

ЛІТЕРАТУРА

1. Асташова Н.А. Учитель: проблема выбора и формирование ценностей / Н.А. Асташова. – М. : Московский психол.-соц. ин-т ; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЕК», 2000. – 272 с.
2. Бондарчук О.І. Експериментальна психологія : курс лекцій / О.І. Бондарчук. – К. : МАУП, 2003. – 120 с.
3. Бондарчук О. І. Соціально-психологічні основи особистісного розвитку керівників загальноосвітніх навчальних закладів у професійній діяльності : [монографія] / О.І. Бондарчук. – К. : Наук. світ, 2008. – 318 с.
4. Бурлачук Л.Ф. К построению теории «измеренной индивидуальности» в психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова // Вопросы психологии. – 1994. – №3. – С. 5–11.
5. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике ; [изд. 2-е, перераб. и дополн.] / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб. : Питер, 2002. – (Серия «Мастера психологии»).
6. Зубова Л.В. Обоснование системы критериев, способствующих определению уровней сформированности ценностных ориентаций личности / Л.В. Зубова // Вестник ОГУ. – 2002. – №8. – С. 120–125.
7. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2005. – 944 с.
8. Курлянд З.Н. Личностно-ориентированное педагогическое образование как фактор формирования ценностных ориентаций будущих учителей / З.Н. Курлянд // Народное образование. – 2004. – № 4. – С. 86–97.
9. Максимчук Н.П. Зміст ціннісних орієнтацій в життєво-професійному самовизначенні майбутнього педагога / Н.П. Максимчук // Психологія : зб. наук. праць. – Вип. 4 (7). – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 1999. – С. 55–61.
10. Никитина Н.Н. Развитие ценностного сознания учителя / Н.Н. Никитина // Педагогика. – 2000. – №6. – С. 65–70.
11. Осипова А.А. Общая психокоррекция : [учеб. пособ.] / А.А. Осипова. – М. : Сфера, 2002. – 510 с.
12. Панасюк А.Ю. Система повышения квалификации и психологическая перестройка кадров : [метод. пособие] / А.Ю. Панасюк. – М. : Высш. шк., 1991. – 79 с.
13. Радчук Г.К. Аксіопсихологія вищої школи : [монографія] / Г.К. Радчук. – Тернопіль : ТНПУ, 2009. – 415 с.
14. Слюсарева Е.С. Методы психологической коррекции : [учеб.-метод. пособ.] / Е.С. Слюсарева, Г.Ю. Козловская. – Ставрополь : ООО «Борцов» 2008. – 240 с.
15. Смирнов Л.М. Анализ опыта разработки экспериментальных методов изучения ценностей / Л. М. Смирнов // Психологический журнал. – 1997. – №1. – С. 157–168.
16. Яницкий М.С. Диагностика уровня развития ценностно-смысловой сферы личности : [учеб. пособ.] / М.С. Яницкий, А.В. Серый. – Новокузнецк : МАОУ ИПК, 2010. – 102 с.
17. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: активне соціально-психологічне навчання : [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів] / Т.С. Яценко. – К. : Вища школа, 2004. – 679 с.

УДК 159.9.072

СИСТЕМА КОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

І.І. Савенкова

*кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології
Київського університету імені Бориса Грінченка*

Стаття представляє теоретичний аналіз системи корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання як найважливішого етапу в лікуванні таких пацієнтів.

Ключові слова: медико-психологічна реабілітація, психосоматичні захворювання, концепція реабілітації.

Статья представляет собой теоретический анализ системы коррекционных действий медико-психологической реабилитации больных психосоматическими заболеваниями как важнейшего этапа в лечении таких пациентов.

Ключевые слова: медико-психологическая реабилитация, психосоматические заболевания, концепция реабилитации.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Реабілітація пацієнтів із психосоматичними розладами є найважливішим етапом у лікуванні таких хворих, їх відновлення та повернення в соціум, зниженні ризику рецидиву. Ефективність лікування багато в чому залежить від інтенсивності та якості реабілітації, яка стала невід'ємною частиною медико-психологічної допомоги у світовій практиці, проте у вітчизняних умовах представлена не в повному обсязі і потребує освоєння та впровадження. Окрім того, до цього часу не було розроблено програми медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих з урахуванням диференціації часових характеристик суб'єктів.

У зв'язку з цим, проблема реабілітації: її сутність, специфіка з урахуванням часового фактора своєчасності проведення як методу медико-психологічної допомоги, є *метою виконання заключного (V) етапу алгоритму хронопсихологічного прогнозування перебігу психосоматичних захворювань* [11].

Мета статті – представити теоретичний аналіз системи корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати загальний зміст медико-психологічної реабілітації психосоматичних хворих.
2. Представити систему корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання, яка враховує три послідовні етапи її дотримання.

РЕЗУЛЬТАТИ ТЕОРЕТИЧНОГО АНАЛІЗУ ПРОБЛЕМИ

Основним лікуванням психосоматичних розладів є медикаментозна терапія. Однак, поряд з фармакологічним та фізіотерапевтичним лікуванням, нині особлива роль у світовій практиці відводиться психокорекційній та соціальній роботі з пацієнтом, його сім'єю, родичами і найближчим оточенням, що знижує ризик рецидиву захворювання і суттєво впливає на її якість життя. Медико-психологічна реабілітація є однією з основних частин у сучасній комплексній програмі допомоги хворим з психосоматичними розладами.

Вважається, що зміст концепції реабілітації хворих та інвалідів було сформовано в роки Другої світової війни в Англії і США [7, 67]. Однак сучасні дослідження показують, що окремі конкретні форми роботи і публікації мали місце набагато раніше. Багато було зроблено в тих галузях охорони здоров'я та соціального забезпечення, які зараз відносять до сфери реабілітації, і в інших країнах (Франція, Голландія, Швейцарія, на території колишнього СРСР) [4, 75].

Концепція реабілітації хворих та інвалідів спочатку виходила з ідей так званої фізичної медицини. Надалі вона була доповнена положеннями соціальної гігієни, психології, педагогіки, соціології та інших дисциплін. Існує багато визначень *реабілітації*, зокрема, такі: «розвиток або поліпшення тих здібностей хворого, які можуть бути використані для його успішної соціальної і трудової діяльності поза лікарнею» [9, 98]; «інтеграція індивідуума в суспільство, при якій досягається більш дієве і більш необхідне пристосування» [10, 45]; «відновлення хворого як людини (особистості) і як члена суспільства» [10, 87]; «спеціальне поле медичної і соціальної активності» [3, 77]; «спроба включення неповноцінного індивідуума в соціальне середовище, в якому виявиться можливим оптимальний додаток його залишкових здібностей» [3, 55].

Термін «медико-психологічна реабілітація» отримав останнім часом міжнародне визнання і поширення. У 2006 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) так сформулювала поняття «*медико-психологічна реабілітація*»: «Медико-психологічна реабілітація – це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених унаслідок захворювання чи травми функцій, або оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільство» [цит. за 7, 88].

Реабілітаційна діяльність – це організовані взаємодії різних людей у процесі повсякденного виконання програми.

Концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і наступне після хвороби пристосування до життя та праці тощо. Але реабілітація – це не тільки вище перераховані напрями, це, перш за все, новий підхід до хворої людини.

Реабілітація психосоматичних хворих має свої *особливості*, які відрізняють її від реабілітації інших нозологічних категорій хворих. Ці особливості пов'язані в першу чергу з тією обставиною, що тривалість періоду ремісії (загасання хвороби) залежить від *ефективності та своєчасності проведення реабілітаційних заходів*. Тому реабілітація психосоматичних хворих є, перш за все, їх ресоціалізація, яка передбачає відновлення (збереження) індивідуальної і суспільної цінності хворих, їх особистого і соціального статусу.

Важливим *принципом реабілітаційних заходів* є те, щоб включити самого хворого в лікувально-відновлювальний процес, залучити його як можна більше до співучасті у відновленні тих чи інших порушених функцій (наприклад, пам'яті або уваги) або соціальних зв'язків: трудових, сімейних та ін. Цей принцип реабілітації психосоматичних хворих можна назвати *принципом партнерства*. Ресоціалізувати хворого без його активної участі неможливо. Добре відомо, що навіть лікарське лікування краще допомагає, коли хворий в нього вірить, вірить в авторитет лікаря, який призначив йому ті чи інші ліки.

Другий принцип реабілітації хворих на психосоматичні захворювання – це принцип різноплановості зусиль (дій, заходів) щодо реалізації реабілітаційної програми. Він полягає в розумінні реабілітації як складного процесу, що об'єднує зусилля психолога і пацієнта і спрямований на різні сфери «психосоціального функціонування» пацієнта.

У клінічній практиці вміння спрямовувати систему відносин (взаємовідносин) в потрібному для реабілітаційних цілей напрямку становить важливе *медико-психологічне та одночасно лікувально-відновлювальне завдання*. Особистість формується в соціальному спілкуванні, аспекти якого різноманітні і не можуть бути зведені лише до соціально-трудова реабілітації. Ставлення до себе, своїх вчинків, своєї хвороби, сім'ї, близьких, до свого і їхнього престижу, своєї кваліфікації та освіти, дозвілля, культурних цінностей, цінностей взагалі та, відповідно, їхня корекція займають важливе місце в процесі соціалізації і ресоціалізації.

Третім принципом реабілітації є принцип єдності психосоціальних та біологічних методів дії. Хоча апеляція до особистості лежить в основі будь-якої реабілітаційної програми, реабілітація є не тільки соціальною, але і клінічною проблемою, яка вимагає для свого успішного вирішення розуміння як психологічної, так і фізіологічної та патофізіологічної її основи. Не завжди легко провести чітку межу між профілактикою та лікуванням, ще важче провести її між лікуванням і реабілітацією. Успіх будь-якої реабілітаційної програми залежить від урахування як клініко-біологічних, так і психосоціальних факторів. Так, наприклад, психотерапевти віденської школи давали такий прогноз щодо лікування психосоматичних хворих: на 50% усе залежить від клініко-біологічних і на 50% – від психосоціальних факторів [3, 55–56].

Отримані нами результати дослідження [11] показують, що всі психосоматичні захворювання пов'язані в своєму розвитку з трьома категоріями факторів: клініко-біологічними, особистісними та часовими.

Четвертий принцип реабілітації можна назвати принципом ступінчастості (перехідності) докладених зусиль, здійснюваних дій і заходів. Психосоціальні дії (психотерапевтичні, трудотерапевтичні та ін.) необхідно призначати в потрібний час, а саме: напередодні *входження хворих у фазову сингулярність* та в певних дозах, з поступовим переходом від однієї реабілітаційної дії (заходу) до іншої, від однієї форми організації до іншої.

Відповідно до принципів ВООЗ **нами була представлена** схема трьох послідовних *етапів* медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання.

Перший етап має назву *відновлювальної терапії*, **другий** – *етап реадaptaції*, **третій** – *етап реабілітації*.

Перший етап – відновлювальна терапія – є початковим етапом складного процесу реабілітації. Головним завданням є усунення або пом'якшення проявів хвороби, запобігання формуванню психосоматичного дефекту, явищ так званого госпіталізму, його інвалідизації. В цьому полягає *профілактична спрямованість* заходів, які проводяться на першому етапі. Етап відновлювальної терапії характеризується поєднанням медикаментозно- фізіотерапевтичної терапії з психотерапевтичним впливом.

Завданням *другого етапу* реабілітації, реадaptaції, є пристосування хворого до умов зовнішнього середовища, відновлення пристосованості: мотивація пацієнта до праці, до активного способу життя, міжособистісних відносин і т.д. На цьому етапі переважають психосоціальні дії, серед яких на перше місце висувається стимуляція соціальної активності хворих різними методами.

Психотерапевтичноорієнтована робота проводиться не тільки з хворими, а й з їхніми родичами. Медикаментозне лікування на цьому етапі реадaptaції обмежується.

Третій етап реабілітації – реабілітація у власному (прямому) значенні цього слова. Можливе більш повне відновлення в правах, індивідуальної і суспільної цінності хворого, ставленні хворого до навколишньої дійсності, що складає основний зміст цього етапу. Дуже важливою, що сприяє успіху реабілітації, є організація правильного ставлення до хворих з боку оточення в родині, з друзями, на роботі. Важливе значення в цьому періоді надається груповій роботі з хворими, яка містить елементи «підтримуючої» психотерапії, терапії зайнятості та розваги, тренінги.

Реабілітація – це динамічна система, спрямована на досягнення певної мети особливим методом, головна суть якого полягає в опосередкуванні через особистість хворого лікувально-відновлювальних впливів та заходів, в руслі не тільки медикаментозної терапії, а й психологічних, а також соціальних факторів у процесі саногенезу [1].

За допомогою методів медико-психологічної реабілітації досягається більш швидке і ефективно лікування пацієнтів, які перенесли перше загострення психосоматичного розладу, повернення їх у суспільство, підвищення рівня якості життя. За визначенням ВООЗ, якість життя є сприйняттям людьми свого становища в житті залежно від культурних особливостей та систем цінностей і у зв'язку з їх цілями, очікуваннями, стандартами і турботами [6, 66]. Водночас, досить актуальним залишається питання *своєчасності проведення медико-психокорекційних заходів*, що забезпечить ефективність їх реалізації.

Психосоціальна реабілітація передбачає різні системи дії, що включають індивідуальні бесіди (психотерапію), сімейну та групову терапію, реабілітацію групи підтримки тощо. Крім сімейної терапії, проводиться індивідуальне психотерапевтичне лікування, сутність якого полягає в регулярних зустрічах пацієнта з професіоналом, яким може бути психотерапевт, психолог або соціальний працівник, що має спеціальну підготовку. У бесідах обговорюються різні хвилюючі хворого теми: минулий досвід та існуючі труднощі, думки, почуття і системи взаємовідносин [8].

Використовуючи рольові методи, можна навчити хворого справлятися з тими внутрішніми і зовнішніми факторами, які можуть призводити до загострення. Крім того, ці методи дозволяють знайти ті форми поведінки, при яких стан та соціальна адаптація поліпшуються, і уникати тих, які призводять до погіршення.

Важливим елементом соціальної реабілітації є участь у роботі груп взаємної підтримки, очолюваних пацієнтами, які перенесли госпіталізацію. Це дозволяє іншим хворим відчутти допомогу в розумінні своїх проблем, усвідомити, що вони не самотні у своєму нещасті, побачити можливості особистої участі в реабілітаційних заходах і в суспільному житті [1, 88].

На сьогодні встановилася міцна тенденція розглядати проблеми психосоматичного захворювання та інвалідності в контексті найближчого оточення пацієнта. Сім'я безумовно є найбільш значущим джерелом підтримки в досягненні успішного соціального пристосування та ефективного функціонування хворого [5].

Сімейна психотерапія допомагає пацієнтові і його близьким родичам зрозуміти точку зору один одного. Вона, охоплюючи, як правило, роботу з самим хворим, його батьками, сестрами і братами, подружжям і дітьми, може бути використана як для мобілізації сімейної допомоги хворому, так і для підтримки членів сім'ї, які перебувають у важкому душевному стані. Існують різні рівні сімейної терапії, від однієї-двох бесід до регулярно організованих зустрічей. У рамках сімейної терапії на ранньому етапі хвороби зусилля концентруються на проблемних моментах у відносинах між членами сім'ї, тому що «нездорові» відносини можуть вплинути на хворого і навіть викликати погіршення його стану. При цьому

на найближчих родичів покладається велика відповідальність, оскільки в їхніх руках виявляється можливість суттєво допомогти хворому, поліпшивши якість життя як його самого, так і всіх оточуючих його людей [2].

Сутність психоосвітнього методу полягає в навчанні та інструктуванні хворого і його родичів. Він виконується в формі лекцій, присвячених таким темам, як: «основні симптоми», «перебіг і прогноз хвороби», «методи лікування», «можливі труднощі» та ін. Інформованість хворих зменшує внутрішній опір лікуванню, усуває невинуваті підозри, створює умови для побудови міцного терапевтичного альянсу медичного психолога (психотерапевта) і пацієнта. Значний обсяг інформації про хворобу допомагає прийняти її, в той час як заперечення захворювання призводить до відмови від лікування і неминучого погіршення стану здоров'я.

У процесі реабілітації широко використовується групова робота, яка спрямована на зміну відносин установок і діапазону здібностей пацієнта. Вона допускає стимуляцію активності, формування відповідальності хворого за свою соціальну поведінку, підвищення його соціальної компетентності.

Психотерапевтичні групи націлені на розв'язання серйозних психологічних проблем, на психологічні (емоційні, когнітивні і поведінкові) зміни учасників. Групова психотерапія має безліч варіантів і методів – від психоаналітично орієнтованих методів до соціально-психологічних тренінгів і підтримуючих технологій [2].

Сеанси групової терапії зазвичай включають невелике число пацієнтів і ведучого. Ця система сконцентрована на навчанні сприйняття реальності іншими людьми і формуванні підходу до особистих взаємин. У групах розв'язуються різні проблеми, що турбують хворих, а саме такі, як надмірна вимогливість до себе і до оточуючих, самотність, труднощі включення в колектив та ін. Пацієнт бачить, що навколо нього є люди, які відчують такі ж труднощі, як і він сам, на прикладі інших він вчиться їх подоланню і знаходиться в середовищі, яке він розуміє і де розуміють його. Такі групи дуже важливі для відновлення особистісних якостей: вони створюють хворим умови для спілкування, співробітництва, розв'язання багатьох проблем, надають підтримку у створенні і розвитку особистих зв'язків.

Аналіз використання психотерапевтичних підходів дозволяє нам сформулювати стратегії медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання. Психотерапевтичний підхід повинен бути суто індивідуалізованим, з урахуванням діагностичної інформації щодо психопатологічних і психосоціальних порушень, реабілітаційних резервів хворого.

Поширеність процесу хронізації психосоматичних захворювань в Україні відповідає загальносвітовим показникам. Щорічно збільшується первинна інвалідизація і збільшується кількість інвалідів у групі хворих на психосоматичні розлади. Лікування первинного психосоматичного епізоду в Україні вимагають 3670 пацієнтів. Усього ж, наприклад, на початок 2011 року 156 311 пацієнтів (334,36 на 100 тис. населення) мали повторні рецидиви психосоматичної хвороби [6].

За існуючих схем лікування повторні епізоди виникають протягом першого року в 57–67%, а протягом наступних 5 років – в 69–95,5% випадків. Кожен наступний психосоматичний епізод, крім значних витрат у разі стаціонарного лікування, призводить до прогресу хвороби, істотного погіршення психосоматичних функцій пацієнта, і як результат – ранньої інвалідизації.

У перебігу психосоматичної хвороби, як правило, спостерігається кілька загострень (рецидивів). Між цими станами відзначається відсутність активних ознак захворювання – період ремісії. У ці періоди іноді зникають або мінімально представлені ознаки хвороби. У той же час кожна нова «хвиля» позитивних розладів робить все важчим повернення хворого до звичайного життя, тобто погіршує якість ремісії. Тому важливим етапом у подоланні загострення психосоматичного захворювання виступають *якісні та своєчасно проведені медико-психологічні реабілітаційні заходи саме у період реконвалесценції (видужання)*.

ВИСНОВКИ

Таким чином, реабілітація є важливим методом медико-психологічної допомоги при лікуванні хворих на психосоматичні розлади, має свої особливості, які відрізняють її від інших видів реабілітації, і потребує удосконалення засобів щодо впровадження нових методів діагностики та профілактики цих порушень.

Ми пропонуємо систему корекційних заходів медико-психологічної реабілітації хворих шляхом диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями, що забезпечить своєчасність, а відповідно, і ефективність проведення цих заходів.

Тим самим ми збільшуємо коло практичних завдань діяльності клінічного психолога в реабілітаційному центрі або відділенні, до яких пропонується віднести: 1) експериментально-психологічне обстеження пацієнтів з метою диференціальної діагностики, прогнозу та розробки програми медико-психологічної реабілітації хворих на психосоматичні захворювання з урахуванням диференціації часових характеристик суб'єктів із соматичними порушеннями; 2) експериментально-психологічне обстеження з метою об'єктивізації динаміки психологічної складової стану пацієнта для обліку передумов ефективності медико-психологічної реабілітації; 3) експериментально-психологічне обстеження з метою оцінки ступеня і структури порушень психічного функціонування при проведенні медико-психологічної реабілітації; 4) психологічний аналіз особливостей поведінки пацієнта; 5) проведення психокорекційних заходів для реалізації лікувально-реабілітаційних режимів на різних етапах реабілітаційного процесу, спрямованих на

профілактику психологічних наслідків перенесеного психосоматичного розладу, подолання ізоляції, явищ госпіталізму, розвиток навичок взаємодії, визначення мети, формування життєвої перспективи; 6) психологічний вплив з метою оптимізації сімейно- подружніх відносин; 7) психологічна робота з мікросоціальним оточенням пацієнта на різних етапах реабілітації; 8) формування та актуалізація соціально-трудових можливостей з їх усвідомленням пацієнтом, вибір напрямку соціальної та професійної адаптації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авиллов О.В. Определение эффективности реабилитации последствий стресса у студентов с помощью анализа variability сердечного ритма / О.В. Авиллов // Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам / под ред. акад. В.А. Покровского. – М. : Медицина, 2004. – 392 с.
2. Александровский Ю.А. Терапия тревожных состояний у больных с пограничными психическими расстройствами / Ю.А. Александровский, Р.Г. Аджигитов // Психофармакотерапия пограничных психических расстройств. – М. : ГЭОТАР Медицина, 2000. – С. 163–204.
3. Амон Г. Психосоматическая терапия / Г. Амон. – СПб. : Речь, 2000. – 216 с.
4. Бондаревич С.М. Часові параметри індивідуально-типологічних особливостей суб'єктів з соматичними порушеннями : дис... канд. психол. наук : 19.00.01 – загальна психологія, історія психології / С.М. Бондаревич. – Одеса, 2008. – 179 с.
5. Вейн А.М. Психосоматические отношения / А.М. Вейн // Заболевания вегетативной нервной системы. – М. : Медицина, 1991. – С. 374–384.
6. Здоровье // Ежемесячник. – 2011. – № 5. – С. 118–123.
7. Коробіщина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи : [кер-во для практик. психологів, лікарів]. – Одеса : Астропринт, 2005. – 82 с.
8. Мамардшвили М.К. Сознание – это парадоксальность, к которой невозможно привыкнуть / М.К. Мамардшвили // Вопросы философии. – 1989. – №7. – С. 112–118.
9. Напренко О.К. Депресія та тривога. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я : [посіб. для поліпшення якості роботи лікарів] / О.К. Напренко / за ред. проф. І. П. Смірної. – К. : Здоров'я, 1999. – 165 с.
10. Олейник С.А. Механизмы психической адаптации и дезадаптации у больных с болевыми и безболевыми формами ишемической болезни сердца – участников профилактической программы : автореф. дисс... канд. психол. наук : 19.00.01 – общая психология, история психологии / С.А. Олейник. – Томск, 1992. – 174 с.
11. Савенкова І.І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на хронічні гастроентерологічні розлади / І.І. Савенкова // Проблеми загальної та педагогічної психології : [зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України] / за ред. акад. С.Д. Максименка. – К., 2009. – Т. 11. – Ч. 1. – С. 482–490.

УДК 159.923.2

ВНУТРІШНІ ДІАЛОГИ ІДЕНТИЧНОСТІ МІЖ «Я» ТА «НЕ-Я»

Я.І. Український

*кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної психології
Київського національного університету імені Тараса Шевченка*

І.Д. Риндер

*аспірант факультету психології
Київського національного університету імені Тараса Шевченка*

У статті представлено результати емпіричного дослідження характерних властивостей стосунків між «я» та «не-я» для різних видів внутрішньої діалогічної активності, параметрів ідентичності та видів рефлексії.

Ключові слова: ідентичність, «я», «не-я», внутрішня діалогічна активність, рефлексія.

В статье представлены результаты эмпирического исследования характерных свойств отношений между «я» и «не-я» для разных видов внутренней диалогической активности, параметров идентичности и видов рефлексии.

Ключевые слова: идентичность, «я», «не-я», внутренняя диалогическая активность, рефлексия.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Одним із аспектів внутрішніх діалогів ідентичності є взаємодія між інстанціями «я» та «не-я». Самовизначення людини самої себе включає процес диференціації себе від інших, в тому числі своєї кардинальної протилежності. Втіленням протилежної ідентичності в психіці людини є інстанція «не-я». На нашу думку, стан ідентичності та процес її формування безпосередньо залежить від стосунків між тим, хто я є (ким я хочу стати), та тим, хто є відмінним від мене (має цінності та смисли, протилежні моїм).

Використаний нами метод для дослідження внутрішніх діалогів між «я» та «не-я» вже використовувався іншими дослідниками (В.В. Столін, А.В. Візгіна). Основною метою їхнього дослідження було виявлення структури самоставлення особистості [1].

Деяко подібний підхід ми знайшли в дослідженнях Х. Херманса, коли досліджуваного просили придумати і програти діалог із випадковим настінним зображенням людини, а потім аналізували міру його відкритості до нової інформації у вигляді порад, реплік та ін. [9].

МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основним методом у нашому дослідженні була методика керованої проєкції. Суть методики полягає в тому, що досліджуваному пропонують його власний словесний портрет (персонаж А або «я») під ім'ям іншої людини, а також портрет, протилежний (персонаж Б або «не-я») за характеристикам попередньому.