медицинская психология: Науч.-практ. журн. / ХМАПО, Харьк. мед. о-во. – Х., 2011. – №4. – С. 65 – 66.
19. Сарвір І.М. Анксіозні стани в структурі гіпертонічної хвороби та їх психотерапевтична корекція: Автореф. дис.. канд. мед. наук: 14.01.16 / І.М. Сарвір; Харьк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Х., 2004. – 20 с.
20. Федак М.Б. Психотерапія хворих на ішемічну хворобу серця / М.Б. Федак // Медицинская психология: Науч.-практ. журн. / ХМАПО, Харьк. мед. о-во. – Х., 2011. – №3. – С. 79 – 80.
21. Холмогорова А.Б. Методологические проблемы современной психотерапии / А.Б. Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 1. – С. 182-190.
22. Худик В.А. Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте / В.А. Худик. – Киев, 1993.

In the article a survey on the problem of theoretical conceptions of the personal «Me» and specific features applying a reconstructive psychotherapy in clinical psychology is presented. A dynamics of person's self-understanding and the influence of different diseases on the destruction of personal «|Me» are being traced beginning from the works of W. James and up to the modern researches. The aims of psychotherapeutic and psychocorrectional work depending on the primary, secondary etc. personality features of a patient or on the nozological and etiological roots of the sufferance are defined. The interaction of several groups of factors essential for a psychological therapy is analysed. Individual features of a competence together with a stress, internal locus of a control, all kinds of professional and social abilities and peculiarities of a social support are shown to be capable to mitigate a pathogenic influence. A fundamental protective factor is determined to be positive relations with referential persons. We reached a conclusion that relative success of adaptation in the process of development lasting all life long depends on a difficult interaction between pathogenic and protective internal and external conditions.

Keywords: reconstructive psychological therapy, personal «Me», personal features, etiology of sufferance, stressor.

Отримано: 18.01.2013 р.