

УДК 615.8

РЕКОНСТРУКТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ЖІНОК

Чаркіна О.А., к. пед. н., доцент кафедри практичної психології
Криворізький педагогічний інститут
ДВНЗ «Криворізький національний університет»

У статті теоретично обґрунтовано корекційний потенціал реконструктивної (особистісно-орієнтованої) психотерапії в подоланні репродуктивних дисфункцій у сучасних жінок.

Ключові слова: репродуктивна дисфункція, особистісні та психосоціальні чинники репродуктивного здоров'я жінки, реконструктивна психотерапія, мішені й засоби психологічного впливу.

В статье теоретически обоснован коррекционный потенциал реконструктивной (личностно-ориентированной) психотерапии в преодолении репродуктивных дисфункций у современных женщин.

Ключевые слова: репродуктивная дисфункция, личностные и психосоциальные факторы репродуктивного здоровья женщины, реконструктивная психотерапия, мишени и средства психологического воздействия.

Charkina E.A. RECONSTRUCTIVE THERAPY AS A MEANS TO OVERCOMETHE REPRODUCTIVE DYSFUNCTION OF WOMEN

The paper theoretically justified corrective reconstructive potential (person-centered) therapy to overcome reproductive dysfunctions of modern women.

Key words: reproductive dysfunction, personality and psychosocial factors women's reproductive health, reconstructive therapy, targets and means of psychological pressure.

Постановка проблеми. Останнім часом катастрофічно зросла розповсюдженість, кількість і поліморфність порушень репродуктивного здоров'я населення, що привело до появи нових напрямів і галузей у медицині й психології (репродуктології, перинатології, психології батьківства). Проблема репродуктивного здоров'я жіночого населення багатогранна й надзвичайно актуальна, тому що, на жаль, сьогодні в Україні, як і в більшості європейських країн, спостерігаються негативні демографічні тенденції, зменшення показників народжуваності та зниження рівня загального здоров'я жінок репродуктивного віку, що багато в чому зумовлюється дефіцитом обізнаності й культури в галузі планування сім'ї та низьким рівнем особистісної соціально-психологічної компетентності.

Складність наукових розвідок у цьому напрямі зумовлена мультидисциплінарністю та високою суспільно-політичною значущістю, впливом на здоров'я майбутніх поколінь. Особливої цінності в контексті психологічного дослідження набуває всебічне вивчення особистісних чинників, які визначають ставлення жінки до власного репродуктивного здоров'я та реалізації материнства як функції жіночого організму й соціально-психологічного феномена.

Отже, обраний напрям дослідження характеризується актуальністю, соціальною значущістю та недостатньою теоре-

тико-методологічною розробленістю. Слід зауважити, що більш ретельне вивчення наведеної проблеми саме з психологічної точки зору дозволить визначити напрями профілактичної, корекційної та терапевтичної роботи з категорією жінок, які мають репродуктивні дисфункції психологічного ґенезу, і зробити гідний внесок у розв'язання цього важливого поліаспектного соціального завдання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемі становлення й розвитку особистості жінки, його детермінант присвячено значну кількість робіт таких авторів, як Р. Джонсон, Є. Ільїн, І. Кон, А. Лібіна, А. Менегетті, Д. Пайнз, К. Хорні, А. Щегольов, К. Гіллган та інші [4; 6; 7; 10; 11; 14; 25; 26; 28], однак особливості реалізації репродуктивної функції жінки в умовах сьогодення розглянуто недостатньо.

Незважаючи на те, що питання репродуктивного здоров'я жінок перебуває в центрі уваги фахівців усього світу, таких як В. Абрамченко, Г. Брехман, К. Грон, В. Добряков, О. Магденко, С. Мещерякова, Д. Пайнз, І. Сергейко, Г. Філіпова, А. Прасад та інші [1; 2; 3; 5; 12; 16; 18; 20; 23; 24; 27], це поняття в багатьох випадках штучно звужується до медико-біологічних меж [1; 18; 20; 21; 27].

Постановка завдання. Ми вважаємо, що репродуктивне здоров'я жінки необхідно розглядати крізь призму фізіологічних,



психологічних, соціально-економічних та соціокультурних чинників, сукупність яких і детермінує стан репродуктивної функції.

Мета статті – теоретично обґрунтувати корекційний потенціал реконструктивної (особистісно-орієнтованої) психотерапії в подоланні репродуктивних дисфункцій у сучасних жінок.

Виклад основного матеріалу дослідження. Об'єктом нашого дослідження є соціально-психологічні та особистісні чинники репродуктивного здоров'я жінки, предметом – психологічні засоби відновлення репродуктивної функції сучасних жінок.

Мету дослідження ми визначили на двох рівнях (теоретичному та емпіричному), що узгоджується з етапами проведення дослідницької роботи. Отже, на теоретичному рівні – розробка концепції взаємозв'язку репродуктивної функції й психологічного становлення жінки та вивчення соціально-психологічних детермінант репродуктивного здоров'я жінок у сучасних умовах; на емпіричному рівні – розробка методів особистісної психодіагностики й психологічних засобів відновлення репродуктивної функції сучасних жінок.

Завдання дослідження полягають у такій діяльності: 1) визначити психологічний контекст понять «репродуктивне здоров'я» та «репродуктивна функція» сучасної жінки; 2) розглянути основні етапи й соціально-психологічні чинники «репродуктогенезу» як процесу розвитку й реалізації репродуктивної функції жінки (авторський термін); 3) проаналізувати вплив психоемоційних станів та індивідуально-психологічних особливостей жінок на їх репродуктивну функцію; 4) охарактеризувати специфіку (концепцію, методологію й техніку, механізми й засоби лікувального впливу) реконструктивної психотерапії як самостійного напрямку психологічної допомоги; 5) обґрунтувати корекційний потенціал реконструктивної психотерапії в подоланні репродуктивних дисфункцій у жінок; 6) розробити й апробувати психологічні засоби відновлення репродуктивної функції сучасних жінок (на засадах особистісної психодіагностики й реконструктивної психотерапії); 7) створити Центр психологічної допомоги жінкам із репродуктивними дисфункціями «Відновлення» (проект).

У дослідженні постановлено такі гіпотези: 1) репродуктивне здоров'я є складним полікомпонентним феноменом, що має власну структуру й етапи становлення, хоч і пов'язане з рівнем і станом загального здоров'я жінки; 2) специфіка репродуктивного здоров'я жінки зумовлена насамперед особливостями реалізації її репродуктивної

функції, що на психологічному рівні визначається когніціями й рекогніціями життєвих цінностей, світоглядних позицій, мотиваційних орієнтацій, репродуктивних установок, гендерних стереотипів і поведінкових паттернів, які детерміновані особистісними властивостями жінки й відповідними перманентними психоемоційними станами, що реалізуються в конкретних автентичних соціально-психологічних та соціально-економічних умовах її життя; 3) застосування комплексу спеціальних програм, спроектованих на засадах реконструктивної (особистісно-орієнтованої) психотерапії, за умови коректного визначення мішеней для психологічного впливу (особистісної психодіагностики), може позитивно позначитися на збереженні й відновленні репродуктивної функції жінок.

Багато сучасних жінок страждають від різних психологічних проблем, пов'язаних із порушеннями репродуктивного здоров'я. Однак з'ясувалося, що психологічні аспекти репродуктивного здоров'я мають свою специфіку, відмінну від тих співвідношень психічних і соматичних систем людини, які сформульовані в загальній психосоматиці та психології тілесності [24].

У дослідженнях психологічних особливостей жінок із репродуктивними дисфункціями встановлено, що ці жінки характеризуються особистісною незрілістю, мають порушення статево-рольової ідентифікації, їм притаманні дезадаптивні форми переживання стресових ситуацій типу соматизації [2; 3]. У всіх цих жінок виявлено особливості материнської сфери, що свідчать про різні форми психологічної неготовності до материнства [12]. Найважливішим компонентом психологічної готовності до материнства є мотиваційна готовність. Останню можна коротко описати як прийняття (на неусвідомлюваному й усвідомлюваному рівнях) завдання народження дитини як життєвого сенсу, адекватно та динамічно вбудованого в загальну ієрархію смисложиттєвих орієнтацій жінки, що забезпечує своєчасне формування домінант материнства, встановлення діадичних стосунків і подальшу сепарацію в діаді «мати – дитина». У багатьох дослідженнях визначено роль внутрішньоособистісного конфлікту в материнській сфері жінки як провідного психологічного чинника, що провокує й посилює репродуктивні дисфункції [16; 18; 23]. Психологічна неготовність до материнства пов'язана з особистісними особливостями жінки, негативним досвідом взаємодії з власною матір'ю, проблемами в ранньому розвитку особистості й статево-рольової ідентичності, сімейною

історією та іншими психологічними причинами. У результаті внутрішній конфлікт створює ситуацію гострої деструктивної напруженості, що призводить до появи соматизації і, як наслідок, репродуктивних дисфункцій. Показниками наявності внутрішньої дисгармонії в материнській сфері в жінок із порушеннями репродуктивного здоров'я є конфліктний і тривожний образ майбутньої дитини, об'єктне ставлення до дитини, відсутність емоційного прийняття майбутньої дитини, конфліктне сприйняття себе як матері, ейфоричне або дискорфорне ставлення до власної материнської позиції, тривожний або конфліктний образ власної матері [1; 16; 24].

Репродуктивна функція включає фізіологічні механізми (соматичні системи та їх нейрогуморальну регуляцію), мотиваційно-потребові й ціннісно-сміслові утворення, що забезпечують спрямованість на виконання певної поведінки та саму цю поведінку. Народження й виховання дитини передбачає не лише виношування вагітності, а й трансформацію всього життя жінки. Порушення репродуктивної функції жінок усіх форм (фізіологічні, психологічні, поведінкові) пов'язані зі спотворенням онтогенезу батьківської сфери, що може бути наслідком травматичного досвіду раннього дитинства, результатом материнської депривації, відсутності або емоційної недоступності батька, безлічі інших соціально-психологічних та особистісних причин.

Грунтуючись на концепції інтегральної індивідуальності В. Мерліна [15] та поділяючи погляди Г. Філіпової [24], ми визначаємо репродуктивну сферу як складно організоване динамічне утворення, що включає різноманітні за ступенем свого функціонування системи з реципрокними (взаємообумовленими) зв'язками між ними. Усі ці системи можна об'єднати в три групи: фізіологічні, психологічні й поведінкові. Функціонування репродуктивної сфери регулюється репродуктивною домінантою. Домінанта формується під час виникнення актуальної мотивації та адаптивно перебуває всю структурно-функціональну організацію репродуктивної сфери жінки.

Отже, репродуктивна сфера – це організація всієї життєдіяльності суб'єкта, спрямована на реалізацію репродуктивної функції. Для здійснення репродуктивної функції потрібне виконання двох відносно самостійних на мотиваційному й поведінковому рівні видів активності: статевої та батьківської. Статева поведінка спрямована на задоволення статевої потреби, яка на суб'єктному рівні переживається як індивідуальна та має вроджене забезпечення у вигляді потреби

в статевому задоволенні й частково операціональному складі, тобто є вітальною, а батьківська поведінка, що реалізовує видові потреби, майже не має вроджених потребних механізмів і практично повністю формується прижиттєво, тобто є просоціальною. Така теза знаходить підтвердження в різноманітних варіантах порушень батьківської поведінки: від повної відсутності материнської компетентності до спотворення материнських почуттів і відкидання дитини.

Таким чином, за наявними в сучасній психології даними, під час порушення репродуктивної функції має місце внутрішній конфлікт між альтернативними домінантами прагнення до материнства (як соціально бажаної мети) та прагнення до задоволення індивідуальних потреб, які піддаються фрустрації під час переходу в материнство. Одним із варіантів стратегії вирішення внутрішнього конфлікту як психологічної проблеми є порушення роботи репродуктивних механізмів на фізіологічному рівні, тобто наявні психосоматичні кореляції між готовністю до материнства й можливостями його реалізації [1; 3; 18; 23].

Ми вважаємо, що материнство є альтруїстичною, а тому еволюційно більш доречною стратегією поведінки, на відміну від егоїстичних тенденцій «childfree», орієнтованих на задоволення потреб у самоздійсненні, саморозвитку й самоактуалізації, які передбачають орієнтацію виключно на себе (наприклад, серед жінок-кар'єристок, учених-дослідниць, мандрівниць, митців, спортсменок-екстремалок більший відсоток безплідних).

Відповідно до цього мішенями терапевтичного впливу під час роботи з порушеннями репродуктивного здоров'я в жінок повинні стати не лише й не стільки наслідки дисфункцій (тривожність, депресивність, ригідність, емоційна нестабільність, конфліктність, комплекс провини й сорому, комплекс неповноцінності, аутоагресивні тенденції, проміскуїтет тощо), скільки психологічні чинники їх виникнення: неготовність до материнства, психосоматична аутостерилізація, тобто вирішення психологічного конфлікту між соціально обумовленим запитом на народження дітей і внутрішніми причинами, що перешкоджають реалізації цього завдання.

Становлення особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії (ООРП) як самостійного напрямку відбувалося на початку 70-х років ХХ століття. ООРП є прикладним варіантом розвитку вчення В. М'ясищева про неврози та їх лікування [17].

Теоретико-методологічно ООРП була обґрунтована Б. Карвасарським [9; 19],



Г. Ісуріною [8], В. Ташликовим [22]. Вона включає такі складові: 1) концепцію особистості як систему відносин індивіда з довкіллям; 2) біопсихосоціальну концепцію невротичних розладів, у межах якої невроз розуміють насамперед як психогенне захворювання, обумовлене порушенням значущих для особистості стосунків; 3) систему особистісно-орієнтованої індивідуальної та групової психотерапії, основною метою якої є досягнення позитивних особистісних змін (корекція порушеної системи стосунків, неадекватних когнітивних, емоційних і поведінкових стереотипів), що приводить як до поліпшення суб'єктивного самопочуття пацієнта й усунення симптоматики, так і до відновлення повноцінного функціонування особистості.

Концепція ООРП містить уявлення про її цілі й завдання, механізми лікувального впливу, специфіку й етапи психотерапевтичного процесу, особливості взаємодії пацієнта, психотерапевта та групи, методичні підходи й технічні прийоми тощо. Спочатку цілі й завдання ООРП формулювалися таким чином:

1) глибоке й усебічне вивчення особистості хворого, специфіки формування, структури й функціонування його системи стосунків, особливостей його емоційного реагування, мотивації, потреб;

2) виявлення й вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяють виникненню та збереженню невротичного стану й симптоматики;

3) досягнення у хворого усвідомлення й розуміння причинно-наслідкових зв'язків між особливостями його системи стосунків і його захворюванням;

4) зміна й корекція порушеної системи стосунків хворого на невроз;

5) за необхідності допомога хворому в розумному вирішенні його психотравмуючої ситуації, зміні його об'єктивного становища та ставлення до нього оточення [13].

На сучасному етапі завдання ООРП з урахуванням трьох площин очікуваних змін (когнітивної, емоційної й поведінкової) можуть бути сформульовані так:

1. *Пізнавальна сфера* (когнітивний аспект, інтелектуальне усвідомлення). Процес психотерапії повинен допомогти пацієнтові усвідомити зв'язок між психогенними чинниками та виникненням, розвитком і збереженням невротичних розладів; з'ясувати, які ситуації викликають напругу, тривогу, страх та інші негативні емоції, що провокують появу, фіксацію й посилення симптоматики; окреслити зв'язок між негативними емоціями та появою, фіксацією й посиленням симптоматики;

визначити особливості своєї поведінки й емоційного реагування в різних ситуаціях, їх повторюваність, міру адекватності й конструктивності; з'ясувати, як сприймається його поведінка іншими, як реагують оточуючі на ті або інші особливості поведінки й емоційного реагування, як оцінюють їх, які наслідки має така поведінка; з'ясувати, чи існує протиріччя, розузгодженість між власним образом «Я» і сприйняттям себе іншими; окреслити власні потреби, прагнення, мотиви, стосунки, установки, а також ступінь їх адекватності, реалістичності й конструктивності; визначити характерні захисні психологічні механізми, внутрішні психологічні проблеми й конфлікти; проаналізувати глибинні причини переживань, способів поведінки й емоційного реагування, починаючи з дитинства, а також умови й особливості формування своєї системи стосунків; з'ясувати власну роль, міру своєї участі у виникненні, розвитку й збереженні конфліктних і психотравмуючих ситуацій, а також те, яким чином можна було б уникнути їх повторення в майбутньому.

У цілому завдання інтелектуального усвідомлення в межах ООРП зводяться до трьох аспектів: усвідомлення зв'язків «особистість – ситуація – захворювання», усвідомлення інтерперсонального плану власної особистості та усвідомлення генетичного (історичного) плану. Слід підкреслити, що перша стадія «ситуація – особистість – захворювання» не має суттєвого значення для оцінки ефективності психотерапевтичного впливу, а швидше створює більш стійку мотивацію для активної й усвідомленої участі пацієнта в психотерапевтичному процесі.

2. *Емоційна сфера*. Процес психотерапії повинен допомогти пацієнтові таким чином: отримувати емоційну підтримку з боку психотерапевта або групи, пережити позитивні емоції, пов'язані з прийняттям, підтримкою та взаємодопомогою; пережити в межах психотерапевтичного процесу ті почуття, які він часто відчував у реальному житті, відтворити ті емоційні ситуації, які були в нього в реальному житті та з якими він не міг впоратися; пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій; навчитися щирості й відвертості в почуттях до себе та інших; стати розкутішим в експресії власних позитивних і негативних емоцій; навчитися точніше розуміти й приймати, а також вербалізувати власні почуття; розкрити свої проблеми із сучасними для них переживаннями (часто раніше прихованими від самого себе або спотвореними); модифікувати спосіб переживань, емоційного реагування, сприйняття себе

самого та своїх стосунків з іншими; здійснити емоційну корекцію своїх стосунків.

У цілому завдання ООРП в емоційній сфері охоплюють 4 основні аспекти: 1) адекватне розпізнавання й вербалізацію власних емоцій, а також їх прийняття; 2) переживання заново й усвідомлення минулого емоційного досвіду; 3) безпосереднє переживання й усвідомлення досвіду психотерапевтичного процесу та свого власного; 4) формування емоційно-позитивного ставлення до себе.

3. *Поведінкова сфера.* Процес психотерапії повинен допомогти пацієнтові побачити власні неадекватні поведінкові стереотипи; набути навичок більш щирого, глибокого й вільного спілкування; здолати неадекватні форми поведінки, що проявляються в процесі психотерапії, у тому числі пов'язані з уникненням суб'єктивно складних ситуацій; розвинути форми поведінки, пов'язані зі співпрацею, відповідальністю й самостійністю; закріпити нові форми поведінки, зокрема ті, які сприятимуть успішній адаптації й функціонуванню в реальному житті; виробити й закріпити конструктивні форми поведінки й реагування на основі досягнень у пізнавальній та емоційній сферах.

У загальному вигляді спрямованість ООРП в поведінковій сфері може бути визначена як завдання формування ефективної саморегуляції на основі адекватного саморозуміння та емоційно сприятливого ставлення до себе [13].

Механізми лікувального впливу ООРП також реалізуються в трьох основних площинах і можуть бути позначені як конфронтація, корекція емоційного досвіду та навчання.

Конфронтація, на думку більшості авторів [8; 14; 19; 22], є базовим механізмом лікувального впливу психотерапії, орієнтованої на особистісні зміни. Конфронтація як зіткнення пацієнта із самим собою, зі своїми проблемами, конфліктами, стосунками й установками, з характерними емоційними й поведінковими стереотипами здійснюється переважно завдяки зворотному зв'язку між учасниками психотерапевтичного процесу. У процесі індивідуальної психотерапії «інструментом» зворотного зв'язку виступає психотерапевт, який не стільки привносить до неї зміст, скільки віддзеркалює різні аспекти психологічної реальності пацієнта, концентруючи увагу на труднощах і протиріччях.

Зворотний зв'язок у груповій психотерапії є переважно багатоплановим, оскільки здійснюється між кожним із членів групи та групою як цілісною єдністю. Зворотний зв'язок надає учаснику групи можливість

осмислювати й оцінювати значення власного «Я» в типових для нього міжособистісних ситуаціях, зіставляючи минуле й сьогодення, розуміти власні проблеми та особливості своїх стосунків. Пацієнт бачить себе ніби в різних дзеркалах, якими є учасники психотерапевтичної групи. Конфронтація пацієнта з віддзеркаленим образом «Я», що багато в чому не узгоджується з існуючим уявленням про себе, сприяє усвідомленню нових аспектів власної особистості та інтеграції отриманої інформації, що приводить до розширення образу «Я» та його більшої адекватності, до асиміляції позитивного досвіду. Проте матеріал усвідомлення, хоч і відноситься насамперед до особистості пацієнта, включає також інші аспекти, пов'язані з більш адекватним розумінням інших людей, особливостей їх переживань і поведінки, а також певних загальних аспектів функціонування людської психіки, взаємодії та взаємозв'язку психічних і соматичних процесів, міжособистісної комунікації, іншими словами, усього того, що можна визначити як розвиток психологічної культури в широкому сенсі.

Очевидно, що групова психотерапія створює сприятливіші умови для такого усвідомлення, оскільки являє собою реальну емоційну взаємодію, у якій розкриваються психологічні особливості кожного учасника групи, що надає більш широкі можливості для порівняння власних стосунків, установок і позицій зі стосунками, установками й позиціями інших людей. Таке зіставлення сприяє не лише саморефлексії, а й підвищенню емпатії, конгруентності, толерантності, а це у свою чергу приводить до поліпшення міжособистісної взаємодії, знижує напругу й конфліктність [19].

Корекція емоційного досвіду включає переживання й аналіз свого емоційного досвіду (минулого, у тому числі того, що відноситься до батьківської сім'ї, та актуального, пов'язаного власне з процесом психотерапії) та емоційну підтримку. Емоційна підтримка означає для пацієнта прийняття його психотерапевтом (або групою), визнання його людської цінності й значущості, унікальності його внутрішнього світу, готовність розуміти його, виходячи з його стосунків, установок і цінностей. Конструктивна трансформація змісту зворотного зв'язку, становлення адекватного саморозуміння передбачає прийняття пацієнтом нової інформації про себе, яка часто не узгоджується з власними уявленнями. Низька самооцінка, емоційно несприятливе ставлення до себе перешкоджають сприйняттю пацієнтом нової інформації (когнітивне звуження), загострюючи дію



захисних механізмів; позитивна самооцінка, навпаки, знижує рівень психологічної загрози, зменшує опір, робить пацієнта більш відкритим для нової інформації та нового досвіду. Емоційна підтримка позитивно впливає на самооцінку, стабілізуючи й оптимізуючи її, підвищує рівень самоповаги й коригує ставлення до себе, практично завжди неадекватне в структурі стосунків невротичної особистості [17].

Зміна ставлення до себе відбувається, з одного боку, під впливом нової інформації про себе, а з іншого – у зв'язку зі зміною емоційного компонента цього ставлення, що забезпечується переважно завдяки емоційній підтримці. Прийняття пацієнта психотерапевтом (або групою) сприяє розвитку кооперації, довіри в терапевтичному альянсі, полегшує засвоєння пацієнтом психотерапевтичних норм, підвищує його активність і відповідальність, створює умови для саморозкриття. Аналогом прийняття в індивідуальній психотерапії є групова згуртованість у груповому психотерапевтичному процесі, яка забезпечує ще більш високий і поліаспектний рівень емоційної підтримки.

Коригуюче емоційне переживання пов'язане також із переживанням пацієнтом свого минулого й поточного (актуального) досвіду. Виникнення в процесі психотерапії різних емоційних ситуацій, із якими пацієнт не міг впоратися в реальному житті, дозволяє в особливих психотерапевтичних умовах вичленувати ці переживання, проаналізувати їх, пережити заново, переосмислити й виробити успішну копінг-стратегію (адаптивну форму емоційного реагування) [22].

Ще один аспект коригуючого емоційного переживання пов'язаний із проєкцією емоційного досвіду, отриманого в батьківській сім'ї, на психотерапевтичну ситуацію, що дозволяє аналізувати й трансформувати трансгенераційні емоційні проблеми.

Научіння в межах ООРП здійснюється як безпосередньо, так і опосередковано. Групова психотерапія більше сприяє реалізації поведінкових механізмів, порівняно з індивідуальною. Група виступає як модель реальної поведінки пацієнта, поступово пацієнт починає відчувати свою здатність до змін, які приносять йому задоволення й позитивно сприймаються іншими. Усе це створює передумови для екстраполяції досягнутих поведінкових змін на інші ситуації реального життя.

Під час надання психотерапевтичної допомоги жінкам із порушеннями репродуктивної функції слід комбінувати обидві форми ООРП: на початкових етапах більш доречною буде індивідуальна робота з пацієнткою, а далі – групова.

Умовно можна виділити певну послідовність (алгоритм) поведінки терапевта в процесі індивідуальної ООРП. Під час першої зустрічі з пацієнтом він мінімально активний, недирективний, сприяє щирому розкриттю емоційних переживань пацієнта, створенню рапорту. Потім, збільшуючи свою активність, переходить до з'ясування «внутрішньої картини хвороби», до вербалізації пацієнтом його уявлень про захворювання, очікувань від терапії та перспектив одужання. Проводячи корекцію концепції хвороби в пацієнта, терапевт обговорює з ним дані клінічних і психодіагностичних обстежень, допомагає зрозуміти, що причини неврозу (у випадку репродуктивних дисфункцій у жінок, наприклад, психогенного безпліддя або звичної невиношуваності плоду) криються не в органічних змінах, а в психосоматичних кореляціях. У цей період психотерапевт надає пацієнту відповідну інформацію й виступає переважно в ролі експерта.

Після з'ясування пацієнтом зв'язку між симптоматикою та провокуючими патогенними ситуаціями зміст консультацій суттєво змінюється. Їх предметом стають вже не симптоми, а психологічні проблеми, переживання й стосунки суб'єкта. Поступово в процесі обговорення й переробки цього матеріалу у свідомості пацієнта вибудовується певна схема з різних ланок нової концепції хвороби (емоційні чинники або патогенні ситуації – особистісні позиції чи стосунки-потреби або мотиви – невротичний конфлікт – симптоматика). Взаємини з пацієнтом поглиблюються, психотерапевт стає помічником (фасилітатором) в інтенсивній роботі пацієнта над його внутрішнім світом. Симптоматична терапія переходить у площину каузуалістики та глибинно-психологічних причин.

На завершальному етапі ООРП психотерапевт знову збільшує свою активність і навіть директивність в апробації й закріпленні пацієнтом нових способів сприйняття, емоційного реагування та поведінки.

Упродовж терапевтичного курсу під час використання цього методу на всіх його етапах постійно здійснюються два взаємопов'язані психологічні процеси: усвідомлення та реконструкція стосунків особистості.

Усвідомлення, інсайт полягає в поступовому розширенні сфери самосвідомості пацієнта, пов'язаному з необхідністю розуміння ним істинних джерел власних невротичних або психогенних розладів.

Реконструкція стосунків особистості, відповідно до ступеня усвідомлення, проявляється в корекції порушених і вибудову-

вуванні нових стосунків на пізнавальному, емоційному й поведінковому рівнях.

Психотерапевт допомагає клієнтові осмислити зв'язки між способами реагування в певних життєвих обставинах, порушеними значущими для нього стосунками та виникненням невроту (наприклад, психогенної форми безпліддя); намагається розширити в пацієнта галузь усвідомлюваного, щоб допомогти йому зрозуміти патогенез невроту, вербалізувати неприємні переживання й уточнити ті співвідношення й причинно-наслідкові зв'язки, які сам пацієнт раніше не об'єднував у своїй свідомості. Важливо «наштовхнути» клієнта на інтегруючі ланки між різними аспектами його поведінки та емоційними особливостями, що розкривають вразливі точки його особистості. Корисним у цьому процесі є привертання уваги суб'єкта до можливих аналогій щодо його емоційних стосунків із психотерапевтом, тобто аналіз трансферу. Однак, на відміну від психоаналізу, під час ООРП йдеться про розширення сфери усвідомлюваного не на основі прямого аналізу несвідомого та його антагоністичної взаємодії зі свідомістю, а за допомогою пошуку зв'язків між роз'єднаними раніше у свідомості невротика уявленнями та вербалізацією розмитих переживань і понять. Крім того, у психоаналізі сенс нового знання, розуміння за допомогою інтерпретацій до певної міри «нав'язується» пацієнтові психоаналітиком, який виходить із досить обмеженого, ригідного набору схем, прямо або опосередковано пов'язаних із сексуальністю людини, особливо з травматичним психосексуальним досвідом раннього дитинства. Під час ООРП пацієнт в альянсі з психотерапевтом реконструює самосвідомість, залишаючись у світі реальних подій і понять.

Найголовніше й найскладніше під час обговорення полягає в тому, щоб допомогти пацієнту зрозуміти, що його неврот був викликаний не лише обставинами життя та зовнішніми конфліктами, а й внутрішнім конфліктом, в основі якого полягають його неадекватні стосунки й малосумісні потреби, внаслідок чого він не здатний конструктивно вирішувати свої проблеми. Конфлікт супроводжується емоційною напругою, яка дезорганізує сомато-нервово-психічне функціонування пацієнта та викликає відповідну симптоматику [8; 17; 22].

З'ясування пацієнтом психологічних механізмів захворювання не є чисто раціональним, пізнавальним процесом; у ньому обов'язково мають бути інтегровані значущі емоційні переживання, які й роблять можливою необхідну трансформацію осо-

бистості на основі позитивних внутрішніх ресурсів. Раціональне, інтелектуальне розуміння пацієнтом своїх невротичних проблем та їх причин саме по собі мало дієве й до необхідних змін в особистості не приводить; воно повинне стати завершальною ланкою процесу усвідомлення, емоційно насиченого за своєю суттю.

Глибина усвідомлення може бути різнорівневою. Перший рівень стосується розуміння пацієнтом деяких нових уявлень про свою дезадаптивну поведінку, зокрема, в умовах патогенної (стресогенної, конфліктної, кризової) ситуації. Це усвідомлення може виникнути під час відвертого спілкування з іншими пацієнтами в умовах групової ООРП, близькими та іншими референтними особами поза межами терапевтичного простору, із самим психотерапевтом у процесі роботи.

Другий рівень відбиває осмислення пацієнтом тих неадекватних стосунків (у самоцінці, ставленні до інших людей і навколишнього світу), які лежать в основі його невротичної поведінки. На цьому рівні усвідомлення суб'єкт не лише визнає деструктивність своєї поведінки в минулому, а й розуміє, чому він поведився саме так. Наприклад, жінка прагнула обійняти керівну посаду, працювала по 14–16 годин на добу, витратила більшість інтелектуальних, фізичних і фінансових ресурсів на підвищення професійної кваліфікації та дивувалася, що не може завагітніти. У процесі терапії вона починає розуміти, чому цього не відбувалося: актуалізовані потреби в самоствердженні й побудові кар'єри пригнічувати материнську доміную, а інформаційний стрес і фізичне перевантаження спровокували ановуляцію.

Третій рівень глибини розуміння пацієнтом патогенезу свого захворювання пов'язаний з усвідомленням ним порушень у потребово-мотиваційній сфері, що лежать в основі хибно сформованих в онтогенезі стосунків. Під час аналізу життєвої історії (анамнезу й катамнезу) психотерапевту доводиться звертати особливу увагу пацієнта на розвиток його почуттів і форм поведінки починаючи з дитинства, коли через умови виховання й педагогічні помилки (наприклад, батьківську некомпетентність) могла сформуватися неадекватність системи його стосунків.

Здатність пацієнта досягти усвідомлення на всіх трьох рівнях визначається низкою чинників, у тому числі рівнем інтелекту, здатністю до саморефлексії та інтроспекції, емпатією й мотиваційною налаштованістю. Професіоналізм і методологічна компетентність терапевта також повинні бути



розвинуті на високому або принаймні середньому рівні.

Основними психологічними механізмами зміни стосунків у внутрішній структурі особистості виступають ідентифікація та інтерналізація [13].

Процес реконструкції стосунків і вироблення нової поведінки пацієнта відбувається, як правило, з певними труднощами, протидією, опором суб'єкта. Цей опір – реальний клінічний факт, він є проявом психологічного захисту від неприємних, часто глибоко прихованих і неусвідомлюваних, переживань або спробою повернутися в зону комфорту через хворобливість перебудови дезадаптивної поведінки. Слід відрізнити опір від резистентності до психотерапії. Остання може бути обумовлена такими характеристиками особистості, як низька мотивація до лікування (у крайньому випадку – рентна установка, що часто спостерігається в соціально депривованих осіб), низький інтелект або негнучкість мислення, психічний інфантизм.

У якості методичних прийомів ООРП використовуються групова дискусія, психодрама, символдрама, проєктивні малюнки, колажі, архетипічна маска, музикотерапія, психогімнастика, робота з трансовими станами, медитації й візуалізації та інші вербальні й невербальні методи психотерапії. Наприклад, ми у своїй практиці використовуємо реконструктивний потенціал психосинтезу й рефреймінгу.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Репродуктивне здоров'я включає гармонійність і збалансованість статевого, фізичного, психосексуального розвитку, соматичного й психічного здоров'я особистості. Репродуктивне здоров'я жінок повинно стати предметом досліджень не лише представників медичної науки та практики (генетиків, гінекологів, ендокринологів, репродуктологів), а й фахівців інших галузей, насамперед психологів і соціологів. Усебічне вивчення цього феномена, а також розробка методів особистісної психодіагностики й психологічних засобів відновлення репродуктивної функції в сучасних динамічних умовах дозволить жінкам свідомо проєктувати свої дії, наміри, репродуктивну поведінку, максимально використовувати свої здібності й можливості, бути авторами власної долі, що надасть їм змогу реалізувати свій потенціал і як носія репродуктивної функції, і як соціально активної творчої особистості. Наступний етап нашого дослідження – емпіричний – буде присвячено розробці й апробації корекційно-відновлювальних і терапевтичних програм для подолання ре-

продуктивних дисфункцій у жінок в умовах психологічного центру.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство / В.В. Абрамченко. – СПб. : Сотис, 2001. – 320 с.
2. Брехман Г.И. Индивидуальные особенности женщин с физиологическим течением и угрозой невынашивания беременности в первом триместре беременности по данным ММРІ / Г.И. Брехман, Л.Н. Лапочкина // Журнал практического психолога. – 1996. – № 3. – С. 29–32.
3. Грон Е.А. Психологические детерминанты невынашивания беременности / Е.А. Грон // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4–5. – С. 109–117.
4. Джонсон Р. Она: глубинные аспекты женской психологии / Р. Джонсон ; пер. В. Мершавка. – М. : Когито-Центр, 2008. – 112 с.
5. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб. : Питер, 2010. – 272 с.
6. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е.П. Ильин. – СПб. : Питер, 2003. – 544 с.
7. Ильин Е.П. Пол и гендер / Е.П. Ильин. – СПб. : Питер, 2010. – 688 с.
8. Исурина Г.Л. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития / Г.Л. Исурина // Психотерапия: от теории к практике. – СПб., 1995. – С. 81–87.
9. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский – 4-е изд. – М. : Питер, 2011. – 864 с.
10. Кон И.С. Введение в сексологию : [учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед.] / И.С. Кон. – М. : Олимп ; ИНФРА-М, 1999. – 288 с.
11. Либина А. Психология современной женщины: и умная, и красивая, и счастливая... / А. Либина. – М. : ПЕР СЭ, 2001. – 528 с.
12. Магденко О.В. Деструктивные репродуктивные мотивации у беременных женщин при становлении материнской ролевой идентичности : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.04 / О.В. Магденко. – Томск, 2012. – 23 с.
13. Максименко К.С. Реконструктивная психотерапия в клинической психологии / К.С. Максименко // Проблемы сучасної психології. – 2013. – Вип. 21. – С. 369–384.
14. Менеггети А. Женщина третьего тысячелетия / А. Менеггети ; пер. с итал.. – Изд. 2-е. – М. : ННБФ «Онтопсихология», 2002. – 256 с.
15. Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности / В.С. Мерлин. – М. : Педагогика, 1986. – 448 с.
16. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологи. – 2000. – № 5. – С. 18–27.
17. Мясичев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясичев. – Л. : Изд-во Ленинградского ун-та, 1960. – 426 с.
18. Пайнз Д. Бессознательное использование женщиной своего тела / Д. Пайнз. – СПб. : Восточно-Европейский ин-т психоанализа, 1997. – 198 с.
19. Психотерапия : [учебник для вузов] / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 4-е изд. – СПб. : Питер, 2012. – 672.

20. Сергейко И.В. Медико-социальные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин / И.В. Сергейко // Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал. – 2014. – № 1(35). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/544/30/lang,ru>.

21. Современные аспекты решения медико-социальных проблем репродуктивного здоровья женщин : сб. науч. тр. / под ред. Л.С. Целкович ; ГОУ ВПО СамГМУ. – Самара : Самарское отделение Лимфонда, 2009. – 346 с.

22. Ташлыков В.А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) и защиты у больных неврозами в процессе психотерапии / В.А. Ташлыков // Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья. – Томск, 1990. – С. 60–61.

23. Филиппова Г.Г. Нарушение репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы / Г.Г. Филиппова // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4–5. – С. 83–108.

24. Филиппова Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика / Г.Г. Филиппова // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2011. – № 6. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer05.php.

25. Хорни К. Женская психология / К. Хорни ; пер. с англ. Е.И. Замфир. – СПб. : Восточно-Европейский ин-т психоанализа, 1993. – 221 с.

26. Щеголев А.А. Ложная женщина. Невроз как внутренний театр личности / А.А. Щеголев. – СПб. : Речь, 2001. – 202 с.

27. Prasad A. Like a Virgin: how Science is Redesigning the Rules of Sex / A. Prasad. – Oneworld Publications, 2012. – 288 p.

28. Gilligan C. In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development / C. Gilligan. – Cambridge, Mass. : Harvard University Press, 1982. – P. 24–39.

УДК 159.91:371.264

ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЕВИХ СКАРГ В ОСІБ РІЗНОЇ СТАТІ

Чистовська Ю.Ю., аспірант, викладач кафедри психології
Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

У статті на основі дослідження за допомогою Гісенівського опитувальника робиться спроба розкрити статеві відмінності особливостей серцево-судинних скарг. На основі аналізу зарубіжної та вітчизняної літератури, а також аналізу власних досліджень робиться спроба виявлення особливостей серцево-судинних скарг осіб різної статі.

Ключові слова: психосоматичні розлади, психосоматичні скарги, серцеві скарги, індивідуально-психологічні особливості, гендерні відмінності, статеві відмінності.

В статье на основании исследования с помощью Гисеновского опросника предпринимается попытка раскрытия половых различий особенностей сердечных жалоб. На основе анализа зарубежной и отечественной литературы, а также анализа собственных исследований делается попытка выявления особенностей сердечно-сосудистых жалоб лиц разного пола.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, психосоматические жалобы, индивидуально-психологические особенности, гендерные различия, половые различия.

Chystovska Yu. Yu. SPECIFICS OF CARDIAC COMPLAINTS IN MEN AND WOMEN

Factors of psychosomatic disorders are considered in the article on the base of foreign and native literature analysis. On the basis of the analysis of foreign and domestic literature, as well as analysis of their own research is an attempt to identify the characteristics of cardiovascular complaints from persons of different sexes.

Key words: psychosomatic disorders, psychosomatic interrelations, individual psychological peculiarities, gender distinctions, sexual distinctions.

Постановка проблеми. Соціальні зміни, що відбуваються в країні, відображаються на всіх рівнях відносин людини, оскільки призводять до системного переформування її світогляду. Зміни цінностей та орієнтирів в індивідуальній реальності кожної конкретної людини продиктовані новими соціальними трансформаціями, відчуваються на зміні взаємовідносин за

всім спектром особистісних систем, від міжстатевих і шлюбних взаємин до духовної сфери та навіть сенсу життя.

Практичні завдання науковців і фахівців у галузі охорони здоров'я потребують наукового обґрунтування й розробки нових підходів до аналізу етіології й патогенезу поширених психосоматичних розладів. Емпіричні дослідження як вітчизняних, так і