

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, Е.Я. Пшук

На основе обследования с позиций системного подхода 114 пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) и 55 практически здоровых мужчин, определены причины и механизмы формирования копинг-поведения мужчин с АЗ. Установлены клинико-психологические и социально-психологические предикторы копинг-поведения у больных с АЗ. Исследованы особенности коммуникативных копинг-ресурсов (эмпатии, аффилиации, сензитивности к поправке), базисных копинг-стратегий (разрешение проблем, способность к восприятию социальной поддержки, избегание) и особенности процесса социальной поддержки у больных с АЗ. Определены приоритетные психологические конструкты формирования неконструктивной и относительно конструктивной копинг-поведения мужчин с АЗ. Среди последних преобладают «активное избегание» (39,4%) и «отступление» (16,6%) в поведенческой сфере, «диссимуляция» (27,1%) и «игнорирование» (18,4%) в когнитивной сфере, «подавление эмоций» (43,2%) и «агрессивность» в эмоциональной сфере. На основании установленных закономерностей формирования копинг-поведения у больных с АЗ научно обоснована, разработана и внедрена программа психотерапевтической коррекции, которая направлена на развитие навыков преодоления стрессовых ситуаций без использования психотропных эффектов алкоголя и формирования здорового образа жизни.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, копинг-поведение, копинг-ресурсы, копинг-стратегии, социальная поддержка, психокоррекция

ESPECIALLY FORMATION AND PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF COPING-BEHAVIOR OF MEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE

N.G. Psuk, M.V. Markovs, Y.Y.Pshuk

Based on the systems research approach 114 patients with Alcohol dependence and 55 healthy men, identified the causes and mechanisms of coping-behavior of men with Alcohol dependence. Established clinical, psychological and socio-psychological predictors of coping behavior, in patients with Alcohol dependence. The features of communicative coping resources (empathy, affiliation, sensitivity to ignorance), basic coping strategies (problem solving, the ability to perception of social support, avoidance) and peculiarities of social support in patients with Alcohol dependence. Priority psychological constructs of relatively unconstructive and constructive coping-behavior of men with Alcohol dependence. Among the latter is dominated by "actively avoiding" (39,4%), and "retreat" (16,6%) in the field of behavior, "dyssimulation" (27,1%) and "ignore" (18,4%) in the cognitive area, "suppression of emotions" (43,2%) and "aggressiveness" in the emotional area. Based on established patterns of behavior-coping in patients with Alcohol dependence scientifically proved, developed and implemented a program of psychotherapeutic correction that is focused on overcoming stressful situations without the use of psychotropic effects of alcohol and a healthy lifestyle.

Keywords: alcohol dependence, coping-behavior, coping-resources, coping-strategies, social support, psychological correction

УДК 616.89 - 160

А.Л. Оленицкий, А.В. Ченская

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГРУППОВОЙ КРАТКОСРОЧНОЙ ФОКУСИРОВАННОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ГЛУБИННОЙ ПСИХОЛОГИИ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

ОКПНБ-Медико-психологический Центр, г. Донецк

Ключевые слова: групповая психодинамическая психотерапия, операционализированная психодиагностика, непсихотические психические расстройства

В последние десятилетия психодинамическое направление прочно занимает одно из ведущих мест в психотерапевтическом лечении во всем мире [1;4;7]. В центре психодинамического подхода наблюдаются динамические составляющие психики: мотивы, побуждения, внутренние конфликты. В соответствии с психоаналитической теорией неврозов психическая активность бывает двух видов: сознательная и бессознательная. Невроз возникает вследствие конфликта между сознательной и бессознательной сторонами психики. Симптом – результат компромиссного решения этого конфликта. Психодинамическая психотерапия (ПДП) основана на глубинно-психологической теории невроза, истоки глубинной психологии восходят к психоанализу и аналитической терапии. ПДП применяется, когда у пациента диагностируется внутренний конфликт с соответствующей симптоматикой. В операционализированной психодиагностике (ОПД-2) «конфликт-внутренние душевные столкновения

мотивов, направленных друг против друга, не осознаваемые человеком; проявляющиеся в стереотипных образцах восприятия и поведения; в этом случае говорят об дисфункциональных конфликтах» [1]. Ведущий стратегический принцип ПДП – выделение и переработка дисфункционального конфликта, маркерами его являются повторяющиеся стереотипные травматические переживания, связь данного конфликта с одной из фигур переноса (материнской или отцовской) и с проявлениями блокирования в какой-либо сфер жизнедеятельности пациента [1;3;4]. Ключевыми определяющими понятиями ПДП являются свободные ассоциации, перенос, интерпретации и сопротивление.

Для того чтобы определить, насколько симптоматика связана со стереотипными дисфункциональными конфликтами, нужно учесть, что не каждая жизненная нагрузка автоматически влечет за собой конфликтную нагрузку, решающим является субъективное восприятие человеком нагрузки. Вероятность возникновения

нарушения адаптации определяется, как степенью внутреннего мотивационного конфликтного напряжения и внешней нагрузки, так и имеющимися в распоряжении ресурсами; такими, как защита, сопротивляемость, социальная поддержка и т.п.[1;2;4]. Поэтому дисфункциональный конфликт – истинный конфликт, т.к. выражается в рамках мотивационных противоречий человека. Для определения стереотипного дисфункционального конфликта используются:

-методика установочных вопросов, функция которых заключается в фокусировании на межличностной ситуации;

-метод кларификации, т.е. прояснение соответствующей темы конфликта;

-техника интерпретации, которая направлена на выявление взаимосвязи между актуальной симптоматикой пациента и пусковой ситуацией, что также включает в себя поведение пациента в реальной ситуации общения с психотерапевтом и с другими членами группы. Данные техники, по мнению некоторых авторов особенно эффективны при групповой форме работы [1;5;6].

Речь идет о психотерапии, в ходе которой становится доступным патогенный материал переживаний каждого пациента в группе, как при помощи проясняющих или стимулирующих вопросов, так и при помощи свободных ассоциаций каждого члена группы. Основной акцент при терапии делается на дисфункциональные конфликты пациентов. При данном направлении психотерапевтическая форма вмешательства характеризуется высокой активностью врача. Психотерапевт вместе с другими пациентами группы ищет решения, дает рекомендации. Выделяют следующие фазы групповой ПДП [1;4;6]: отборочная; переработка конфликта; сепарация, направленная на разрешение переноса. Целенаправленно используется совокупность взаимоотношений и взаимодействий между членами группы, т.е. групповая динамика. Это дает возможность каждому члену группы проявить себя, а эффективная система обратной связи помогает пациентам глубже понять собственные неадекватные отношения, установки и поведенческие стереотипы, которые проявляются в межличностном взаимодействии.

В отличие от индивидуальной ПДП, групповая ПДП в большей степени акцентирует внимание на межличностном аспекте, чем на генетическом. Конфликт проясняется через непосредственное отражение в реальном поведении пациента в группе. Уделяется особое внимание проработке «рамочных условий». Должны быть проговорены принципы закрытости группы, количество часов терапии, продолжительность сеанса.

Однако, по мнению некоторых исследователей, применение групповой психодинамической психотерапии, в отличие от индивидуальной, носит ограниченный характер[1;2;4]

Целью нашего исследования явился поиск адекватных форм и методов психотерапевтического лечения для пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, находящимися на стационарном лечении.

Материал и методы исследования. В исследовании принимало участие 60 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Медико-психологическом Центре областной клинической психоневрологической больницы г. Донецка (МПЦ-ОКПНБ) с невротоподобными психическими расстройствами. Выборку можно считать случайно сформированной группой пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, у которых отсутствовала органическая мозговая дисфункция. Возраст обследованных колебался от 19 до 62 лет. Средний возраст составил 41,6 лет. Распределение больных по образованию было следующим: среднее – 9 чел.(15%), среднее специальное – 35 чел (58%), высшее – 16 чел (27 %). Продолжительность заболевания была в 85 % случаях (51 чел) до 5 лет. Были применены клинические и клинико-психопатологические методы обследования, включающие проведение стандартизированного клинического интервью. Клинический и клинико-психопатологические методы исследования дополнялись экспериментально-психологическими методами. Была использована шкала самооценки уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина; для выявления выраженности депрессивных расстройств применялась шкала депрессии Бека. В соответствии с критериями МКБ-10, у всех обследованных определялись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, которые были представлены: расстройством адаптации со смешанной тревожно - депрессивной реакцией (11 чел.- 18%), пролонгированной депрессивной реакцией (9 чел. -15 %), смешанным тревожно - депрессивным расстройством (11 чел. -18 %) , диссоциативными (конверсионными) расстройствами - (5 чел. – 8 %), тревожно - фобическими расстройствами (9 чел – 15 %) , дистимией (5 чел. – 8 %) , соматоформными расстройствами (5 чел. – 8 %) , обсессивно - компульсивным расстройством (2 чел. – 3 %), неврастенией (3 чел. – 5 %).

С целью изучения эффективности различных методов групповой психотерапии в условиях стационара, обследованные были разделены на две группы. Основным инструментом для выбора пациентов в основную группу явилось психодиагностическое интервью (модифицированная схема первого интервью М. Vallint) [1;5], которое уже содержало вопросы, связанные с основными психодинамическими составляющими психики. По - мнению некоторых исследователей [1;7] именно первичное психодинамическое интервью закладывает основу для будущей терапии. Критериями выбора пациентов стали основные показания и противопоказания для проведения краткосрочной психодинамической терапии [1;3]: наличие стереотипного дисфункционального конфликта, высокая мотивация, наличие опыта значимых взаимоотношений, способность к рефлексии и конструктивная реакция на проблемную интерпретацию, отсутствие выраженных депрессий, тенденций к патологическому реагированию переживаний (суицидальное поведение). Для диагно-

стики стереотипных дисфункциональных конфликтов применялась ось III по OPD-2[1]. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием лицензионной программы "Excell", применялся двусторонний z-критерий. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечение пациентов носило комплексный характер, однако психотерапевтическое лечение являлось основным методом лечения в обеих группах.

Были отобраны в основную группу 32 пациента, с которыми проводилась групповая краткосрочная фокусированная психодинамическая психотерапия. В группу сравнения вошли 28 пациентов, с которыми проводились другие методы групповой психотерапии (релаксационный тренинг, поведенческо-когнитивная психотерапия, спелеотерапия, музыкотерапия).

Анализ результатов исследования по шкале депрессии Бека, показал, что легкая степень депрессии присутствовала у 9 чел. (26%) основной и 6 чел. (21 %) группы сравнения; умеренная-25чел. (74 %) основной и 22 чел. (79 %) группы сравнения. Результаты исследования по опроснику Спилбергер-Ханина показали у 21 % пациентов (62%) основной группы высокий уровень личностной тревожности, у 13 чел. (38 %) - средний. В группе сравнения 18 пациентов (64%) имели высокий уровень личностной тревожности, 10 чел. (36 %) средний. Ситуативная тревожность высокого уровня наблюдалась у 12 лиц (35 %) основной группы и у 10 чел. (36%) группы сравнения; среднего – у 19 пациентов (56 %) основной группы и 16 лиц (57 %) группы сравнения, низкая – у 3 чел. (9%) основной и 2 чел. (7 %) группы сравнения.

Групповые сеансы проводились с «малыми» группами, содержащими от 8 до 10 человек. После выяснения основных предпосылок для лечения, приступали непосредственно к групповой работе. Планирование терапии определялось фокусом. Для групповой психодинамической психотерапии требуется основная работа по определению и прояснению фокуса. Так как речь идет о краткосрочной терапии, рассчитанной на 7-8 сеансов (по 45 мин.), поэтому для психотерапевта становилось важным выделение и прояснение ведущего фокуса дисфункционального конфликта (несмотря на наличие у большинства пациентов нескольких конфликтов). Это осуществлялось с помощью операционализированной психодиагностики (OPD-2).

Анализ основных дисфункциональных конфликтов проводился по отношению к различным сферам жизни: в родительской семье, в семейных взаимоотношениях (супружество), в профессиональной сфере, в социальном окружении, по отношению к заболеванию. Конфликты классифицировались по признаку активного и пассивного модусов.

У пациентов основной группы основными дисфункциональными конфликтами были конфликты вины и самооценки (в 79 % случаях). Конфликт самооценки имел место в том случае, когда усилия, направленные на

признание самооценки, являются чрезвычайно завышенными, безуспешными. В данном случае они затрагивают ценность самости. В активном модусе пациентам присуща негативная самоуверенность, что является попыткой преодолеть реальный кризис самооценки и страх перед ним. Ввиду пренебрежения пациента, у врача в контрпереносе возникает чувство обиды и раздражения. Такие пациенты сильно идеализируют родительскую семью и собственную биографию. Отношения в собственной семье получаются по типу восхищения, таким образом, повышается собственная значимость. В социальных контактах наблюдается излишняя избирательность. Так как наличие заболевания угрожает самооценке, это может привести к срыву; в крайних случаях возможна даже декомпенсация. В пассивном модусе отношения с партнерами строятся на основе вечной обиженности, происходит совместная переработка обид и унижений. В социальном окружении занимают подчиненное положение, новый социальный опыт скорее избегается. Выявленное заболевание часто подтверждает дефицит правильного отношения к себе. Защитные реакции при конфликте самооценки: идеализация, обесценивание, цель которых – удовлетворение собственных потребностей, а также перфекционизм, когда ставятся нереальные цели [1].

Конфликт вины - конфликт между эгоистическими и социальными тенденциями. Чувство вины возникает, когда человек действительно или мнимо обижает другого, или ущемляет чьи-то права или потребности. Содержание и масштаб таких норм и вытекающего из них чувства вины подвержены сильному влиянию социума и культуры. Предпосылкой является способность ощущать вину. Самообвинение и обвинение других на фоне конфликтов с совестью. Конфликт вины сложно отличить от конфликта самооценки. Тут важен ведущий аффект: при конфликтах вины – чувство стыда, а при проблемах самооценки – возникает чувство вины. В пассивном модусе у пациентов доминирует тип «виноватого». Такие больные преувеличенно берут вину на себя. Ведущий аффект – страх. В супружеских взаимоотношениях соглашаются со всеми обвинениями, поведение покорное, часто самоуничижительное. Заболевание принимают безропотно. В стационарах такие больные не доставляют хлопот медицинскому персоналу. В активном модусе характерно обращение и вытеснение вины, перекладывание вины на других. Ведущим аффектом становится раздражение к другим, цинизм. В семейных взаимоотношениях ответственность за проблемы перекладывается на членов семьи. Наличие собственной вины, если и допускается, то, как правило, с оговорками. Социальное окружение таким пациентам необходимо для обвинения. Защита от чувства вины приводит к тому, что люди чувствуют социальное «превосходство», эксплуатируют других в своих целях. Заболевание переносится тяжело. Ответственность за собственные болезни перекладывается на других, врачи часто обвиняются в ошибках. Это категория «сложных» пациентов [1].

Таблиця 1

Данные z-критериального анализа
эффективности групповой психотерапии

Группа	Улучшение		Размер выборки
	да	нет	
Основная группа	32	2	34
Группа сравнения	20	8	28
Сумма	52	10	62
Рассчитанное значение z - критерия			2,07
Стандартная ошибка ($p2-p1$)			0,09
Левая граница доверительного интервала			0,009
Правая граница доверительного интервала			0,444
Достигнутый уровень значимости p			0,038

Полученные данные позволяют рассматривать групповую краткосрочную психодинамическую фокусированную психотерапию в качестве адекватного и эффективного метода психотерапии в условиях стационара

Литература:

1. Михайлов Б. В., Боро М. П., Краузе Р. Психодинамическая психотерапия: Клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии. – Донецк: Капитан, 2009. – 460 с.
2. Групповий психоаналіз // За ред. О.Фільца, Р. Гаубла, Ф. Лямонтт. Навч. Посібник./Пер. з німецької. – Львів, «Класика». – 2004. – 192 с.
3. Р. Урсано, С. Зоннеберг, С. Лазар. Психодинамическая психотерапия. Вып. 3. – Изд. Российская психотерапевтическая ассоциация, 1997. – 160 с.
4. Томе Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. – М., «Прогресс», 1996. – 478 с.
5. Мак-Вильямс. Н. Психодинамическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. Пер. с англ., М.: НФ «Класс», 1998. – 480 с.
6. Ялом. И. Групповая психотерапия. Теория и практика. / Пер. с англ. – М.: «Эксмо-Пресс», 2001. – 576 с.
7. Мироненко О. Первинне інтерв'ю в психотерапії: від контакту до діалогу. – Львів, «Простір», 2011. – 48 с.

Типичные защитные реакции при конфликте вины – интроекция, отношение против себя, идеализация потерянных объектов любви.

В начале групповой ПДП наша работа была направлена на создание атмосферы эмоционального тепла. Требовалось осторожное прояснение конфликта. Необходимо было сфокусировать внимание на описании пациентом себя, а затем мы просили предоставить пример взаимоотношений в различных сферах жизни. Обращали внимание, как пациент воспринимал других «здесь и сейчас». Уточняющие вопросы помогали пациентам рассказать о своей проблеме. Требовалось учесть саморефлексию, пациентов спрашивали об их чувствах, как они воспринимали окружающих, в т.ч. других членов группы и психотерапевта. Активно использована интерпретация. Косвенным показателем адекватного выбора дисфункционального конфликта являлась аффективная реакция пациента на его интерпретацию. При терапии было важно построить рабочие отношения в группе, тогда происходил эффективный анализ защит и сопротивления пациентов в выбранном психотерапевтом ведущем конфликтном фокусе. Использовались такие психотерапевтические средства, как проработка фантазий, воспоминаний пациентов, рассматривались отношения со значимыми объектами. При дальнейшей терапии происходило улучшение взаимодействия между участниками группы, прояснение, а затем разрушение фокусов, защиты становились непрочными. Пациенты с интересом участвовали в осознании внутренних конфликтов, с интересом предлагали свои интерпретации. В процессе терапии было важно поощрять пациентов высказывать негативные чувства, так как им нужно было научиться говорить об этом. Не исключалась роль структурированного вмешательства терапевта, когда он или другие члены группы предлагали пациенту альтернативные выходы из ситуации, затем шла проработка альтернативных предложений, однако решение принимал сам пациент. В последующем пациенты основной группы продолжали в амбулаторных условиях индивидуальную фокусированную психодинамическую психотерапию; углублялась работа с сопротивлением, анализировались защитные реакции, прорабатывались фокусы оставшихся конфликтов, не затронутых в на групповых сеансах в стационаре. Пациенты группы сравнения после выписки из стационара также продолжали получать в амбулаторном режиме поведенческо-когнитивную психотерапию.

Эффективность психотерапевтического лечения оценивалась перед выпиской из стационара на основании общепринятых клинических критериев (выздоровление, улучшение, отсутствие динамики, ухудшение). Анализ эффективности показал, что в основной группе выздоровление и улучшение состояния (в виде уменьшения тревожно-депрессивной симптоматики) отмечалось у 32 пациентов (94,1%), в группе сравнения - у 20 пациентов (71,4%).

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГРУПОВОЇ КОРОТКОТЕРМІНОВОЇ ПСИХОДИНАМІЧНОЇ ФОКУСОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ, ЗАСНОВАНОЇ НА ГЛИБИННІЙ ПСИХОЛОГІЇ У СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ

О.Л. Оленницький, А.В. Ченська

Був проведений пошук адекватних форм та методів лікування для осіб з неспсихотичними психічними розладами, що знаходяться на стаціонарному лікуванні. Доведена ефективність групової психодинамічної психотерапії, заснованої на глибинній психології з використанням операціоналізованої психодинамічної діагностики OPD-2.

Ключові слова: групова психодинамічна психотерапія, операціоналізована психодіагностика, неспсихотичні психічні розлади

FEATURES OF APPLICATION OF THE GROUP SHORT-TERM FOCUSED PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY, BASED ON DEEP PSYCHOLOGY AT HOSPITAL

O. Olenytsky, A. Chenskaya

Search was conducted adequate forms and methods of treatment for persons with mental, not psychotic, disorders who are in hospital. We have proved the effectiveness of psychodynamic group psychotherapy, which is based on depth psychology with operationalized psychodynamic diagnostic OPD-2.

Keywords: group psychodynamic psychotherapy, operationalized psychodiagnostic, no psychotic mental disorders

УДК 159.2

І.Ю. Стойков САМОРЕАЛІЗАЦІЇ І ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ

Інститут соціальних наук Міжрегіональної академії управління персоналом, м. Київ

Ключові слова: автентична особистість, відповідальність, самореалізація, саморегуляція, індивідуальність, гештальт, потреба, межа контакту, переривання контакту, усвідомлення, злиття, інтроекція

Актуальність проблеми У світі стандартизації і уніфікації актуальними стають проблеми: як зберегти свою індивідуальність, як розрізнити нав'язані соціумом «повинності» і свої власні бажання? Як не дозволити хибним уявленням заступити реальність? Як реалізувати свої справжні потреби? Як реалізувати себе? Гештальт-терапія може допомогти пацієнту (клієнту) придбати здатність свідомо вибирати свою поведінку, використовуючи різні аспекти своєї особистості, зробити своє життя більш наповненим, позбутися від невротичних та інших хворобливих симптомів, стати стійким до маніпуляцій інших людей, самому обходитися без маніпуляцій, навчитися стояти на своїх ногах, повністю реалізувати свій потенціал.

Соціалізація схильна змінювати індивідуальність, тому що формування особистості, засвоєння програм життєдіяльності, мови, правил міжособистісної взаємодії, методів і стилю мислення, правил, логіки веде до позбавлення індивідуальності, а суспільство пильно стежить за тим, щоб особистість відповідала нормам і стандартам, однаково для всіх людей певної категорії, певного культурного типу.

Культура, програмуючи поведінку людини, дає їй взамін можливість використовувати й приводити в рух весь сукупний досвід і знання людства в цілому, можливість бути членом суспільства, отримувати захист та умови для задоволення більшості потреб. За відхилення від норми, приписів культури людина розплачується в кращому випадку почуттями невдачі, сорому, заздрості, провини, в гіршому - ізоляцією з товариства під тим чи іншим приводом.

Пристаювання до даних правил і постійне їх застосування сприяють нівелюванню особистості,

перешкоджає розвитку індивідуальності як мети процесу самореалізації.

Самореалізація - досягнення вищого рівня свого розвитку, повне використання своїх талантів, здібностей, потенціалу особистості. Людина сама відповідальна за реалізацію як можна більшого числа можливостей, вона живе справжнім життям, тільки якщо виконує цю умову. Відмовляючись від можливості зробити кожен момент свого буття - тут і тепер - максимально насиченим і найкращим чином виявити свої здібності, людина живе несправжнім життям, стає неавтентичною. Так, одні люди стають відчуженими і відстороненими - від себе і від інших, іншим не вистачає мужності «бути» - відійти від старих шаблонів, настояти на своєму і шукати нові, ефективні шляхи для самореалізації. Вони вважають за краще покладатися на те, що схвалюється і цінується друзями, родиною, релігією, соціальними установками, суспільством в цілому. Людина все починає робити «так, як прийнято», «як усі», «як повинно бути», що забезпечує їй ефективність у задоволенні більшості потреб, крім реалізації потреби бути автентичною особистістю.

Саме в результаті нездатності визначати істинні свої бажання й відбувається порушення балансу між потребами організму та об'єктами зовнішнього середовища, порушується природний ритм життєдіяльності організму, що полягає в ритмі формування та завершенні гештальтів. Як тільки потреба задовольняється, гештальт завершується, втрачає свою значимість і відсувається на задній план, поступаючись місцем новому гештальту.

Якщо потреба не задовольняється, то гештальт залишається незавершеним, не може бути відреагова-