

- младенца: Симбиоз и индивидуация; [Пер. с англ.]. / Маргарет Малер, Фред Пайн, Анни Бергман - М. : Когито-Центр, 2011. - 413 с. - (Библиотека психоанализа)
- Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепция и методы; [Пер. с англ. О. Очкур, А. Шишко]/ Михаэль Николс, Ричард Шварц – М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 960 с.
- Омельченко Я.М. Особливості формування здатності особистості до зрілих стосунків у рамках психодинамічного підходу/ Яніна Омельченко// Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: Зб.наук. праць. – К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2012. - №37(61). – с. 104-107.
- Психоаналитические термины и понятия: словарь / [ред. Барнесса Э. Мура, Бернанда Д. Файна; перев. с англ. А. М. Баковикова, И. Б. Гриншпуна, А. Фильца]. -М.: Независимая фирма «Класс», 2000. -304 с.
- Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии; [Пер. с англ.]/ Гарри Салливан - СПб.: «Ювента»; М.: «КСП+», 1999. - 347 с.
- Соціокультурні чинники становлення сучасної парадигми психотерапевтичної допомоги особистості : монографія / [З.Г. Кісарчук, Л.О. Гребінь, Т.С. Гурлева та ін.] ; за ред. З.Г. Кісарчук. - Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2012. - 276 с.
- Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции/ Зигмунд Фрейд. - М.: Наука, 1989. - 456 с.
- Шпиц Р.А. Психоанализ раннего детского возраста/ Рэнэ Шпиц – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. – 159 с.
- Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис; [пер. с англ.; общ. ред. и предисл. А. В. Толстых] / Эрик Эриксон. - М.: Прогресс, 1996.
- Fairbairn R. A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. In Psychoanalytic studies of the personality/ Ronald Fairbairn - London: Tavistock Publications Ltd with Routledge, Kegan Paul, 1952. - С.28-58.

В статтє изложєны результати дослідження феномена зрилих стосунків в сучасних сємьях и формирование стратегии психотерапевтической помощи сємьям в рамках психодинамической парадигмы. Определєны типичные фрустрирующие обстоятельства у респондєнтов на ранних стадиях развития, которые могут влиять на качество актуальных стосунків. Описаны характеристики внутренних объектов брачных партнеров. Изложєны особенности психотерапевтической помощи сємьям с учетом глубинной психодинамики стосунків. Определєны понятия: зрєлыє стосунки, объект, первичные объекты.

The article highlights the results of investigation of phenomenon of mature relations in modern families and points out the strategies of psychotherapeutic aid to the families within the psychodynamic framework. The typical frustrating circumstances of respondents on different stages of their development which affect the quality of actual relations are defined. The characteristics of internal objects of marital partners in modern families are described. The article triggers such notions as personal maturity, mature relations, object, primary objects.

О.М. Складєнко (м. Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУЛЮВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВИПАДКУ У КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ

Постановка проблеми. Становлення когнітивної психотерапії як прикладної терапії відносно широкого спектру психічних розладів бере свій початок із становлення у 50-х роках минулого століття поведінкової терапії, яку пов'язують із іменами Дж.Вольпе,

А.Лазаруса, Г.Ю.Айзенка та інших, а також когнітивного підходу, розробленого А.Беком у 60-х роках.

Відтак, когнітивно-поведінкова теорія, базується на біхевіоральних підходах, відповідних попередніх очікуваннях та атрибуціях, що витікають із певних подій та їх загальному впливі на зміну поведінки з поступовою когнітивною обробкою інформації та їх впливом на емоційні стани.

На сьогодні когнітивно-поведінкова психотерапія визнана одним із провідних видів втручань, що мають високу ефективність та надійність, тому дослідження особливостей впровадження напрацьованих методів даного напрямку у практику є вкрай актуальним.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження особливостей когнітивної психотерапії, що включає складання, реалізацію та оцінку психотерапевтичного втручання та зв'язок КПТ із теоретичними положеннями, досліджували А.Бек, Дж. Бек, Д. Мейхенбаум, М.Махоні, М.М.Лайнен, Д.Янг, Д. Вестбрук, Х. Кенерлі, С.Г. Раковчік, Д.Угрин, О. Романчук, С. Томчук та ін.

В Україні на сьогодні створено Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, що з 2011 року при підтримці Оксфордського центру когнітивно-поведінкової терапії проводить підготовку спеціалістів даного напрямку.

Варто зазначити, що розуміння особливостей когнітивно-поведінкової психотерапії включає, перш за все, дослідження теорії особистості та психопатології, а також модель психотерапії з набором принципів та стратегій, що розроблені на основі теорії психопатології та переконливі емпіричні відкриття, що ґрунтуються на результатах клінічних досліджень та підтверджують ефективність даного підходу.

Тут доречно зауважити, що згідно численних досліджень (Д.Вестбрук, Х. Кеннерлі, Дж. Кірк та ін., 2011), КПТ визнана терапією, що рекомендована при більшості психологічних розладів у дорослих. Дослідження, проведені у руслі дитячої психотерапії (Ф. Кендалл, Дж. Е. Локман, Д. Фіцджеральд, Мейхенбаум та ін., 2002) показали ефективність КПТ у подоланні агресії, гніву, депресії, тривожних розладів, дефіциту уваги з гіперактивністю.

Дослідники зазначають, що ефективність КПТ пов'язана, перш за все, із тим, що модель даної терапії побудована на провідних наукових підходах розуміння механізмів, наприклад, тривоги та страху, а також патогенетичних основах розвитку окремих розладів [2; 4; 6].

Також серед переваг когнітивної психотерапії виділяють підхід, згідно якого когнітивні процеси мають дворівневу схему, що включає у себе наступні елементи:

- динамічні компоненти – потік думок або внутрішня поведінка;
- структурні компоненти – стійкі когнітивні утворення, що представляють собою вірування, переконання і установки. Саме вони визначають характер і зміст динамічних компонентів чи потік думок про себе та світ.

Формулювання цілей статті. Дана стаття присвячена дослідженню особливостей формулювання терапевтичного випадку у когнітивно-поведінковій психотерапії. Згідно Дж. Бека (Дж. Бек, 2005), саме когнітивна концептуалізація, або, формулювання, забезпечує терапевту точку відліку для наступного глибокого розуміння пацієнта та включає у себе такі елементи, як когнітивна модель, переконання, відношення, правила та припущення.

Виклад основного матеріалу дослідження. Згідно когнітивної моделі, емоції та поведінка людини залежить від сприйняття нею різних життєвих обставин. Зазначається, що не події самі по собі визначають самопочуття людей, а спосіб, яким вони їх тлумачать. Таким чином, когнітивна модель має певні складові, а саме:

- в основі усіх психологічних порушень особистості лежить викривлене, чи дисфункційне мислення, яке, у свою чергу, спотворює емоції та поведінку пацієнтів;
- реалістична оцінка та зміна такого мислення призводить до покращення самопочуття та гармонізації поведінки;

- щоб досягти стійких результатів, необхідно виявити, оцінити та змінити дисфункційні погляди та переконання, що лежать у основі будь-якого психічного розладу.

Когнітивного терапевта особливо цікавить той пласт мислення, який існує поряд з очевидним, поверхневим рівнем. Особлива увага сконцентрована на виявленні так званих автоматичних думок, які є швидкоплинними оціночними думками, що не є результатом міркувань, висновків і не обов'язково підтримуються доказами. Ключове питання по виявленню даних думок: «Про що я тільки-но подумав?».

Серед досліджуваних факторів виокремлюють переконання, що характеризуються як установки, які настільки глибокі та фундаментальні, що людина часто не може їх чітко виразити чи навіть просто усвідомити. Фундаментальним рівнем переконань є глибинні переконання, що вирізняються об'ємністю, укоріненістю, надузагальненням. А.Бек розрізняє схеми та глибинні переконання, вважаючи, що схеми є когнітивними структурами свідомості, що включають у себе і глибинні переконання (А.Бек, 1964).

Дослідники вважають, що фундаментальним для визначення наших знань, бажань і дій є деякі базисні припущення, які ми робимо відносно себе, нашого світу і взаємовідносин між першим і другим. Тобто, у всіх нас є схеми, які стосуються інших людей, а також схеми, що відносяться до соціальних ролей і подій. До схем Я відносяться наші погляди на те, хто ми є, ким би могли стати і що для нас важливо. Інші аспекти схеми Я стосуються наших уявлень про різні ролі, які ми граємо чи могли б грати у нашому соціальному середовищі, таких як жінка, чоловік, студент, батько, лікар, українець тощо.

У дослідженнях зазначається (МакМаллін Р., 2001), що установки та переконання мають довгу історію. Ті когніції, які сьогодні має клієнт, є більш пізніми перевтіленнями переконань, які були сформовані у дитинстві.

Вважають, що історія формування переконання має більш інформативну базу, ніж сам зміст такого переконання. Крім того, важливо пам'ятати, що установка може формуватися як корисна на певному етапі розвитку. Лише з часом певні установки можуть ставати застарілими та дезадаптивними. Справді, маленька дитина є слабкою, такою, що залежить від дорослого. З часом, ми переосмислюємо дану установку, але деякі люди продовжують бачити себе, скажімо, беззахисними та немічними і у дорослому житті. На формування та закріплення таких переконань може впливати багато факторів, особливо тих, що стосуються негативного досвіду у минулому. А це може бути незадовільне виховання, травмуючі події дитинства, конституційна схильність тощо. Усе це може перешкоджати розвитку нових способів структурування даних. Такі клієнти вміщують свій досвід у дві категорії: деструктивні, які були адаптивними від початку, але не вкладаються у актуальний досвід та нинішню позицію клієнта та ті, які завжди були помилковими та перекрученими [6]. Подібні викривлення, що йдуть із негативного досвіду у минулому, спричинюють психічні розлади та є мішенню когнітивно-поведінкового терапевта. Особлива увага при цьому приділяється усуненню невірних інтерпретацій минулого, які спровокували викривлене сприйняття.

Вважається, що нові переживання обробляються у відповідності з когнітивними системами поглядів навіть тоді, коли нову інформацію нам доводиться переглянути чи викривити так, щоб вона вклалася у наші межі – це процес, відомий як асиміляція. У свою чергу, акомодация передбачає зміну існуючих у нас систем поглядів та здійснюється з великим небажанням, бо несе у собі загрозу, особливо, коли під сумнів ставляться важливі припущення.

Дослідники стверджують, що у здорової людини когнітивні схеми, що лежать у основі сприйняття реальності, відрізняються гнучкістю та здатністю змінюватись у відповідності із новим досвідом. При різних психічних розладах, що склалися у травматичному дитячому досвіді, когнітивні схеми відрізняються великою ригідністю. Новий досвід ігнорується, а процеси асиміляції різко переважають над процесами акомодациі [3].

Проблему ранніх переживань та їх впливу на виникнення дезадаптивних схем досліджував А.Бек. Згідно Беку, різні форми психопатології відрізняються різними дезадаптивними схемами, які розвинулись як функція несприятливих ранніх навчаючих переживань і ведуть до викривлень у мисленні, які характерні для певних розладів, таких як тривога, депресія та особистісні розлади. Зазначається, що негативні глибинні переконання діляться на дві категорії: перша пов'язана із безпомічністю, а друга – із неприйняттям [1; 2]. Ці переконання розвиваються у дитячому та підлітковому віці в результаті спілкування із батьками та іншим значущим оточенням (вчителі, ровесники).

Вважається, що більшість психічних розладів розвивається у результаті впливу якогось стресора на людину, у якої є діатез, тобто, схильність, до певного розладу. Діатез є порівняно віддалена необхідна чи спонукальна причина, але не достатня для виникнення розладу. Для цього повинна існувати більш близька причина (стресор), яка також може бути спонукальною чи необхідною, але сама по собі недостатня, щоб викликати розлад. Аналізуючи ці причини кажуть про модель діатезу-стресу. Типовими подіями дитинства, які можна трактувати як діатез до певного розладу, є сварки між батьками, розлучення батьків, зневага у сім'ї, погані стосунки з братами та сестрами, вчителями тощо. Однак, негативні глибинні переживання, що сприяють формуванню дисфункційних переконань, актуалізуються тільки під час переживання психологічного дистресу, окрім випадків особистісних розладів, коли людина знаходиться під безперервним впливом негативних глибинних переконань (Дж. Бек, 2006).

Зважаючи на важливість впливу стресора на актуалізацію глибинного переконання, когнітивно-поведінковий терапевт досліджує критичну подію, що змусила звернутися за допомогою та так звані тригери, що стали пусковим механізмом у розвитку розладу. Серед таких критичних подій можуть бути значущі для клієнта психосоціальні стрес-чинники, як от: розрив із другом чи подругою, початок або закінчення навчання, одруження, розлучення, вихід на пенсію, діагностування серйозної хвороби тощо.

На основі глибинних переконань формуються проміжні переконання, що включають відношення, правила і припущення. Наприклад, відношення (ставлення): як жахливо бути ні на що не здатним!); правила/чекання: я повинен постійно наполегливо трудитись!; припущення: якщо я буду наполегливо працювати, я, можливо, зможу досягти того, що інші люди досягають без особливих зусиль.

Зважаючи на важливий вплив на перебіг певного розладу захисних факторів, які має клієнт, когнітивно-поведінковий терапевт досліджує так звані протективні фактори та ресурси. Серед таких може бути сім'я, друзі, робота, церква, хобі, благодійна діяльність тощо.

Окремо від інших компонентів формулювання, КПТ-терапевт намагається разом із клієнтом відстежити так звані підтримуючі цикли, що, власне, підтримують розлад, що вже є. Прості причинно-наслідкові зв'язки зустрічаються рідко через те, що у виникненні розладу може бути задіяно більш ніж один причинний фактор або «причинний патерн» (Карсон Р. та ін., 2004). При психічних розладах слід зважати на ефекти зворотного зв'язку та існування двосторонніх впливів. Тому, прописуючи підтримуючі цикли, КПТ-терапевт разом із клієнтом повертаються до них час від часу, щоб уточнити вже виявлені складові та додати, за потреби, додаткові.

Обов'язковою складовою у формулюванні є виокремлення чітких цілей, яких бажає досягти клієнт в ході терапії. При цьому увага звертається на адекватність цілей та можливість їх реалізації. Одним із принципів КПТ є, власне, те, що когнітивно-поведінкова терапія орієнтована на ціль і сфокусована на проблемі (Бек Дж., 2006).

Вже на першій сесії клієнту пропонують перерахувати його проблеми та визначити цілі терапії – чого б йому хотілось досягти. Для цього клієнт зосереджується на обґрунтованості проблемних думок, виходячи із власного досвіду, а також перевіряє свої думки більш ретельно під час подальшого спілкування із оточенням. Питання, що

допомагають терапевту здійснити концептуалізацію (формулювання), можуть бути наступними (Дж. Бек, 2006):

- Що призвело до розвитку розладу?
- Які у житті клієнта були значущі події, досвід та взаємодія з оточуючими?
- Які основні (глибинні) переконання клієнта стосовно себе, світу та людей?
- Які його припущення, очікування, правила і відношення?
- Які стратегії використовує клієнт, щоб справитись з впливом негативних переконань?
- Завдяки яким автоматичним думкам, образам та поведінці існує цей розлад?
- Як переконання клієнта проявляються у різних життєвих ситуаціях і роблять його вразливим до даного розладу?
- Що відбувається у житті клієнта у теперішній час і як він це сприймає?

Як зазначає А. Бек (Бек А., 2006), конкретне розуміння кожного випадку відіграє особливу роль у розумінні дезадаптивної поведінки клієнта та зміни його дисфункційних установок. Тобто, психотерапевт проводить формулювання випадку на самому початку психотерапії. Отримавши нові дані, ми можемо вносити поправки у формулювання, складене раніше. Особливий акцент робиться на тому, що психотерапевт складає формулювання разом із клієнтом, що допомагає останньому зрозуміти, на яких переживаннях варто зосередитись та які основні переконання виділити. На основі зібраних даних терапевт разом із клієнтом можуть весь час мати змогу перевіряти, чи відповідає актуальний матеріал тому формулюванню, що було зроблено попередньо. Варто зауважити, що зібраний матеріал представляється у формі діаграм, схем, що полегшує розуміння клієнтом того, як подальші переживання можуть вписуватись у загальне формулювання та яким чином викривлене тлумачення дійсності пов'язане із глибинними переконаннями.

Зазначимо, що залучення клієнта до спільного дослідження переконань та причин їх виникнення є важливою складовою успішної психотерапії. Застосування метафор, прикладів для обґрунтування тієї чи іншої гіпотези допомагає психотерапевту ефективно використовувати час сесії та планувати наступні зустрічі.

Наведемо приклад терапевтичного випадку та представимо його формулювання (рис. 1).

Клієнт Тетяна, 25 років, розлучена, менеджер. До терапевта звернулась із скаргами на погане самопочуття, пригнічений настрій, ангедонію, безсоння. Під час бесіди повідомила, що на роботу не ходить близько місяця, у неї закінчилися гроші, збільшуються борги. Клієнтці важко виконувати домашню роботу, вона не може приділяти достатньої уваги своїй донці.

При додатковому опитуванні виявляється відсутність бажання спілкуватися з друзями та колегами по роботі, відчуття того, що життя руйнується, безвихідь. Настрій став погіршуватись після того як на роботі погіршилися стосунки із керівником. Клієнтка думає, що її вважають поганим співробітником, не здатним виконувати посадові обов'язки, тому намагається не потрапляти на очі керівництву, маючи можливість вільного графіку роботи.

Увесь час проводить вдома, намагається не виходити з дому, на дзвінки друзів не відповідає, вважаючи, що є тягарем у спілкуванні.

Про відносини з чоловіками говорить зі сльозами; розлучена, чоловік пішов до іншої жінки. Колишній чоловік нічим не допомагає, про дитину не дбає. Відносин після розлучення з іншими чоловіками не було. Відносин і близькості з одного боку хоче, але, з іншого боку, їх боїться, бо вважає, що не може бути гарною дружиною.

Відносини з рідними: батьків вже немає в живих. Підтримує стосунки з бабусею, яка її виростила, тіткою і сестрою. Фінансова ситуація нестабільна, тому що дохід залежить від наявності та кількості угод з продажу. Хобі, розваги: любить співати, читати,

дивитися фільми, грати в боулінг, подорожувати. Релігійне життя: християнка. Особистість: себе характеризує, як активну людину, відповідальну, творчу.

Невпевнена у своїх силах забезпечити майбутнє дитині і собі. Залежить від думки інших авторитетних людей, погано переносить критику.

Дослідження минулого: про дитинство розповідає, що її виховувала бабуся. Батько часто пив і бив матір і двох інших дітей; у мами була депресія. Бабуся в дитинстві сильно контролювала, особливо стосунки з протилежною статтю.

Школу закінчила добре, вступила до університету культури, де познайомилася зі своїм чоловіком, в 18 років вийшла заміж, народила дитину. Шлюб проіснував близько 5 років, стосунки не склалися, чоловік часто випивав, відбувалися бійки. Емоційно прив'язана до декількох людей, не виносить самотність.

Супутні проблеми: занижена самооцінка, проблеми на роботі, труднощі в особистому житті, фінансові проблеми. За допомогою звертається вперше, від терапії очікує покращення настрою, відновлення сну та працездатності.

Висновки та перспективи подальших розвідок у даному напрямі. Таким чином, дослідження у руслі когнітивно-поведінкової психотерапії мають достатню кількість показників рівня ефективності на сьогоднішньому етапі розвитку психотерапії у всьому світі, що засвідчено у сучасних метааналізах. Значущість КПТ визначається не лише її прикладним аспектом, але і глибокими зв'язками із когнітивною психологією, психофізіологією, клінічною психологією, патопсихологією, психолінгвістикою. Утім, для вітчизняних дослідників залишається великий простір для власних пошуків як ефективності впровадження даного напрямку психотерапії в українське суспільство, так і подолання труднощів, пов'язаних із історичними, соціальними та професійними факторами.

Література

1. Бек А. Когнитивная терапия: полное руководство. Cognitive Therapy: Basics and Beyond / А.Бек, д.Бек. – М.: Вильямс, 2006. – 400 с.
2. Бек Дж. Когнитивная терапия: полное руководство / Джудит С. Бек: Пер. с англ. – М.: ООО «И.Д.Вильямс», 2006. – 400 с. : ил. – Парал. тит. англ.
3. Карсон Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. – 11-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
4. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллин: Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2001. — 560 с.
5. Паттерсон С. Теории психотерапии / С. Паттерсон, Э. Уоткинс. – 5-е изд. – СПб.: Питер, 2003. – 544 с. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»)
6. Пономаренко Л.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия в дискурсе украинской ментальности / Л.П.Пономаренко // Вестник ассоциации психиатров Украины, – №4, 2013. – С. 8 – 13.
7. Психотерапия детей и подростков. 2-е изд. / Под ред. Ф. Кендалла. – СПб.: Питер, 2002. – 432 с.: ил. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
8. Р. Солсо Когнитивная психология / Солсо Р. – 6-е изд. – СПб.: Питер, 2011. – 589 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).

Представлены особенности формулирования терапевтического случая в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии. Делается акцент на том, что именно когнитивная концептуализация, или, формулирование, обеспечивает терапевту точку отсчета для последующего глубокого понимания клиента и включает в себя такие элементы, как когнитивная модель, убеждения, отношение, правила и предположения. Делается акцент на том, что у здорового человека когнитивные схемы, лежащие в основе восприятия реальности, отличаются гибкостью и способностью изменяться в соответствии с новым опытом. Утверждается, что при различных психических расстройствах, сложившихся в травматическом детском опыте, когнитивные схемы отличаются большой ригидностью.

біологічні:

- 1. депресія матері
- 2. алкоголізм батька

Глибинні переконання

Трігери:

- 1. конфлікт на роботі
- 2. відсутність грошей
- 3. складні стосунки зі свекрухою

Протективні фактори:

- 1. дитина
- 2. хобі
- 3. церква
- 4. друзі



- 1.
- 2.
- 3.

Фактори схильності:

Негативний досвід у минулому

- 1. порушення стосунків із батьками
- 2. психологічна депривація
- 3. незадовільні стосунки із керівництвом,



1. ні на що не здатна

2. нікому не потрібна

3. не здатна забезпечити майбутнє



Проміжні переконання

- 1. уникати конфліктів
- 2. уникати конфліктів з чоловіками
- 3. не заважати оточуючим



Проблеми:

- 1. депресія



Цілі:

- налагодження стосунків з оточенням
- повірити в себе
- покращити фізичний стан, сон

Критична подія:

- 1. погіршення відносин
- 2. конфлікт на роботі

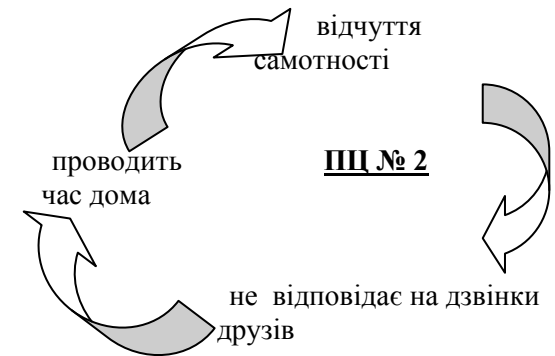


Рис.1 Формулювання терапевтичного випадку

This article is devoted to the research of peculiarities of the formulation of therapeutic case in cognitive-behavioral psychotherapy. It is reported that these cognitive conceptualization, or the formulation provides the therapist as a starting point for further deep understanding of the patient and includes elements such as the cognitive model, belief, attitude, rules and assumptions.

А.Ф.Федоренко (м.Київ)

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АДАПТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В КОНТЕКСТІ ДОСЛІДЖЕНЬ СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Постановка проблеми. Неабиякого значення в контексті проблеми, що розглядається у даній статті, набуває дослідження феномену “адаптація”, основу якого складає психологічний потенціал особистості, порушення у функціонуванні якого призводить до утруднень соціалізації. Саме тому актуальним є аналіз адаптації та соціалізації як процесів, що визначають динаміку становлення професіоналізму особистості у соціальному середовищі. Водночас, виникає необхідність у врахуванні специфічних особливостей соціальної взаємодії, в якій суб’єкт та об’єкт виступають активними по відношенню один до одного, під час проведення психотерапії.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Більшість авторів розглядає адаптацію як один з видів соціальної адаптації, що тісно пов’язаний із соціалізацією [1; 2; 4; 9]. Так, В. Г. Асеев наголошує, що процеси соціалізації та адаптації тісно взаємопов’язані між собою, оскільки відображають єдиний процес взаємодії особистості та суспільства, у ході якого адаптація виступає механізмом пристосування особистості до нових умов соціальної взаємодії. Він вважає адаптацію одним із етапів соціалізації особистості [3].

Водночас, О. І. Зотова та І. К. Кряжева вказують, що соціалізація особистості, обумовлена в основному впливом із боку соціального середовища, що є, в свою чергу, необхідною умовою адаптації індивіда в суспільстві та в конкретному колективі. А адаптацію та соціалізацію розглядають як єдиний процес взаємодії особистості й суспільства, в якому адаптація слугує для відображення пристосування індивіда до нової для нього діяльності, і виступає умовою соціалізації, яка розуміється як процес становлення особистості [6].

Таким чином, проблема взаємозв’язку та співвідношення процесів адаптації та соціалізації особистості є досить суперечливою у визначених дослідженнях.

Так, науковці визначають, що адаптація має об’єктивно-суб’єктивну специфіку тому, що завдяки даному процесу, людина засвоює необхідні для життєдіяльності норми, стандарти, стереотипи, за допомогою яких активно соціалізується [2; 4; 7; 11].

Зокрема, О. І. Зотова і І. К. Кряжева підкреслюють активність особистості в процесі адаптації. Вони розглядають адаптацію як взаємодію особистості й соціального середовища, яка призводить до адекватних співвідношень мети й цінностей особистості та групи. Адаптація відбувається, на думку авторів, тоді, коли соціальне середовище сприяє реалізації потреб і прагнень особистості, сприяє розкриттю і розвитку індивідуальності [6].

Отже, адаптація як процес встановлення оптимальної відповідності особистості і навколишнього середовища в ході здійснення психотерапії, дозволяє індивідууму задовольняти актуальні потреби і реалізовувати пов’язані з ними значущі цілі (при збереженні психічного і фізичного здоров’я), забезпечуючи в той же час відповідність вимогам психічної діяльності людини, її поведінки [7].