

А.В. Кустов, Ю.А. Алексеева

**Мислення:
психологічні,
психопатологічні
та психотерапевтичні аспекти**

Навчальний посібник

**Рекомендовано вченою радою
Сумського державного університету**

**Суми
«Видавництво СумДУ»
2010**

УДК 159.995 + 616.89 – 008.454

ББК 88.351.31 + 53.57

К 94

Рецензенти:

О.О. Потапов - доктор мед. наук, проф.

(Медичний інститут

Сумського державного університету)

С.Б. Кузікова - кандидат психолог. наук, доцент

(Сумський державний педагогічний університет

ім. А.С.Макаренка)

Рекомендовано до друку вченою радою

Сумського державного університету

(протокол № 11 від 11.04.2010р.)

Кустов А. В.

К 94 Мислення: психологічні, психопатологічні та психотерапевтичні аспекти: навч. посіб. /А.В. Кустов, Ю.А. Алексеева. -

Суми: Вид-во СумДУ, 2010. – 324 с.

ISBN 978 – 966 – 657 – 141 - 3

Книга присвячена питанням, які стосуються мислення в нормі і патології, а також його корекції, методів когнитивної терапії. Відзначено зв'язок мислення з особистістю, запропонована класифікація розладів мислення та власна позиція щодо умов і факторів утворення марення.

Навчальний посібник розрахований на лікарів - психіатрів, психологів, психотерапевтів, лікарів - інтернів, а також буде корисним для студентів університетів та медичних вузів, що вивчають психологію, психіатрію та психотерапію.

УДК 159.995 + 616.89 – 008.454

ББК 88.351.31 + 53.57

©Кустов А.В., Алексеева Ю.А., 2010

©Вид-во СумДУ, 2010

ISBN 978 – 966 – 657 – 141 - 3

Передмова

Мислення є базовою когнітивною функцією, завдяки якій індивід формулює і формує цілі, виділяє і вибирає правильні способи їх досягнення, долає перешкоди, що стоять на цьому шляху, прогнозує розвиток подій, відхиляє або приймає уявні проекти, зважує і оцінює рішення, підводить підсумки, накопичує власний досвід.

Мислення має як біологічну, так і соціальну природу. Незважаючи на те, що біологічні основи розумових процесів недостатньо вивчені, роль біохімічних, фізіологічних, генетичних умов в їх організації очевидна і емпірично підтверджується тим, що застосування психотропних засобів при психічних розладах веде до інтеграції когнітивних функцій. В організації розумової діяльності згідно з нейропсихологічним, психофізіологічним дослідженням беруть участь специфічні комплекси нейромедіаторних систем, а також процеси, що генеруються в правій і лівій півкулях головного мозку, які забезпечують взаємозв'язок між мисленням, іншими когнітивними процесами і елементами особистості. Вплив соціальних чинників на формування розумових процесів здійснюється через інтерналізацію індивідом аттитюдів (соціальних установок), культурних, наукових знань, архетипів, домінуючих у суспільстві. Ототожнення з ментальними макро - і мікросоціальними установками визначає специфічну конфігурацію індивідуального мислення, властивого більшості людей, що живуть в соціальному середовищі даного історичного періоду.

Складність вивчення мислення, як і психіки в цілому, обумовлена слабкою розробленістю і недостатнім впровадженням в сучасну культуру принципів системно-адаптивної наукової парадигми, в рамках якої навколишній світ, природа, людина розглядаються як сукупність систем різного ступеня складності, що знаходяться в постійних

взаємозв'язках і взаємодіях. Іншими словами, ми знаходимося з навколишнім світом, один з одним у системних відносинах. Проте системний підхід, що пропонує вивчати природу біологічного, психологічного і соціального з позицій комплексності, структурності і цілісності, ще не став базовим компонентом свідомості і мислення більшості дослідників. Так, психологія і психіатрія, які вивчають різні аспекти і рівні функціонування одних і тих же психічних функцій і сфер, у теоретичному і практичному відношенні часто не стикаються. Накопичені в цих дисциплінах знання і концепції не збагачують один одного і розглядаються окремо, зокрема при вивченні мислення. У зв'язку з цим ми зробили спробу інтеграції деяких поглядів і концепцій, що існують у психології, з розумінням механізмів і чинників, що лежать в основі патологічної розумової діяльності. Запропонована нами систематика розладів мислення і форм архетипічного маревотворення є наслідком такого підходу.

Психотерапія також розвиває свою «мову», переслідуючи такі цілі, як корекція і терапія когнітивних спотворень. Розвиваючи специфічне бачення природи мислення на відміну від тих знань, які склалися у вищеназваних дисциплінах, психотерапія доповнює картину когнітивної діяльності за рахунок вивчення умов виникнення і виправлення логічних помилок і дисфункціональних переконань.

Прийде час, і системне бачення процесів мислення в різних ракурсах, вивчення його зв'язків з пам'яттю, уявою, інтелектом, Я, властивостями темпераменту і свідомістю допоможуть створити єдину для психології, психіатрії та психотерапії концепцію, в якій мисленню буде відведена важлива роль, що забезпечує пошукову, пізнавальну і адаптивну активність особистості.

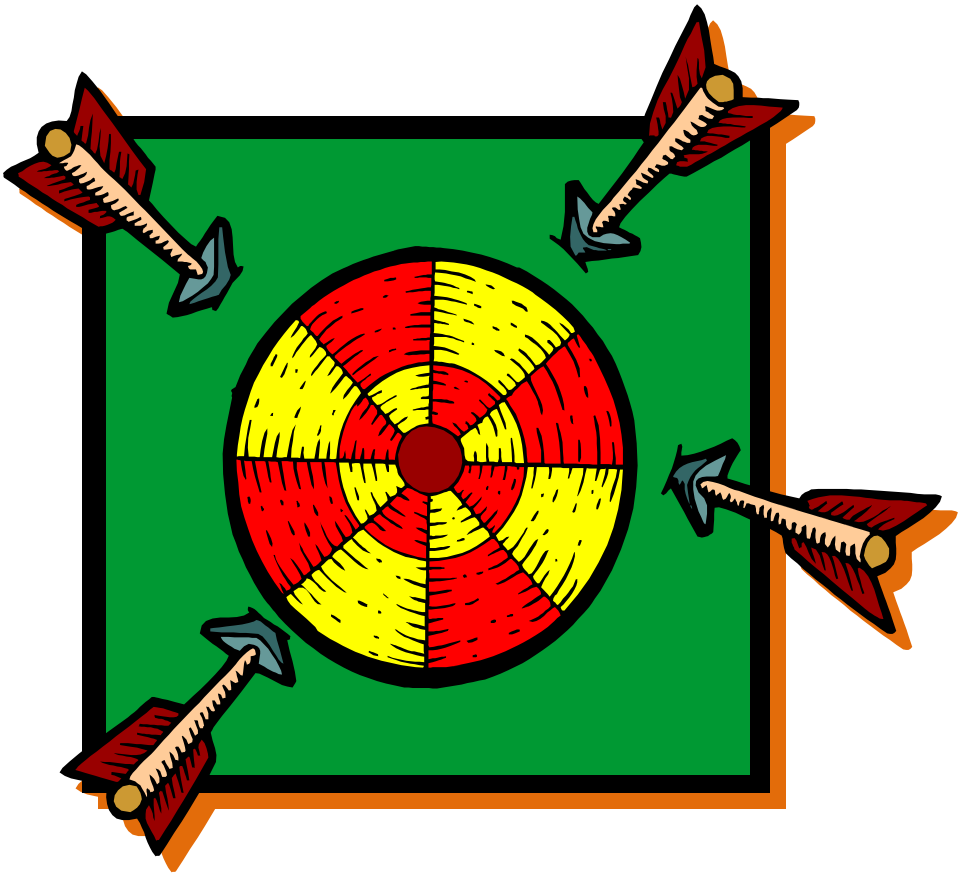
Вищий ступінь інтелектуально-розумової діяльності виявляється в мудрості. Мудрий - не просто розумна і

не обов'язково інтелектуальна людина. Є немало мудрих людей, що здобули звичайну освіту, і тих, яких не можна віднести до категорії мудрих, хоча за ними може стояти навіть слава утворених і інтелектуальних осіб.

Таким чином, мудрість - це якість або стан людини. Чи може людина досягти такого рівня розвитку, коли все її подальше життя буде виткано з мудрих рішень або це спонтанно виникаючі стани, що складаються з парціальних прозрінь, інтелектуальних «стрибків» і пророцтв. Напевно, мудрість - це те і інше, поєднання особливих особистісних якостей і станів, що супроводжуються глибоким проникненням в життєві процеси.

Мудрість характеризується збалансованістю розумових функцій, поглядів і позицій особи з опорою на реальні факти і відношення. Мудрість - це коли відчувається гармонійна зріла особистість, позбавлена тенденційності і впливу непродуктивних емоцій, здатність відсторонитися від життєвої проблеми і бути об'єктивним. Мудрість виражається в схильності до самокритики без надмірного самоаналізу і відчуттів страху і провини.

Мудрою людиною бути дуже добре і навіть вигідно. Але що потрібно зробити з собою, щоб стати такою? Ось загадка.



Розділ I
Психологічні аспекти
вивчення мислення

Створити світ легше, ніж зрозуміти його.

Анатоль Франс

Мислення вивчається багатьма науками: *психологією*, що розглядає мислення як мотивований потребами психічний процес, спрямований на реалізацію цілей, що мають особистісний сенс; *евристикою* - наукою, що вивчає специфіку творчої діяльності, методи і ухвалення нестандартних рішень практичних проблем і наукових завдань; *кібернетикою* — наукою, що ставить завдання вивчення технічного моделювання розумових операцій у формі «штучного інтелекту»; *естетикою*, що аналізує мислення у процесі створення і сприйняття художніх цінностей; *етологією*, що акцентує увагу на передумовах і особливостях розвитку мислення у тваринному світі; *нейропсихологією*, що визначає зв'язок спотворень процесів мислення з локальними ураженнями речовини мозку.

У *філософії* мислення розглядається як вища форма активного віддзеркалення об'єктивної реальності, виражена в опосередкованому і узагальненому пізнанні істотних зв'язків між предметами і явищами, у створенні нових ідей. Мислення людини відбувається у різних формах (поняттях, категоріях, теоріях), які закріплюють і узагальнюють соціально-історичний досвід людства, розширюють пізнавальні можливості людини, що дозволяє проникнути в закономірності процесів природи, суспільства і самої людини. Знаряддями мислення є мова, мовлення, інші системи знаків (математичні, «мова мистецтва»), які використовуються для здійснення основних операцій мислення - абстрагування, узагальнення, опосередковування та ін. [56].

Мислення має категоріальний характер, оскільки знання, одержані людством у процесі послідовних етапів пізнання, закріплюються в категоріях, які у міру розвитку

пізнавальної діяльності удосконалюються і відображають процес розуміння об'єктивної істини. Таким чином, розумова діяльність розглядається як історичне явище, що передбачає передачу і отримання знань людьми від покоління до покоління. У зв'язку з цим мислення окремої людини можна оцінювати як результат опосередкованого засвоєння пізнавального потенціалу всього людства і продуктів суспільно-історичного процесу.

Різні аспекти мислення вивчаються в таких областях філософії, як теорія пізнання (гносеологія, епістемологія) і логіка. Нижче коротко розглянуті окремі питання, що згадуються у цих розділах.

Гносеологія — розділ філософії, в якому вивчаються проблеми природи пізнання і його можливостей, відношення знань і реальності, досліджуються ступені, форми, загальні передумови і закономірності розвитку процесу пізнання, виявляються критерії оцінки його достовірності та істинності. Пізнавальний процес в теорії пізнання розглядається головним чином у формі соціально-історичного процесу розвитку знання. Послідовно використовуючи *принцип історизму* в аналізі знань, гносеологія визнає конкретно-історичний характер одержуваних знань, розглядає процеси трансформації їх структури під час зміни соціальних і культурних умов існування людини. Метою пізнання, його основою, а також критерієм істини визнається суспільно-історична практика. Узагальнюючи методи і прийоми, використовувані сучасною наукою (експеримент, моделювання і т. д.), теорія пізнання є, таким чином, її філософсько-методологічною основою [48].

Логіка — наука про закони і операції правильного мислення, загальнозначущі форми і засоби думки, необхідні для раціонального пізнання у будь-якій сфері знання. До загальнозначущих форм думки відносять поняття, судження, висновки, до загальнозначущих засобів думки -

визначення, принципи утворення понять, суджень і висновків, правила переходу одних думок (висновків) в інші, а також зв'язки законів мислення в системи, способи формалізації таких систем. Логіка є сукупністю наукових теорій, у кожній з яких розглядаються певні способи доказів і спростувань [14].

Розрізняють індуктивну і дедуктивну логіку, а в останній - класичну, інтуїціоністську, конструктивну, модальну та ін. Особливу роль в прискоренні науково-технічного прогресу відіграють додатки логіки в обчислювальній математиці, теорії автоматів, лінгвістиці, інформатиці та ін.

Мислення, побудоване на логічних законах, дозволяє раціонально вирішувати побутові, наукові, психологічні проблеми, що виникають, підвищує ефективність суджень і висновків, сприяє успішності будь-якого виду теоретичної і практичної діяльності.

Правильне логічне мислення ґрунтується на чотирьох законах формальної логіки і повинне задовольняти три базові вимоги: визначеності, послідовності і довідності.

Закон тотожності вимагає, щоб предмет думки на кожному етапі розумового процесу розглядався в одному й тому самому стійкому змісті, тотожному самому собі, і не підмінявся властивостями і характеристиками іншого предмета. Люди залежно від їх освітнього рівня, життєвого досвіду, професії, культурних традицій можуть вкладати в одне й те саме поняття різний сенс, що, у свою чергу, приводить до невизначеності їх мислення і нечіткості зроблених ними висновків. Закон тотожності не вступає в суперечність з визнанням мінливості предметів і не унеможливорює пізнання їх змін.

Закон непротиріччя вимагає послідовності у міркуваннях і усунення суперечливих, таких, що виключа-

ють один одного понять і оцінок, явищ. «Неможливо що-небудь разом стверджувати або заперечувати», - писав Аристотель. Такі думки виявляються несумісними, якщо вони не належать до одного і того самого предмета в один і той самий час і в одному й тому ж відношенні. Непослідовність мислення, в основі якого лежать логічні суперечності, є частою причиною неадекватних поглядів, оцінок, рішень, вчинків як у нормальних людей, так і у осіб з психічною патологією.

Закон виключення третього - логічний закон, згідно з яким істинна або сама думка, або її заперечення, оскільки «третього не дано». Він виражений такою формулою: «А є або В, або не В». Цей закон не може свідчити про те, яка саме із заданих думок істинна, він лише відзначає неможливість відповіді і «так», і «ні» на одне й те саме питання. Сенс цього закону полягає у тому, що, навіть розглядаючи суперечності, які можуть бути наявними в тих або інших міркуваннях, заборонено визнавати одночасно істинними або одночасно помилковими дві, що суперечать одна одній, думки.

Закон достатньої підстави свідчить: всякий вислів, щоб бути істинним, повинен мати достатню підставу. Це означає, що для затвердження істинності якогось-небудь положення необхідно наводити ґрунтовні докази. Порушення цього закону у формі бездоказових суджень або висновків лежать в основі різноманітних марновіств, оскільки причинний зв'язок розвитку тих чи інших подій нерідко вбачається в попередніх явищах або обставинах, що не мають до них ніякого відношення. Наявність достатньої підстави для затвердження або заперечення чого-небудь є важливою властивістю логічного мислення.

Усі логічні закони взаємозв'язані і обумовлюють один одного, тому мислення може бути визначеним тіль-

ки за умови послідовності і довідності, а доказовим - тільки тоді, коли воно визначене і послідовне.

Психофізіологія — наука, предметом вивчення якої є фізіологічні основи психічної (зокрема розумової) діяльності і поведінки людини. Психічна діяльність згідно із сучасними поглядами представлена активністю складних *систем функціонально об'єднаних нейронів*, які мають різну спеціалізацію, структуру, ступінь пластичності і міжрівневі зв'язки.

Для дослідження психічної діяльності людини у психофізіології використовуються такі методи: ЕЕГ, магнітоенцефалографія, метод викликаних (ВП) і подієво-зв'язаних потенціалів (ПЗП), комп'ютерна томографія, топографічне картування електричної активності мозку.

Вивчення розумової діяльності у психофізіології здійснюється таким чином. У ході модельованої експериментатором розумової діяльності у досліджуваних реєструються фізіологічні показники. Завдання, що ставляться досліджуваним, повинні бути адресовані різним ділянкам мозку, насамперед - корі великих півкуль. Типовим прикладом є поєднання вербально-логічних і зорово-просторових завдань. При цьому вивчаються фізіологічні показники залежно від змісту завдань, досліджуються ті характеристики, які відображають стійкі індивідуальні особливості, пов'язані з пізнавальною діяльністю. Вивчається *нейронна і сумарна біоелектрична активність*, з'ясовується, в яких формах фізіологічної активності нейронів відбивається (кодується) розумова діяльність. У зв'язку з тим, що мозок порівнюється з інформаційно-керуючим пристроєм, одним із важливих психофізіологічних показників його роботи є *середня імпульсна частота нейронів*. При цьому враховуються не лише тимчасові, але й просторові чинники, обумов-

лені взаємодією нейронних груп у різних топографічних відділах мозку [36].

У дослідженнях, проведених Н.П. Бехтервою та її колегами, встановлено, що смислова значущість стимулу може кодуватися частотою нейронів, у зв'язку з чим вважається, що частоти активності нейронів деяких структур мозку здатні відображати загальні смислові характеристики слів. Вивчення динаміки імпульсної активності нейронів у певних ділянках мозку виявило її *стійкі просторово-часові характеристики*, пов'язані з конкретним видом розумової діяльності людини. При використанні електроенцефалографічного дослідження мислення встановлено, що під час розумової діяльності відбувається перебудова частотно-амплітудних параметрів, що охоплює всі основні ритмічні діапазони від дельта - до бета-волн.

З'ясовано, що успішність виконання розумових завдань приводить до посилення тета-активності, а компоненти альфа-ритму по-різному пов'язані з розумовою діяльністю. Зміни біоелектричної активності мозку у процесі розумової діяльності мають *зональну специфіку*, тобто ритми ЕЕГ по-різному виявляються у різних зонах кори при вирішенні завдань. Наприклад, у досліджуваних, які використовують стандартні прийоми вирішення завдань, переважає активність лівої півкулі, при використанні нестандартних рішень підвищується активація правої півкулі, найсильніше - у лобових відділах.

Вивчаються психофізіологічні аспекти ухвалення рішення, які є важливим етапом розумової діяльності, пов'язаним з вибором. Розроблені уявлення про кореляти і механізми ухвалення рішення, що включені у процеси перероблення інформації і організацію поведінкового ак-

ту на різних рівнях нейронної організації розумової діяльності.

Незважаючи на широкий спектр підходів до вивчення мислення у різних, зокрема, психологічних науках, багато питань залишаються ще недостатньо вивченими.

Мало вивчені взаємозв'язки розумової діяльності з іншими пізнавальними функціями (сприйняттям, пам'яттю, уявою), особистісними характеристиками, мотиваційною діяльністю, рефлексією, антиципацією, проєкцією та іншими механізмами функціонування свідомості і самосвідомості.

Недостатньо розроблено розуміння рівневої організації розумової діяльності та її зв'язків з морфофункціональними структурами головного мозку. Мало вивчені механізми, що лежать в основі творчості, інтуїції, «продуктивного мислення». Складною залишається проблема дослідження порушень мислення і механізмів його дезорганізації.

1.1 Філогенез розвитку мислення

Думка теж має історію.
Мішель Фуко

Мислення багато у чому визначається загальною картиною світу, що склалася у суспільстві, системою переважно інтуїтивних уявлень про реальність, до якої входять комплекси домінуючих у суспільній свідомості переконань про причини виникнення тих або інших подій, явищ, місце людини у цих процесах, нормативах, стандартах і еталонах поведінки, які впливають на формування звичаїв, традицій, світоглядних установок більшої частини людей. Виражені в понятійній і категоріальній фор-

мах, нерідко стихійні і несистематизовані, такі, що передаються з покоління в покоління, уявлення людей про соціальні, психологічні, біологічні явища життя визначають характер їх діяльності.

Для кожного історичного періоду, кожного народу властива своя картина світу, а оскільки суспільство і суспільна свідомість розвиваються нерівномірно, картина світу включала і включає різні комбінації розумових уявлень про реальність, як правило, різних періодів розвитку суспільної свідомості людства. Містичні знання, наприклад, породжують переконання містичного змісту і упевненість в існуванні надприродних сил, входять у структуру релігійних уявлень і можуть поєднуватися з науковим світоглядом.

Розвиток мислення відбувався еволюційним шляхом, який складався з поступового вдосконалення і диференціації розумових процесів, стереотипізації розумових схем під час вирішення типових завдань і постійного оновлення змісту того матеріалу, який людина черпала у реальному світі. Збагачувався словниковий запас, розширювався діапазон понять, якими людина могла пояснити спостережувані явища, свою і чужу поведінку. Почали з'являтися концепції, за допомогою яких можна було так чи інакше пояснити спостережуване нею життя. Культурна спадщина, що поступово накопичилася, яка на самому початку являла собою масштабні світоглядні аттитюди (мегасоціальні установки), почала впливати на суспільну свідомість.

Залежно від переважаючої картини світу у людини формувався індивідуальний підхід до вирішення практичних завдань, що відображає ті загальні уявлення про світ і причинно - наслідкові зв'язки, якими вона пояснювала багато проблем, явища, події під час свого періоду життя. Виходячи з цього, у розвитку

мислення людини можна умовно виділити декілька етапів: пралогічний, містичний, релігійний і науковий, які навіть в даний час химерно переплітаються і співіснують.

Пралогічне мислення. Цій термін був запропонований відомим французьким філософом і антропологом Л.Леві-Брюлем, який багато років займався вивченням культури і психічного життя первісної людини. Він вважав, що мислення первісних людей на початкових етапах цивілізації, на відміну від сучасної людини, не стільки алогічне, скільки по-іншому орієнтоване, що зв'язано з тими колективними уявленнями, які існували багато століть і тисячоліть тому і проявлялися у культурах тих відсталих народів, які він вивчав у дев'ятнадцятому столітті. Прийнято вважати, що у первісних людей існували переважно колективні уявлення про світ і події надприродного змісту, які у ньому відбувалися, домінувала колективна форма мислення і практично були відсутніми індивідуальні спроби пояснити ті чи інші причинно-наслідкові зв'язки, явища, події, виявлені факти. Людина вірила у магичні сили, за допомогою яких можна так чи інакше впливати на інших людей, і вважала, що оточуючі можуть таким само чином впливати на неї. Л. Леві-Брюлем була висловлена думка, що містичні взаємовідношення між істотами і предметами, які лежать в основі сприйняття людей з пралогічним мисленням, мають спільну основу у формі принципів патриципації, подібності і спотворення закону причинності – своєрідних когнітивних установок, що призводять до спотворення процесу і інформування хибних висновків [32].

Принцип патриципації (причетності, контактності) ґрунтується на уявленні про те, що будь-яке явище

можна викликати шляхом його імітації, що властивості одного предмета, під час його зіткнення, можуть переходити на інший, що раніше знаходився у контакті з першим. Цей принцип («закон» за Леві-Брюлем) покладений в основу усіх магічних дій, які використовували і використовують люди з пралогічним мисленням. Згідно з подібною «логікою» безплідна жінка, гойдаючи на колінах дерев'яну ляльку, могла бути упевненою у тому, що цей ритуал дасть їй можливість мати дитину. Якщо людина надягала на себе шкуру якоїсь тварини, то набувала її властивостей. Такі асоціативні зв'язки встановлювалися не лише між предметами, але й між словами і предметами (слово, що означає той або інший предмет, може в уявленні людини з пралогічним мисленням, мати її властивості, а дія на слово може передаватися і на цей предмет). Істинні причинно – наслідкові зв'язки випаддали з-під уваги первісних людей, оскільки у всьому вбачалася участь участь надприродних сил.

Принцип подібності - когнітивна установка, в основі якої лежить помилкове ототожнення однієї людини з іншою, людей і тварин із змальовуваними або неживими предметами. Зображення істот на малюнках або у формі статуї сприймалося людиною як реальне, будучи, за висловенням Леві-Брюля, їх alter ego (другим «я»). Залежно від того, який предмет змальовувався, він міг викликати відчуття страху, захоплення, поклоніння, пошани, презирства та ін. На відміну від пізнішого періоду у людини з пралогічним мисленням ці уявлення не сприймалися як спотворені і суперечливі і не викликали внутрішнього протесту і опору.

Інший великий дослідник первісної культури, англійський етнограф та історик Е. Б. Тайлор, одну з особливостей пралогічного мислення бачив в *явищах анімізму*, суть якого полягає в уявленні стародавніх людей, що

душі окремих істот здатні продовжувати існування після смерті, а всі предмети і явища природи мають своїх духів, які управляють явищами матеріального світу і життям людини.

У своєму повному розвитку анімістичні вірування включали уявлення людей про керівні божества і підлегли їм духи, які у різних народів набирали різних форм: про переселення душ, воскресіння тіла, продовження життя душі після смерті тіла, про країну мертвих, локалізацію майбутнього життя, про духів, бісів, одержимість бісами (анімістична теорія хвороб), про духів, які відвідують людину під час сну, духів природи, про фетишів (духів, втілених у предметах, пов'язаних з ними і здатних впливати на долю і поведінку людини) та ін. [47].

Активно розвивалися магичні практики. Автор знаменитої книги «Золота гілка» англійський релігієзнавець Дж. Фрейзер, визначаючи суть магичного мислення, відзначав, що воно ґрунтується на двох принципах: 1) подібне створює подібне, або наслідок схожий на свою причину; 2) предмети, які зіштовхнулися один з одним, продовжують взаємодіяти на відстані після припинення прямого контакту. Таким чином, в основі магичних дій лежать ті самі принципи подібності і патриципації. Він виділяв два види магії: гомеопатичну і контактну.

За допомогою *гомеопатичної (імітаційної) магії* можна здійснювати чаклунські прийоми, що ґрунтуються на законі зіткнення або зараження. У культурах багатьох народів це виражалося у магичних діях, коли ненависну людину намагалися погубити або позбутися шляхом заподіяння каліцтва його зображенню. Різні маніпуляції з предметами, з якими раніше стикалася людина, в уявленні первісних людей могли викликати

ті або інші (агресивні або позитивні) дії на людину і її здоров'я.

Контактна магія ґрунтувалася на уявленні про те, що матеріальне середовище з'єднує окремі предмети і передає їх дії один на одного. Найпоширенішим прикладом контагіозної магії є уявлення про магічну симпатію, що нібито існує між людиною і частинами її тіла, волоссям і нігтями. Той, хто має у себе чиєсь волосся або нігті, може на будь-якій відстані нав'язати свою волю їх власникові. Цей забобон до цього часу поширений в усьому світі [52].

Містичне мислення. Знання людей, що жили у первісну епоху, ще не відділялися від примітивної практики, були відсутні уявлення про матеріальний і «духовний», надприродний і потойбічний світи. Пізніше протягом багатьох століть і навіть тисячоліть в суспільній та індивідуальній свідомості почала домінувати містична картина світу, яка у формі марновірств і містичних обрядів існує і в даний час.

Містика (від грецьк. *mystikos* - таємничий) пройшла складний і багатівіковий шлях розвитку, будучи гносеологічною основою всіх без винятку релігій, багатьох містичних доктрин, концепцій, псевдонаук. Це виразилося у створенні астрології (системи передбачень, що базуються на положенні планет, сонячних і місячних затемнень), формуванні таких псевдонаук, як кабала, демонологія. Містика знайшла віддзеркалення в епосах (наприклад, скандинавських еддах, сагах, рунах, старогрецьких, римських, слов'янських та ін. міфах), переказах, легендах, народних і чарівних казках народів всього світу. У дев'ятнадцятому столітті нова хвиля містицизму виявилася у формі спиритизму, теософії, антропософії, різних видах мантики (ворожінь). Нижче відмічені головні елементи, що становлять основу містичного мислення [37].

Демонологічні уявлення припускають, що на події земного життя впливають надприродні істоти, які називаються демонами, бісами, духами і геніями. Згідно з містичними уявленнями демони - це або людські душі, душі предків (генії), або примари, що втілилися, зазвичай ворожі людині. З вірою в духів предків пов'язане поширене переконання людей у тому, що демони можуть з'являтися уві сні. Такі уявлення припускають, що істоти (вампири, перевертні, скажені собаки, полтергейсти), одержимі демонами, можуть вселятися в людину уві сні і мучити сплячого. Демони можуть набувати тілесної зовнішності або бути людиною, в яку вселився злий дух. Демонологія припускає також віру у те, що на події земного життя роблять вплив духи, що належать до якоїсь духовної ієрархії, в якій вони виступають як посланці або посередники вищого духу. Спілкування з цими духами повинне було будуватися на містичній основі у формі певних ритуалів, правил, вчинків і дій, що мають символічний сенс [15,50].

Ворожіння - особливо стійкий містичний елемент, вплетений у структуру свідомості і мислення навіть сучасної людини. Розрізняють ворожіння за «зовнішніми знаменнями» і за «внутрішнім світлінням». У першому випадку - це ворожіння за небесними тілами (астрологія), за вогнем (піромантія), за кісткою лопатки (скапулимантія), за решетом (коксиномантія), за священними і спеціальними ворожильними книгами (бібліомантія), за польотом і поведінкою птахів (орнитомантія), за будовою і малюнками на долоні руки (хіромантія), на кавовій гущі, на бобах, воску, гральних картах, за димом (ливаномантія) та ін. До другої групи мантики відносять ворожіння за сновидіннями (онейроскопія), безпосереднім «одкровенням» (ясновидіння), за «свідченнями небіжчика».

Марновірство - поширене і стійке явище, що ґрунтується на вірі у прикмети, чаклунство (ворожбу), прорі-

кання, ворожіння, дієвість містичних ритуалів, ясновидіння, здатність за сновидіннями визначати майбутнє, прогнозувати розвиток, долю людини, імовірність виникнення хвороб. Марновірство - когнітивно-емоційна установка, що базується на страху людини перед невидимою силою, вірі у долю (рок), можливість дивного, схильності особи до містичної інтерпретації спостережуваних явищ.

У зв'язку з цим під *містичним мисленням* слід розуміти такі форми мислення, які ґрунтуються на уявленні про подвійний (матеріальний і надприродний) світ, вірі у можливість взаємозв'язку людини з духами і божествами, а також у реальність таких явищ, як ясновидіння, пророцтво, чаклунство, чародійство. Особа з домінуванням цієї форми мислення допускає, що непізнане є непізнаним, а багато життєвих явищ викликано активністю таємничого і незбагненого початку. Містичне мислення через спотворені і тенденційні пояснення біологічних, соціальних, духовних процесів і явищ завжди паралогічне, ґрунтується на аутистичних установках особистості і посиленні символічної функції уяви. А через відсутність схильності індивіда до пошуку суперечностей, критики і самокритики - неадекватно відображає явища навколишнього світу.

Релігійне мислення ґрунтується на релігійній картині світу, базисом якої є віра в існування одного або декількох богів, а також поведінка, що включає духовну практику і специфічні культові дії і ритуали.

Релігійна свідомість людей, на активність і зміст якої впливають як соціально-психологічні, так і особистісні чинники, видозмінювалася в ході історичного розвитку. Спочатку об'єктом релігійних стосунків були *фетиші* - реально існуючі предмети, наділені надприродними властивостями, які, на думку віруючих, за допомогою заклинань і чаклунських обрядів можуть впливати на хід

подій в бажаному напрямі. Пізніше ці властивості приписувалися самостійним істотам «духам», у подальшому, на політеїстичному етапі (етапі язичества), люди поклонялися безлічі богів, а на новому етапі розвитку людства, коли почали формуватися світові, наднаціональні релігії і виникли монотеїстичні уявлення і концепції, визнавали одного всемогутнього бога.

Одночасно формувалися нові форми релігійних організацій і релігійних стосунків - церква, духовенство і миряни, розвивалися теологія і місіонерство [46,52].

Основою релігійного мислення є віра у Бога. Віра як емоційно-когнітивна установка відображає надію на сприятливий наслідок якихось подій, планованих дій, формує упевненість особи у досягненні тих або інших цілей. Зміст віри є ціннісним когнітивно-емоційним становленням особистості, у зв'язку з чим вона визначає вектор розумових процесів і є потужним мотиватором поведінки. Відірваність віри від реальності часто приводить до формування у особи неадекватної оцінки своїх можливостей і упевненості у тому, що її бажання можуть здійснитися. Деякі автори відносять віру до нижчої форми мислення, якщо вона не підкріплюється аналізом, узагальненнями і прагненням бачити факти такими, якими вони є насправді. Є декілька точок зору, що стосуються походження релігійної віри. Її розглядають як божественне одкровення («дар божий»), як своєрідну форму інстинкту, властивого усім людям, і як результат діалектичної єдності соціально-психологічних чинників і особистісних властивостей, що створюють умови для «латентної релігійності»[46].

Релігійна віра - віра у Бога і концептуальні основи, властиві тій або іншій релігії, включаючи ідею індивідуального безсмертя і загробної віддяки. За ступенем проникнення у свідомість індивіда (за глибиною, стійкістю релі-

гійних установок) богослови виділяють зовнішню, байдужу і живу віру.

Віра зовнішня характерна для тієї групи віруючих, які чули про бога, визнають ідею його існування, проте емоційно до цього не залучені і розглядають її як можливість і правдоподібну гіпотезу. Такі віруючі люди рідко відвідують церкву, не дотримуються постів і свят, можуть здійснювати ритуали тільки у зв'язку з народженням дитини і її хрещенням або у зв'язку із смертю родичів та їх похованням.

Віра байдужа характеризується тим, що віруючі дотримуються основних розпоряджень церкви, періодично її відвідують, виконують деякі церковні обряди, але у повсякденній поведінці користуються частіше нерелігійними мотивами. Вони вірять у Бога, володіють знаннями про релігійні учення, але вважають, що їх обов'язки перед богом вичерпуються виконанням тільки певних релігійних розпоряджень.

Жива віра тісно пов'язує релігійні ідеї з повсякденною поведінкою віруючих, які сприймають ідею особистого порятунку як головну мету свого життя і заради цього постійно прагнуть втілювати релігійні розпорядження у свої вчинки і дії.

Релігійне мислення ґрунтується на таких особистісних особливостях: навіюваності, схильності до наочно-образних асоціацій, тенденції до персоніфікації, тобто уособлення (одушевлення) предметів і явищ навколишнього світу, страху перед «таємницею смерті» і труднощами реального життя, прагненні знайти сенс свого існування і подолати кризисні події життя через віру у Бога і потойбічне життя. На формування релігійності впливають також властивості попередніх (пралогічної і містичної) форм мислення, які властиві певній частині людей. Релігійне мислення використовує *помилкову систему доказів*,

що ґрунтується на зовнішніх, випадкових асоціаціях, спотворенні законів логіки, що нерідко відводить індивіда від адекватного розуміння дійсності [43].

Наукове мислення ґрунтується на *науковому світогляді* індивіда, який прагне до об'єктивного віддзеркалення явищ навколишнього світу, розуміння закономірностей його розвитку, спирається на перевірені *факти, досвід, спостереження*, всебічне вивчення природи і суспільного життя. Цей вид мислення є основою накопичення і формування емпіричних і теоретичних знань, які перебувають у постійному взаємозв'язку і взаємозалежності. Теоретичні уявлення виникають на основі узагальнення емпіричних даних, що, у свою чергу, впливає на збагачення і розвиток знань. *Емпіричні знання* базуються на досвіді і практичних діях (спостереженні, вимірюванні, експерименті), які, як правило, дозволяють констатувати якісні і кількісні характеристики об'єктів і явищ, встановлювати стійку повторюваність тих чи інших процесів, що часто має імовірнісний характер. *Теоретичні знання* припускають відкриття законів, що пояснюють закономірності розвитку і суть соціальних, психологічних і біологічних явищ. Теоретичне мислення ґрунтується на використанні складної системи понять і реалізується у формі гіпотез, концепцій, різноманітних наукових моделей, застосуванні математичного апарату [55].

Знання, отримані людиною, безперервно накопичуються, постійно диференціюються і поширюються. Старі знання, підтвержені та доповнені новими, удосконалюються і стають більш повними, їх істинність перевіряється і підтверджується практикою. Базою наукового мислення є знання, виражені поняттями і концепціями різних сфер науки, за допомогою яких індивід намагається усвідомити причинно-наслідкові зв'язки явищ соціального життя, закономірності їх розвитку, прогнозувати наслідки подій, своїх

та чужих вчинків і дій. У зв'язку з тим, що наукові знання і принципи не є чимось непорушним і догматичним, якою є релігійна картина світу, мислення змінюється у рамках тих наукових парадигм (зразків, орієнтирів розуміння явищ і процесів), які домінують у цей історичний період у фундаментальних і приватних науках [28].

На побутовому рівні наукове мислення більш дисципліноване і системне, орієнтоване на пошук суперечностей і логічних помилок, які лежать в основі помилкових висновків, непослідовних вчинків і дій. *Наукові настанови* орієнтують мислення індивіда на *критичніше відношення* до розкритих ним логічних зв'язків між спостережуваними фактами, дозволяють оптимально здійснювати процеси пізнання і самопізнання. Все це дає індивідові можливість більш адекватно і глибоко відобразити дійсність і адаптуватися до неї.

1.2 Функції мислення

Не рука, а думка і творить,
і вбиває.

Н.К. Періх

Мислення - психологічний процес цілеспрямованого, опосередкованого і узагальненого пізнання найбільш істотних характеристик предметів і явищ дійсності, а також зв'язків і стосунків між ними у формі динамічних інтегрованих комплексів понять і уявлень, які сприяють генеруванню нових знань, полегшують можливості адаптації і прогнозування розвитку подій і реалізації планованих цілей.

Під опосередкованістю мислення розуміють обумовленість одного знання іншим (наприклад, вираження відчуттів або переживань може здійснюватися опосередкова-

но через поняття, думки або висновки, які відображають минулий досвід людини).

Поняття і уявлення - основні одиниці мислення. Поняття, які використовуються у ході розумових операцій, часто об'єднуються з уявленнями (у формі мислеобразів). Уявлення мають тенденцію до переходу у поняття, щоб в одиничному уявити загальне, а у явищі - суть.

Поняття є похідними абстрактно-логічного мислення, точніше і гнучко відображають предмет думки, дозволяють виділяти загальні ознаки предметів, істотні сторони явищ і їх взаємозв'язок, ґрунтуються на узагальненнях і виражаються у словах.

Уявлення - продукти наочно-образного мислення, відображають деталі, конкретні властивості і характеристики предметів або явищ, часто ґрунтуються на порівнянні і виражаються у формі образів, які відображають не лише факти, але й відношення до них з боку особи. У зв'язку з цим уявлення, на відміну від понять, більш розпливчасті і багатозначні.

Мислення є системотвірною, «стрижневою» психічною функцією, тісно пов'язаною з іншими когнітивними процесами (увагою, пам'яттю, уявою), особистістю, а також зі свідомістю і мовою, які забезпечують специфічний вплив на формування мислення і розвиток його якісних характеристик.

Зв'язок мислення і особистості має широкий спектр взаємодій з властивостями темпераменту, рисами характеру, індивідуальною ієрархією ціннісно-сміслової системи, структурою «Я». Нижче ці питання будуть розглянуті докладніше.

Провідниками психічної активності на різних рівнях, зокрема мислення, є потреби, посилення яких приводить до виникнення певних потребних станів і формування вектора

розумової діяльності. Домінування тих або інших базових потреб веде до актуалізації певних функцій мислення. Схематично взаємодія основних функцій мислення зображена на рисунку 1. Нижче наведені описи характеристик основних функцій мислення, підкреслена їх роль у пізнанні і зв'язок з потребами особистості.

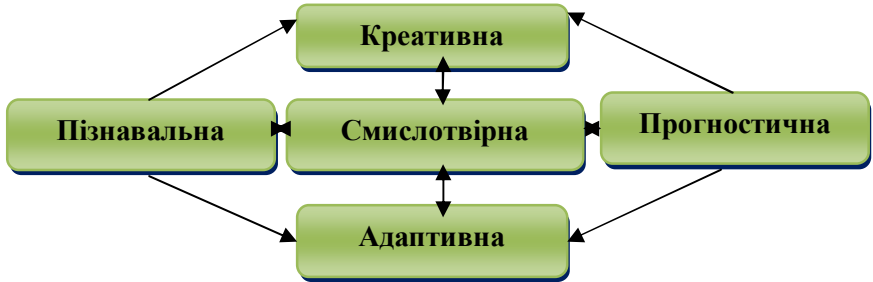


Рисунок 1 - Функції мислення

1. Пізнавальна функція ґрунтується на потребі особи в компетентності та інформованості, яка: стимулює процес накопичення, систематизації і диференціації знань, встановлення причинно-наслідкових зв'язків між явищами, подіями, фактами; активізує прагнення до уточнення деталей, об'єктивних ознак реальної дійсності; у процесі накопичення досвіду розумової діяльності сприяє формуванню когнітивних схем, оцінних думок і висновків.

2. Прогностична функція базується на потребі особистості в контролі, самоконтролі та ідентичності, орієнтує свідомість на передбачення розвитку подій особистого і суспільного життя, моделювання способів реалізації власних цілей і здійснення контролю над ними. Прогностична функція мислення дозволяє співвідносити можливості особи в сьогоденні з уявленнями про умови реалізації цілей у майбутньому (людина знає, чого хоче і як цього добитися). Прогнозування здійснюється у формі

образів і вербальних описів різного ступеня диференційованості та усвідомленості [10].

3. Смысловірна функція ґрунтується на потребі особистості у пошуку сенсу і є системною основою мислення. Її активність впливає на вибір тактики і стратегії вирішення завдань відповідно до *принципу доцільності*, визначає цілі і засоби їх досягнення з погляду вигідності, корисності для себе. Сенс будь-якої, зокрема, розумової діяльності визначається відповідями особи на запитання: «Заради чого я повинен це робити?». Порушення смысловірної функції процесу розумової діяльності (при тенденційності переконань, ригідності розумових стереотипів, що склалися, та ін.) призводить до спотворення вирішення проблем і оцінок спостережуваних явищ, подій і процесів.

4. Креативна функція, що стимулюється переважно потребами особи в самореалізації і самоствердженні, впливає на її здатність творчо і нестандартно мислити, розкривати нові зв'язки і стосунки між предметами, явищами, подіями, генерувати нові знання, винаходити оригінальні форми, вільно виражати свої погляди.

Креативність — системна функція мислення, реалізація якої можлива за наявності таких умов: відповідних вольових якостей (самостійності, цілеспрямованості), рівня розвитку загальних і специфічних інтелектуальних здібностей, прагнення особистості до інтелектуальної новизни, сильної творчої мотивації, перцептивної, адаптивної, семантичної гнучкості [9].

5. Адаптивна функція активується у тому разі, коли виникає потреба в захисті і компенсації, що організовує і орієнтує мислення на пристосування до середовища, прагнення понизити емоційне напруження, усунути відчуття тривоги, особливо тоді, коли особистість стикається з фактами власного морального ураження і не може зроби-

ти вибір у ситуації інтрапсихічного конфлікту. Адаптивна функція мислення частіше виявляється у формі захисних механізмів раціоналізації, інтелектуалізації і проєкції.

1.3 Види розумових операцій

Розумова діяльність проходить у вигляді особливих розумових операцій, що автоматично виникають, які, як правило, не усвідомлюються, але є основоположними процесами при утворенні понять, суджень і висновків. До них належать: порівняння, аналіз, синтез, узагальнення, абстрагування і конкретизація, які у різних співвідношеннях беруть участь у вирішенні будь-якого завдання, що стоїть перед людиною.

Порівняння. Важливість цієї розумової операції виражена у відомому афоризмі: «Все пізнається в порівнянні». І.М. Сеченов писав: «Всяку думку, якого б порядку вона не була, можна розглядати як *зіставлення* мислимих об'єктів один з одним в якому-небудь відношенні».

Порівняння - операція встановлення схожості (тожності) і відмінності або між різними предметами та їх властивостями, або їх порівняння із стандартами, нормами, еталонами вірогідного. Порівняння є основною розумовою операцією, з якої починається розумова діяльність, включаючи аналіз, синтез, узагальнення, абстрагування, і здійснюється шляхом безпосереднього спостереження і опосередковано - на основі висновків з використанням непрямих ознак (при з'ясуванні причинно-наслідкових зв'язків, виявленні подібності в речах різних, відмінності - у речах подібних, визначенні імовірного, малоімовірного і нездійсненого).

Прикладами використання операції порівняння в медичній практиці можуть бути такі ситуації. Лікар, оцінюючи (порівнюючи) стан хворого до і після лікуван-

ня, може зробити висновки про його ефективність. Порівнюючи клінічну картину хвороби у конкретного хворого з особливостями стандартної клініки, описаної у підручниках або посібниках, можна виявити її атипівність і своєрідність перебігу у конкретному випадку. Наприклад, уточнюючи клініку судомного нападу (тривалість пароксизму, характеристики судомного компонента та ін.), лікар може дійти висновку, що судомний напад у хворого не епілептичного, а іншого походження.

Аналіз і синтез є операціями, протилежними за суттю, такими, що перебувають в діалектичній єдності, своєрідному когнітивному континуумі.

Аналіз (від грець. *analysis* - розкладання) — процес поділу об'єкта, структури, системи, стану, події, стосунків на складові частини, компоненти, окремі ознаки. Операція аналізу дає можливість зрозуміти, з чого складається ціле, виділити елементи (властивості, якісні і кількісні характеристики) складніших комплексних утворень, виявити їх взаємозв'язки і можливі суперечності.

На початкових етапах діагностичного процесу лікар, ставлячи уточнюючі запитання, намагається з'ясувати природу скарг хворого, які виражаються в основному у формі суб'єктивних описуваних відчуттів, вивчає їх структуру, інтенсивність, локалізацію. При цьому використовується переважно операція аналізу.

Аналіз є домінуючим процесом при проведенні деяких психотерапевтичних процедур (наприклад, в когнітивній психотерапії, психоаналізі та ін.).

Синтез (від грець. *synthesis* - з'єднання) - з'єднання, складання окремих частин, ознак, компонентів предмета (або стану, процесу) в деяку цілісну структуру. Синтезуючи, індивід проводить ряд абстракцій, узагальнень, виділяючи лише істотне і важливе, і в думках об'єднує окремі ознаки і властивості у щось комплексне і цілісне. Синтез

може здійснюватися як на основі сприйняття, так і на основі спогадів і уявлень.

Абстрагування (від лат. *abstractio* - відволікання) - процес відволікання від деяких характеристик предметів, станів, що вивчаються. Відволікаючись від ряду властивостей і відношень між предметами (процесами, явищами), індивід виділяє властивості (ознаки), що цікавлять його, і розглядає їх незалежно від інших частин (елементів, ознак, компонентів). Внаслідок абстрагування він виділяє загальні властивості і характеристики предметів, що вивчаються, і об'єднує їх у групи і класи. Абстрагування дозволяє розглядати деякі стани, процеси або явища як щось самостійне незалежно від впливу їх матеріальних носіїв. Без абстрагування неможливе адекватне формування свідомості, проходження процесів пізнавальної діяльності, комунікації і тому подібне. Абстрагування дає можливість засвоювати, використовувати і розвивати різноманітні класи понять, ідей, концепцій. Усі пізнавальні прийоми і методи (узагальнення, моделювання, побудова гіпотез, класифікацій та ін.) спираються на процес абстрагування, який може виявлятися на різних рівнях.

Узагальнення (від лат. *generalisacio*) - розумова операція, що дозволяє здійснювати перехід думки від часткового, одиничного, окремого (конкретних фактів, подій, явищ) до загальних положень і висновків, від понять меншої до понять більшої спільності. Процес узагальнення широко використовується при утворенні понять у науковому пізнанні і в процесі створення художніх образів. Узагальнення лежить в основі індуктивних висновків і формування гіпотез.

Порушення процесу узагальнення виражається у зниженні рівня узагальнення, яке спостерігається у хворих з інтелектуальними розладами. Спотворення процесу узагальнення при використанні малоістотних або латентних

ознак об'єктів, що вивчаються, або явищ лежить в основі логічних помилок (жахотифікації, надузагальнення і так далі) і стійке у різноманітних формах паралогічних думок і висновків.

Конкретизація - процес, протилежний абстрагуванню, коли виділяється одинична ознака, що відповідає якому-небудь поняттю або загальному положенню. Індивід, конкретизуючи загальне поняття, краще його розуміє. Відволікаючись від загальних ознак і властивостей, конкретизація виступає як приклад або ілюстрація загального. Процес конкретизації покладений в основу дедуктивних висновків.

1.4 Форми абстрактного мислення

Ми знаємо значно більше,
ніж розуміємо.

Альфред Адлер

Основними формами абстрактного мислення є поняття, судження і висновки, що вивчаються не лише психологією, але й логікою. Логіка досліджує форми мислення як продукти розумової діяльності, психологія - сам процес, причини виникнення тих чи інших рішень, етапи їх розвитку, чинники, що впливають на кінцевий результат.

Поняття - це віддзеркалення у свідомості індивіда істотних властивостей і внутрішніх зв'язків об'єктів або явищ, загальних і специфічних ознак певних класів предметів, властивостей і відношень, які дозволяють відрізнити ці предмети або явища від суміжних з ними. За допомогою понять відбиваються фрагменти дійсності, наші знання про неї, процеси її зміни і розвитку. Поняття закріплюються і виражаються в мовній формі у вигляді окремих слів («сприйняття», «пам'ять», «особистість») або у вигляді словосполучень («адаптивний процес», «внутрішні

хвороби)), що позначають класи об'єктів. Прийнято розрізняти конкретні, абстрактні, збірні, загальні, а також життєві і наукові поняття.

Конкретні поняття включають незначну кількість наочних ознак об'єкта. В *абстрактних поняттях* відбиваються істотні, але не доступні безпосередньому пізнанню властивості і якості предметів («валентність», «час», «свідомість»). Особливістю *збірних понять* є те, що вони незастосовні до кожного елемента групи об'єктів окремо, але адекватні до всіх разом узятих (наприклад, «симптом», «хвороба», «терапія»). У загальних *поняттях* зазначаються властивості, які відображають кожен окремий елемент, що входить до складу групи об'єктів. Життєві *поняття* ґрунтуються в основному на здоровому глузді і повсякденній практичній діяльності. Наукові *поняття* відрізняються від життєвих своєю систематичністю, обґрунтованістю і глибиною проникнення у суть речей і явищ. Наукові поняття відображають істотні зв'язки і стосунки між предметами або явищами і лежать в основі тих або інших наукових концепцій.

У логіці розрізняють зміст і обсяг поняття. *Зміст* - це сукупність відбитих у ньому ознак предметів. *Обсяг* - це безліч (клас) предметів (елементів), кожному з яких належать ознаки, що стосуються змісту понять. Так, до обсягу поняття «внутрішні хвороби» входить безліч понять, що складаються з окремих захворювань, - серцево-судинної, ендокринної, гастроентерологічної, дихальної та інших морфофункціональних соматичних систем.

Судження - форма мислення, в якій відбиваються зв'язки між поняттями, виражені у формі твердження або заперечення. Судження включає в основному два компоненти: *суб'єкт* (те, стосовно чого у судженні що-небудь стверджується або заперечується) і *предикат* (словесне вираження твердження або заперечення). Всяке судження

може бути або істинним, або помилковим, тобто відповідати або не відповідати реальності.

Виділяють загальні, часткові і одиничні судження. У *загальних судженнях* твердження або заперечення стосуються всіх предметів даного класу або групи, *часткові судження* зачіпають окремих представників класу або групи, *одиничні судження* стосуються одного предмета. До складних суджень відносять такі форми, в яких їх складові частини пов'язані між собою особливими логічними зв'язками - кон'юнкцією, диз'юнкцією або імплікацією.

Кон'юнктивне (сполучне) судження включає судження (кон'юнкти) за допомогою об'єднаної їх зв'язки «і». Наприклад: шизофренія і біполярний афектний розлад належать до групи ендогенних психічних захворювань. Логічність, правильність суджень залежать від істинності усіх складових його кон'юнктив.

Диз'юнктивні (розділювальні) судження включають судження (диз'юнкти), які об'єднуються зв'язкою «або». Наприклад: пороки серця можуть бути природженими або набутими. Слід пам'ятати, що при формулюванні розділювального судження необхідно передбачити усі випадки, що мають місце насправді. При цьому можливість одного випадку повинна унеможливлувати інший.

Імплікативні (умовні) судження складаються з двох суджень (антецедент і консеквент), які об'єднуються зв'язкою «якщо..., то...». Наприклад: якщо у хворого не вдасться купірувати судорожний напад, то може розвинутися набряк мозку. Логічна зв'язка «якщо..., то...» свідчить про те, що явище в попередньому судженні (*антецедент*) виступає умовою виникнення, зміни або існування іншого явища або стану в подальшому судженні (*консеквент*).

Висновок - розумовий процес, який проходить у формі міркувань, у ході яких з одного або декількох суджень (посилань, аргументів) виводиться нова думка, робиться логічний висновок. Будь-який висновок складається з посилань, умовиводу і висновку. Нова думка, отримана логічним шляхом з початкових думок (*посилань*), називається *висновком*. Логічний перехід від посилань до умовиводу і є *висновком*. Залежно від способів (методів) формування висновку виділяють його дедуктивні, індуктивні види і висновки за аналогією.

Індуктивні висновки — висновки, що ґрунтуються на узагальненні часткових і одиничних фактів, які мають характер загальних тверджень або гіпотез і, отже, можуть бути як істинними, так і помилковими. Підтвердити істинність таких висновків можна шляхом додаткових спостережень і досліджень.

Дедуктивні висновки — висновки, що ґрунтуються на процесі пізнання від загального до часткового і одиничного. Вони базуються на загальних положеннях, концепціях або гіпотезах, якими можна пояснити спостережувані часткові, одиничні явища або стани.

Висновок за аналогією - розумовий процес, у ході якого здійснюється перехід від відомого знання про окремий предмет до нового знання про інший окремий предмет на підставі уподібнення одного явища іншому (від часткового до часткового, минувши загальне).

1.5 Види мислення

Насправді людина хоче
не знань, а визначеності.
Бертран Рассел

У психології мислення розглядається як процес формування і диференціації функцій когнітивної сфери і структури особистості, у міру визрівання яких відбувається зміна декількох етапів (стадій) від простих форм до більш інтегрованих функціональних комплексів, що забезпечують адекватність механізмів пізнання.

У теорії розвитку інтелекту швейцарського психолога Ж. Піаже виділені чотири стадії когнітивного розвитку дітей: сенсомоторний, доопераціонального інтелекту, конкретних і формальних операцій. У зв'язку з тим, що у процесі інтелектуального розвитку (за Піаже) психіка «прагне» до забезпечення стабільності та інтегрованості функцій, кожен новий етап розвитку мислення на вищому якісному рівні дозволяє відновлювати порушення рівноваги, що виникають.

Інший дослідник, американський психолог Брунер, вважає, що розвиток мислення та інтелекту складається не просто з ряду стадій, а є результатом послідовного оволодіння дитиною трьома способами пізнання навколишнього світу - дією, образом і символом (поняттям), які зберігаються і у дорослих людей.

Нижче наведені узагальнені характеристики видів мислення, які, з одного боку, у процесі індивідуального розвитку психіки людини динамічно розвиваються, з іншого - відображають різні аспекти розумової діяльності [49].

Наочно-дієве мислення - найбільш ранній ступінь розвитку розумової діяльності, спрямований на вирішення конкретних, актуальних для індивіда завдань за допомогою дій і маніпуляцій з реальними предметами.

Цей вид мислення не пов'язаний з мовою, використанням понять, рідко спирається на образи, уявлення і дозволяє визначати властивості об'єктів і стосунки, що існують між ними, шляхом «проб і помилок», випадкового перебору «навпомацки», навздогад або внаслідок цілеспрямованих автоматизованих, стереотипних мануальних дій.

Наочно-дієве мислення, якщо брати початок його становлення, відмічається у дітей у віці 2-3 років, оскільки мова, запас знань і умінь у них ще недостатньо розвинений. Цей вид мислення у примітивніших формах спостерігається у вищих тварин (знамениті досліди Келера, що вивчав поведінку мавп, підтвердили наявність у них зачатків наочно-дієвого мислення), рідше відмічається у дорослої людини, в основному у тих ситуаціях, коли розв'язання задачі їй невідоме.

До *зрілих форм* наочно-дієвого мислення умовно можна віднести такі способи вирішення проблем, що виникають, коли здебільшого треба «думати руками» і меншою мірою використовувати теоретичні знання, спиратися на складні поняття і образи. Вирішення практичних завдань за допомогою механічних маніпуляцій з предметами відбивається у таких масових професійних діях, як зварювання, складання механізмів, паяння, палітурна, сантехнічна, годинникова справа, робота на конвеєрі і т. д.

Образне мислення починає розвиватися у людини у міру розвитку функції уяви у віці 3 - 5 років. У дітей дошкільного і раннього шкільного віку переважає *наочно-образне мислення*, що ґрунтується на ситуаційних зв'язках, конкретних обставинах, емоційному відношенні до того, що відбувається. Мислення і свідомість дитини цього віку заповнюються найбільш яскравими властивостями предметів і визначаються тим, що вона спостерігає у цей момент. Цю стадію інколи називають репрезентативним

інтелектом, оскільки мислення дітей здійснюється в основному за допомогою уявлень.

У цьому віці дитина ще не здатна до доказів і міркувань, не володіє повною мірою логічними операціями, але вже добре мислить образно, використовуючи операції подібності і аналогії. Через властивий дитині егоцентризм згідно з теорією Ж. Піаже вона не може подивитися на себе з боку і зрозуміти ситуацію, що вимагає прийняття чужої позиції, що робить її мислення тенденційним і нерідко алогічним. Подолання егоцентризму у дітей у віці 8-11 років супроводжується розвитком здібності до міркувань, доказу, співвіднесення різних точок зору, проте логічні операції більшою мірою ще спираються на наочність.

В основі образного мислення лежить схильність індивіда спиратися на власні уявлення, чуттєві образи раніше сприйнятих предметів, які можуть порівнюватися, синтезуватися, згруповуватися, трансформуватися у послідовні картини планованих дій. Важливою особливістю образного мислення є установа цілісних послідовних чи звичних химерних поєднань предметів та їх властивостей відповідно до поставлених цілей та потреб особистості. За допомогою образного мислення може відтворюватися вся багатоманітність характеристик предметів і одночасне бачення їх з різних позицій і точок зору. Замість понять у свідомості індивіда виникають образи предметів, осіб, ситуацій, якими він маніпулює, моделюючи різні шляхи вирішення задач, що виникають. На основі образного мислення розвивається його прогностична функція, що дозволяє моделювати необхідні для планування діяльності образи майбутніх результатів і орієнтує особистість на передбачення способів реалізації поставлених цілей.

Як варіант образного мислення виділяють *художнє мислення*, що часто використовує для вираження складних думок і світоглядних концепцій алегорії, метафори, складні системи символів. Прикладами художнього творчого мислення можуть бути притчі, легенди, казки, міфи, літературні і художні твори, а також приказки і прислів'я, у яких в доступній образній формі виражаються мудрі думки і нескороминущі життєві цінності. Роль образного мислення і уяви у творчості підкреслена в такому вислові Декарта: «Багатьом може здатися дивним, що великі думки частіше трапляються у творах поетів, ніж у працях філософів».

Образне мислення домінує у осіб художнього типу («візуалізаторів») і часто є основною формою розумової діяльності на початкових етапах розв'язання будь-якої задачі, яка здається нестандартною і важковирішуваною.

Абстрактно-логічне мислення - вид мислення, що спирається на логічні дії з абстрактними поняттями. Логічному мисленню властиві такі особливості: тенденція до дотримання принципу реальності, спрямованість на пізнання об'єктивної дійсності; послідовне застосування достовірних критеріїв істини; використання абстрактних понять, стосунки між якими будуються відповідно до законів логіки; орієнтація на об'єктивні цінності, прагнення до мінімізації суб'єктивного у формуванні суджень і висновків. Завдяки розвитку здібності до абстрагування з'являється можливість створювати абстрактні і узагальнені форми вирішення задач і словесно виражати їх у поняттях, судженнях і висновках. Продукти розумової діяльності стають предметом міркувань особи. Прикладом абстрактного мислення, його найбільш розвиненої форми може служити наукове мислення.

Абстрактно-логічне мислення формується до 12 - 15 років (за Піаже - це стадія формальних операцій), що супроводжується звільненням підлітків від прихиль-

ності до конкретних об'єктів, які перебувають у полі зору, і розвитком здібності до оперування логічними відношеннями, поняттями, дедуктивними та індуктивними методами розв'язання задач. У цьому віці на основі життєвого досвіду активно формуються первинні поняття, які ще недостатньо підкріплені науковими знаннями. Проте рівень теоретичних знань, що набувається в юнацькому віці, вже дозволяє вийти за рамки життєвого досвіду. Загальне стає важливішим за часткове, у підлітків виникає потяг до створення власних теорій.

Формується *здібність до розуміння*, яка є важливою інтеграційною функцією мислення, що допомагає осягати зміст і значущість предметів, спостережуваних подій, особистісних якостей і давати їм узагальнені характеристики, а також визначати їх наявність в інших предметах, прогнозувати їх вплив на події чужого і власного життя. Наприклад, без правильного розуміння змісту психологічних якостей людей, з якими доводиться вступати у контакт, неможливі адекватне спілкування, координація взаємодій, будь-які осмислені оцінки та інтерпретації.

Посилюється *здатність до рефлексії*, збагнення свого внутрішнього світу, самодослідження, можливості здійснювати внутрішній діалог, що створює умови для самопізнання. Це, у свою чергу, приводить до правильного розуміння «логіки вчинків», їх адекватної оцінки як у себе, так і у інших людей.

Абстрактно-логічне (понятійне) і образне мислення перебувають у постійній взаємодії, доповнюють одне одного, розкриваючи різні сторони життя. Логічне мислення робить можливим найточніше і узагальнено відображати дійсність, образне мислення дозволяє зробити це суб'єктивніше і конкретно.

Залежно від об'єктивності оцінки подій, що відбуваються, здатності особи до критичного погляду на власні вчинки, адекватного вираження своїх думок виділяють аутистичне і реалістичне мислення, основні характеристики яких описані нижче.

Аутистичне мислення - розумовий стиль, що підкоряється бажанням, спогадам, уявленням, напруженим емоційним переживанням особистості. Аутистичне мислення ґрунтується на принципі задоволення і тому в образно-символічній формі часто відбивається у сновидіннях. Аутистичні ідеї, як правило, перебувають у суперечності з реальними фактами, оскільки бажане видається індивідом за дійсність, а в оцінці поставленої мети допускаються тільки ті асоціації, які відповідають його бажанням і відчуттям. Погляди і оцінки, які не відповідають прагненням індивіда і реальним обставинам, навіть за наявності явних суперечностей не помічаються і ігноруються [59].

Аутистичне мислення у нормі частіше зустрічається у дітей, оскільки спирається на їх егоїстичні тенденції і схильність до фантазування. У підлітковому віці і у дорослих людей аутистичне мислення може відмічатися на тлі емоційної незрілості під час виникнення стійких потребнісних станів. У психопатології аутистичне мислення може бути ознакою розладу особистості і психічних захворювань.

Реалістичне мислення. На відміну від аутистичного, реалістичне мислення ґрунтується на принципі реальності. Людина, у якої переважає цей вид мислення, контролює свої підсвідомі бажання і відчуття, враховує обставини, факти, прагне зрозуміти події справжнього моменту, реальні стосунки між людьми і співвідносити з ними свої судження і висновки. Вона скептично ставиться до надуманих, умоглядних теорій або поглядів інших людей, здатна прогнозувати чужі вчинки, бути критичною і

самокритичною. Реалістичне бачення ситуацій, їх адекватна оцінка дають можливість індивідові бути менш тенденційним у поглядах (унікати надмірної ідеалізації або негативізму) і більш адаптованим, послідовним у думках.

У процесі домінування того або іншого виду мислення беруть участь переважна мотивація, наявність певних навиків, схильність до абстрагування чи конкретизації під час аналізу ситуацій.

Практичне мислення - розумовий процес, що здійснюється у ході практичної діяльності і спрямований на вирішення практичних завдань. Для практичного мислення характерне те, що воно здійснюється в ситуації дії, у прямому контакті з об'єктивною дійсністю, як правило, в умовах дефіциту часу. При цьому дії є опосередкованим компонентом процесу вирішення завдань (*мислення діями*), для чого від індивіда вимагається уміння швидко переходити від роздуму до дії і назад.

Теоретичне мислення - розумовий процес, спрямований на вирішення теоретичних проблем і завдань, що використовує абстрактні теоретичні побудови, поняття, які можуть бути як науковими, так і життєвими. Теоретичне мислення, що ґрунтується на аналізі і узагальненнях, лише опосередковано пов'язане з практикою.

1.6 Алгоритми стратегії і тактики вирішення завдань

І в мисленні є час оранки і
час жнив.

Людвіг Вітгенштейн

Життя постійно ставить перед людиною ті або інші завдання у професійній, науковій, творчій діяльності і вирішенні повсякденних побутових проблем. Завдання, що стоять перед людиною, можуть бути різної складності, способи їх вирішення теж відрізняються один від одного, хоча в закономірностях розумових дій зберігається багато загального. Нижче у короткій формі представлені *алгоритми рішень* - правила розумових дій, які дозволяють вирішувати конкретне завдання, що належить до певного класу однотипних завдань.

І. Вирішення творчих завдань. У вирішенні цього типу завдань відомий американський психолог Уолесс, що займався цією проблемою, виділив чотири етапи, що послідовно розвиваються.

1. *Підготовка* - людина вивчає проблему, збирає інформацію, яка прямо або побічно стосується питання, що вивчається, систематизує отримані відомості, намагається заздалегідь їх осмислити.

2. *Інкубація* - найбільш тривалий етап, коли заздалегідь зібрана інформація про вирішувану проблему якийсь час «виношується», хоча дослідник може займатися іншими справами. Інформація, що в той самий час накопичилася, у формі понять, концепцій, фактів дозволяє йому подивитися на проблему інакше і систематизувати те, що до цього часу вдалося вивчити. Процес цей може тривати від декількох днів до декількох тижнів, нерідко готуючи людину до швидких і оригінальних рішень.

3. *Осяяння* - процес самоорганізації накопиченої інформації, підсвідома форма розумової діяльності, що називається у психології інсайтним мисленням, інтуїцією.

єю або «ага - переживанням», коли відсутні етапи тривалого аналізу з'ясованих деталей, їх ретельного зіставлення, обдумування напрямів подальшого шляху пошуку. Рішення приходить раптово, інколи під час засипання. Отримана таким чином нова інформація може бути помилковою або неповною, у зв'язку з чим потрібні додатковий аналіз, перевірка гіпотез, формування загального плану оцінки вирішення проблеми.

4. *Розроблення* - процес перевірки знайденого рішення шляхом аналітичних міркувань, реалізації в практиці, чітких усних або письмових формулювань. Використовуються логіка, послідовність розумових дій. Вирішення проблеми уточнюється шляхом опрацювання нових деталей.

У тому разі, якщо рішення визнається незадовільним, дослідник повертається до початкового етапу і шукає нові підходи.

II. Вирішення ситуаційних завдань. До таких завдань відносять повсякденні ситуації, що вимагають швидкого вирішення виниклих труднощів або незручностей. До них можна віднести, наприклад, збій у роботі комп'ютера, ситуації запізнення на важливу зустріч, неполадки саптехніки та ін.

А.Р. Лурія (1967) виділяв чотири етапи у вирішенні раптово виниклої проблеми.

Вивчення умов завдання - процес з'ясування суті виниклої ситуації, причин і умов, які привели до її виникнення, актуалізація відомостей, що можуть допомогти її нейтралізувати.

Створення загальної картини дій - розроблення стратегії вирішення проблеми, створення загального плану передбачуваних дій.

Тактичні рішення - процес, що включає вибір конкретного методу здійснення дій. На цьому етапі лю-

дина, як правило, використовує три основні підходи, які були вивчені психологами когнітивного напрямку Д. Брунером і К. Левінім. За їх ефективністю і рівнем складності вони виділяли такі стратегії мислення: випадковий, раціональний і систематичний перебори.

Випадковий перебір - здійснення стратегії мислення шляхом проб і помилок. Швидко формулюється гіпотеза або проводяться якісь дії, і потім оцінюється їх ефективність. У разі невдалого результату і його негативної оцінки висувається нове припущення, і пошук, як правило, несистематично продовжується до того часу, поки рішення не буде знайдено.

Раціональний перебір - стратегія мислення, що включає поступове виключення неправильних напрямів пошуку вирішення завдання. Людина робить декілька припущень, а потім звужує круг пошуку і шукає деталі, що збігаються з виниклим завданням та його вирішенням.

Систематичний перебір - розумова процедура, коли людина охоплює всю сукупність можливих припущень, що стосуються вирішення завдання, а потім систематично аналізує кожне з них, намагаючись таким чином прийти до якихось висновків.

Усі вищезазначені форми стратегії мислення (перебори) використовуються людиною у вирішенні виниклих життєвих ситуацій (при вихованні дітей, підготовці до іспитів, у процесі вивчення лікарем стану хворого, встановлення клінічного діагнозу та ін.).

4. *Зіставлення* - знайдене рішення порівнюється і зіставляється з початковими даними. У тому разі, коли знайдене рішення не збігається з умовами завдання і не вирішує його, пошук продовжується.

III. Вирішення проблем пацієнта у психотерапії

Початковим етапом психотерапії з пацієнтом, який звернувся за допомогою, є проведення діагности-

чних дій і оцінка його стану. Це період, коли психотерапевт збирає попередні відомості про пацієнта і вирішує, чи має потребу останній у курсі психотерапії і якщо має, то в якій формі. Проведення діагностичних процедур здійснюється у чотири етапи: виявлення актуальних проблем, вивчення обставин їх виникнення, розуміння психологічного портрета особистості пацієнта, створення робочого діагнозу [12].

1. *Виявлення актуальних проблем.* Багато пацієнтів, що звернулися за допомогою до психотерапевта, здатні самостійно пояснити, яка проблема привела їх на прийом до лікаря або психолога. Вони описують симптоми або виниклі проблеми, що викликають погіршення самопочуття або утруднюють спілкування. Інші пацієнти не можуть сформулювати проблему, що спонукала звернутися до фахівця, говорять про незадоволення життям у цілому («Мені дуже погано»), не здатні усвідомити її, виділити головне, визначити, що заважає їм жити. У таких випадках психотерапевт може стимулювати бесіду, ставлячи такі запитання: «Давайте по порядку. Що змусило Вас звернутися до психотерапевта?» або «От чого Ви хотіли б позбавитися, щоб відчувати себе так, як раніше?».

Завдання психотерапевта під час перших зустрічей полягає у виявленні основної проблеми пацієнта, умінні виділити ті проблеми, які є наслідком основної, а також ті труднощі, які мають другорядне значення. Бесіда з пацієнтом проводиться цілеспрямовано, у межах тих знань, досвіду і концептуальних підходів, якими керується психотерапевт. Це можуть бути традиційні методи психотерапії, психоаналіз, когнітивна, біхевіоральна психотерапія, гуманістичні підходи або їх синтетичні, інтегровані форми. Кожний із цих та інших напрямів психотерапії має свою концептуальну базу, має у своєму розпорядженні

специфічний набір техніки, прийомів і принципів взаємодії з пацієнтом.

2. *Вивчення обставин виникнення проблеми.* Коли проблема або комплекс проблем пацієнта з'ясовані (це можуть бути психічні, соматичні розлади, проблеми поведінки, вільного самовираження, нез'ясованих страхів, взаємодії з оточуючими, кризові стани, сексуальні розлади та ін.), потрібне уточнення умов і чинників, що викликали їх виникнення. З'ясовуються характер і зміст скарг або психологічних проблем, детально аналізуються час їх появи, обставини, що підсилюють їх інтенсивність (зв'язок з емоційними, фізичними чинниками, специфічними, часто мало усвідомлюваними ситуаціями). Уточнюються питання можливої спадкової схильності, стигматизації внутрішніх органів захворюваннями, перенесеними у минулому, динаміка розвитку хворобливих станів або проблем, що турбують пацієнта, результати попередніх обстежень, якщо такі проводилися, і т. д. Детально аналізуються асоціативні компоненти ситуацій, які провокують загострення хворобливих станів, пов'язані з ними хворобливі спогади. Кожен психотерапевтичний підхід включає різні методи і техніку. У психоаналізі, наприклад, це метод вільних асоціацій, тлумачення сновидінь, інтерпретація, аналіз опору і перенесення.

3. *Вивчення особистості пацієнта.* Вивчення особистісних особливостей пацієнта - важливий етап розуміння проблем пацієнта, оскільки особа нерідко є співавтором тих психічних розладів або проблем, які призвели до дезадаптації. У бесідах з пацієнтом уточнюються особливості його темпераменту, риси вдачі, елементи ціннісно-сислової системи, «зондуються» комплекси, компоненти самооцінки, переважні форми механізмів психологічного захисту і компенсації, відношення пацієнта до себе і до свого стану. Уточнюється мотивація звернення до

психотерапевта, здатність до самодослідження і самоаналізу, адаптивні можливості пацієнта. Вивчаються як статичні, так і динамічні характеристики особи, які можуть бути джерелом, пусковими механізмами або фоном розвитку хворобливого стану. Повнота розкриття психологічного портрета особи пацієнта залежить від досвіду психотерапевта і того концептуального підходу, яким він керується у своїй роботі. При використанні психодинамічно орієнтованої психотерапії особа вивчається через призму явищ перенесення, опору, символіки сновидінь та інших психологічних феноменів, що не усвідомлюються особою. У когнітивній психотерапії при вивченні особистості акцент робиться на дослідженні непродуктивних форм мислення, когнітивних спотворень (схем, дисфункціональних переконань, автоматичних думок, логічних помилок, пасток, дилем та ін.) і їх зв'язку з емоційними проблемами і неадаптивними формами поведінки.

4. *Створення робочого діагнозу.* На початковому етапі вивчення пацієнта після того, як будуть визначені його проблеми, їх походження, зв'язок з особою, психотерапевт робить діагностичні висновки, формулює робочий діагноз, який складається з двох частин: клінічної і психологічної. Розгорнений верифікований діагноз може бути поставлений пізніше, коли про пацієнта будуть зібрані максимально повні відомості.

На початковому етапі спілкування з пацієнтом психотерапевт оцінює ряд актуальних для себе моментів, що визначають подальшу тактику його дій: наявність або відсутність у пацієнта психотичних, невротичних або психопатичних розладів; до якої переважно групи причин (психогенних, соматогенних, екзогенних) можна віднести виявлені проблеми; якої допомоги (планової, екстреної, кризисної) він потребує. Робочий діагноз дозволяє визначити діапазон психотерапевтичних або біологічних дій, визначи-

ти мету і завдання терапії, вибрати ті конкретні методи і прийоми, які дозволяють здійснити адекватні втручання.

IV. Алгоритми вирішення клінічних завдань

Діагностика - це процес розпізнавання захворювання шляхом зіставлення його клінічних ознак з тими знаннями, які має лікар про хвороби у цілому. Діагностичне мислення, таким чином, виявляє не нові знання про хвороби, а встановлює те, що відоме про них у сучасній медичній науці. Як частина клінічних дисциплін, діагностика складається з трьох основних відділів: лікарської діагностичної техніки, що вивчає методи дослідження хворого; семіології, що визначає діагностичне значення симптомів хвороби; методології діагностики, що вивчає закономірності і правила розпізнавання захворювань.

Діагностика, головним завданням якої є уточнення клінічної картини хвороби у конкретного хворого, є активним пізнавальним процесом, в якому його окремі елементи (плотське і раціональне, теоретичне і гіпотетичне, аналітичне і синтетичне, дедуктивне та індуктивне) перебувають у складних співвідношеннях і не піддаються лінійному розміщенню у часі. «Спостерігаючи хворого, - писав С.П. Боткін, - необхідно пам'ятати, що діагноз хворого є більш-менш імовірною гіпотезою, яку необхідно постійно перевіряти; можуть з'явитися нові факти, які можуть змінити діагноз або збільшити його імовірність». Таким чином, встановлення клінічного діагнозу має риси спіралеподібного процесу, на шляху руху якого лікар постійно перевіряє свої припущення і гіпотези і уточнює свої діагностичні висновки.

Прогнозування, що є можливістю передбачення подальшого перебігу і результату захворювання, є обов'язковим компонентом діагностики. Думки про прогноз захворювання ґрунтуються на знаннях його етіології, закономірностей розвитку і саногенезу, форм перебігу та ін. Крите-

рієм істинності діагнозу є практика, що виявляє адекватність або неспроможність діагностичного і терапевтичного підходів лікаря [48]. Діагностичний процес включає дві часто взаємозв'язані форми діагностичної тактики: послідовного, систематичного та інтуїтивного вивчення хворого.

Діагноз пізнання - початковий етап діагностичного процесу. При такій діагностиці порівнюють розлади, спостережувані у хворого, з розладами, що трапляються при певних хворобах. Цей вид діагностичних дій не супроводжується попереднім систематичним дослідженням, а більшою мірою є продуктом *інтуїції лікаря*, що є емоційно насиченим способом мислення, при якому ланки логічного мислення проходять підсвідомо. Інтуїція не завжди виявляється безпомилковою, і тому лікар не може беззастережно довіряти їй, оскільки остання лише здогадка, логічний стрибок, який інколи досягає мети, але буває небезпечним і неправильним. Інтуїтивна оцінка стану хворого потребує аналітичної перевірки і практичного підтвердження.

Діагноз пізнання незамінний у тих випадках, де необхідне надання термінової допомоги хворому, а можливість його поглибленого дослідження виключається.

Методичний діагноз відображає не лише нозологічну належність хвороби, але й особливості її проявів у конкретного хворого. Встановлення діагнозу досягається умінням лікаря послідовно проводити аналіз і узагальнення клінічних фактів, виявляти закономірності розвитку розладів та їх причинні співвідношення. Розуміння патогенетичних залежностей хвороби у конкретної людини дозволяє лікарю усвідомлено застосовувати лікувальні заходи і передбачати їх результати.

У діагностичному процесі умовно можна виділити три етапи, що послідовно розгортаються: етап виявлення

і кваліфікації симптомів, етап синдромальної діагностики, етап встановлення нозологічного діагнозу.

1. Етап виявлення і кваліфікації симптомів передбачає такі діагностичні дії:

* уточнення скарг хворого у формі відчуттів, що переживаються, вивчення їх структури, локалізації та інтенсивності. З'ясування емоційних реакцій на хворобу і уявлень про неї у пацієнта;

* виявлення симптомів хворобливого стану під час клінічного обстеження соматичного, неврологічного, психічного статусу хворого;

* уточнення початкових анамнестичних відомостей, що стосуються термінів початку виникнення розладів, їх зв'язки з внутрішніми (емоційним, фізичним напруженням, вживанням їжі, спадковістю) або зовнішніми (стресовими ситуаціями, впливом метеоумов, часом доби та ін.) причинами;

* зіставлення виявлених ознак розладів з відомими лікарю захворюваннями, виділення у клініці хворого неспецифічних, специфічних, патогномонічних симптомів;

* інтуїтивні припущення в оцінці розладів, попередні діагностичні гіпотези, корекція плану клінічного обстеження.

Симптоми (у перекладі з грець. - «збіг») поділяються на об'єктивні і суб'єктивні, які розрізняються за способами їх вираження і міри достовірності. У першому випадку («об'єктивні») симптоми виявляються і реєструються лікарем у результаті обстеження хворого. «Суб'єктивні» симптоми - це ознаки хвороби, про які повідомляє сам хворий, описуючи свої хворобливі відчуття і переживання. Симптоми можуть бути *загальними* - властивими не лише даному захворюванню, але й іншим хворобам, а також *особливими (патогномонічними)* - властивими усім випадкам тільки даного типу захворювання.

Багато симптомів мають умовну діагностичну цінність, але їх специфічне забарвлення може стосуватися лише цілісних реакцій і процесів, а не часткових явищ або причин цих процесів. При оцінці симптомів захворювання потрібно враховувати деякі правила:

- * симптоми повинні не підраховуватися, а зважуватися;

- * симптоми, які відсутні на цей момент, можуть з'явитися пізніше або виявитися при використанні більш інформативних методів обстеження;

- * не можна залишати нез'ясованим жодного симптому, виявленого під час обстеження хворого;

- * симптоми, що здаються високозначущими для діагностики певного захворювання, при зіставленні з іншими його ознаками можуть набувати псевдопозитивного значення.

При діагностиці захворювань первинним завданням є кваліфікаційна оцінка симптомів, що відображають статус хворого. Одночасно проводяться групування симптомів на основі їх однозначності і диференціація із симптомами подібних розладів.

2. Етап синдромальної оцінки стану хворого ґрунтується на складніших узагальненнях:

- * зіставлення картини хвороби з подібними варіантами синдромів при інших захворюваннях;

- * уточнення динаміки розвитку клінічної картини синдромів у «довжиннику»;

- * формулювання синдромального діагнозу і гіпотез про нозологічну належність картини хвороби, уточнення плану лабораторного, інструментального і клінічного обстеження. Призначення синдромальної терапії.

Синдром є групою симптомів, об'єднаних загальним патогенезом. Дати синдромальну оцінку існуючим

розладам - означає визначити статус хворого у даний момент і виявити існуючий рівень ураження. Це дає можливість передбачити характер імовірних медичних і соціальних ускладнень патологічного стану і вжити найбільш адекватних заходів допомоги хворому.

Згідно з правилом, що існує у практиці, при первинній диференціально-діагностичній оцінці синдрому доцільніше спочатку зупинитися на його важчому варіанті, що може гарантувати попередження лікарських помилок.

3. *Етап встановлення нозологічного діагнозу* вимагає від лікаря інтегруючого підходу і аналізу багатьох компонентів хвороби:

- * узагальнення результатів інструментального, лабораторного (у разі потреби - патопсихологічного) обстеження, зіставлення їх з клінічними даними у хворого;

- * співвідношення клінічної картини з анамнестичними відомостями, специфікою, привнесеною статевими, віковими відмінностями, особистісним преморбідом хворого, особливостями «підстави», які можуть впливати на перебіг хвороби;

- * диференціальна діагностика клінічної картини і подібних станів при інших захворюваннях, аналіз неконгруентних синдромів і проявів атипової симптоматики, уточнення їх патогенетичних взаємозв'язків;

- * встановлення нозологічного діагнозу з урахуванням рубрик МКХ, прогноз перебігу хвороби на найближчий і віддалений періоди. Призначення патогенетичної терапії складання плану реабілітаційних заходів.

Для встановлення нозологічного діагнозу проводиться оцінка соматичного, неврологічного і, якщо є необхідність, психічного стану хворого у момент його обстеження і в процесі спостереження. При цьому враховують клініку продромальних, маніфестних розладів, синдро-

мальну динаміку. Одночасно проводять диференціальну діагностику зі всіма подібними формами соматичних, неврологічних або психічних порушень. Проведення диференціального діагнозу не виключається і у тих випадках, коли у хворого вдається виявити патогномонічні симптоми і синдроми.

Діагностичні помилки, які трапляються у практиці кожного лікаря, можуть мати суб'єктивні і об'єктивні причини.

Суб'єктивні причини діагностичних помилок залежать від пізнавальних і особистісних якостей лікаря. До них належать: невідповідність рівня знань лікаря рівню знань сучасної науки; недостатнє володіння ним методами клінічного обстеження хворого; індивідуальні психологічні особливості - неуважність, нездатність до активного аналітичного мислення, схильність до поспішних узагальнень, етична і професійна деформація.

Об'єктивні причини діагностичних помилок найчастіше викликані тим, що лікар не може використовувати у своїй роботі усі можливості сучасного арсеналу діагностичних методів або дотримується нетрадиційних поглядів на ті або інші питання природи захворювання або його лікування.

Найчастіше *діагностичні помилки* виникають при:

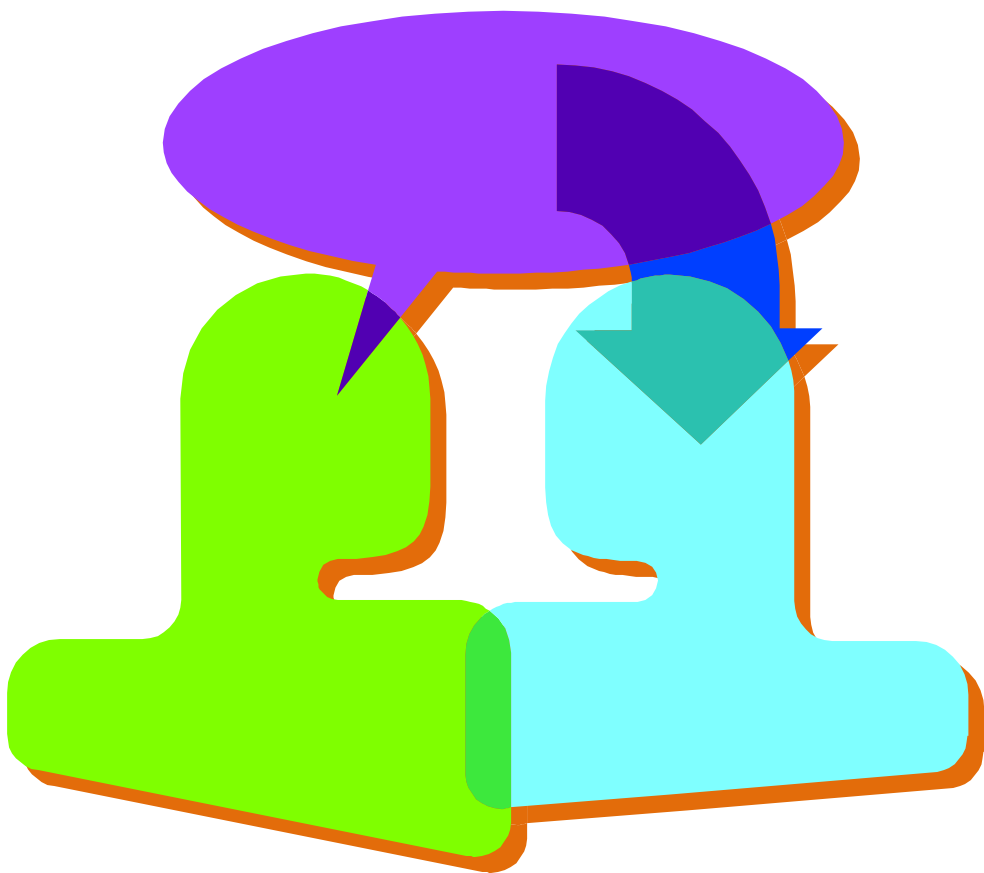
* неповно зібраній інформації про хворого (недостатньому аналізі скарг хворого, дефіциті анамнестичних відомостей);

* невчасному застосуванні необхідних методів обстеження хворого (наприклад, недостатньо цілеспрямоване обстеження функціонального стану мозку і його структури за наявності органічних стигм);

* неувазі до атипових симптомів клінічної картини, атиповому перебігу захворювання, викликаних преморбідом хворого або особливостями «підстави»;

* неправильному тлумаченні даних, отриманих про хворого, у т.ч. на основі логічних помилок;

* неусвідомленні лікарем психологічних феноменів перенесення, опору, контрперенесення у період контакту з хворим, які можуть спотворювати оцінку його соматичного і психічного стану.



Розділ II

Особистість і

МИСЛЕННЯ

Будьте уважні до своїх думок, - вони початок вчинків.

Лао - Цзи

Особистість є складно організованою багаторівневою психологічною системою, яка прямо впливає на зміст емоційних і когнітивних процесів, знаходить вираження у моторних і експресивних стереотипах. Взаємозв'язки і взаємозалежності між елементами особистості і пізна-

вальної діяльності, якщо не враховувати праць у рамках когнітивної психології і психотерапії, ще мало вивчені [13, 61].

У структурі особистості можна виділити декілька рівнів:

темперамент як біологічний фундамент особи, властивості якого генетично детерміновані і визначають її енергетичні, динамічні і векторні (що спрямовують) характеристики;

характер як сукупність установок (рис), що утворюються в результаті соціалізації, визначають готовність індивіда до реалізації певних поведінкових стереотипів;

ціннісно-смілова сфера - комплекс індивідуальних ціннісних утворень, представлених у формі ранжированих у свідомості особи переконань, інтересів, смаків, пристрастей;

«Я» - результат самосвідомості і самопізнання особи, виражений у формі образу і концепції «Я», самооцінки, системи індивідуальних психологічних комплексів.

Властивості темпераменту визначають не зміст, а форму розумової діяльності: загальний стиль світосприймання, орієнтацію пізнання на зовнішню або переважно внутрішню реальність, стійкість до інтелектуальних навантажень, рухливість розумових процесів, домінування у мисленні негативної або позитивної інформації [39].

Нижче наведений опис характеристик мислення залежно від деяких властивостей темпераменту.

Екстраверсія - інтроверсія і мислення

Екстраверсія виявляється в установці, яка визначає інтерес особистості до зовнішніх об'єктів, ситуацій і подій, готовність впливати на них і знаходитися під їх впливом. У зв'язку з цим мислення екстравертів та їх оцінки будуються на фактах, узятих переважно із зовнішнього середовища (звичаях, традиціях, системі соціаль-

них правил норм і принципів міжособистісної взаємодії). Екстравертовані особи мають добре розвинене відчуття реальності з тенденцією до аналізу конкретних фактів, деталей, обставин, стосунків. У той самий час їх пізнавальна діяльність меншою мірою стосується дослідження свого внутрішнього світу. Вони, порівняно з інтровертами, менш схильні до самоаналізу, і оскільки їх плотська функція залишається інфантильною і пригніченою, гірше орієнтуються у своєму емоційному житті. Інтуїтивне пізнання виявляється у хорошій діловій і комерційній хватці, у можливостях впливу на стосунки між оточуючими людьми.

Інтроверсія визначає переважання орієнтування особи на внутрішню реальність, власні думки, відчуття, цінності і внутрішній світ інших людей. Для інтровертів характерні підсвідомий опір зовнішнім впливам, недовіра і відсутність інтересу до об'єктів навколишнього середовища, побоювання і тривога через можливість втратити внутрішню свободу, задоволення від процесів інтроспекції і самоаналізу. Розумова діяльність інтроверта меншою мірою залежить від загальноприйнятих і традиційних ідей, а також від фактів, які важливі для нього не самі по собі, а як матеріал для доказів власних поглядів або концепцій. У зв'язку з цим для багатьох інтровертів, незважаючи на різний освітній та інтелектуальний рівні, характерна схильність до теоретизування і домінування теоретичного мислення. Думка оточуючих для них нерідко особливого значення не має, оскільки основними детермінантами їх оцінок і рішень є внутрішні критерії. Недостатню орієнтованість на зовнішню реальність і конкретні факти вони компенсують схильністю до фантазування. Їх інтуїтивне пізнання часто спрямоване на вивчення неусвідомлюваних форм психічної активності або подій,

які можуть розвиватися у майбутньому (футурологічна інтуїція) [58].

Тривожність і мислення. Тривога - фундаментальний емоційний стан, що супроводжується переживанням напруженості, неспокою, відчуттям несвідомої загрози. Тривога, що є стимулом («якорем»), що запускає певні вегетосоматичні стереотипи (соматичні еквіваленти тривоги), впливає на наші думки, сприйняття, соціальні стосунки і поведінку. На відміну від страху, де джерело загрози відоме і так або інакше суб'єктивно визначається, під час тривоги індивід не усвідомлює його.

Тривога у нормі може бути обумовлена зовнішньо ситуацією, що становить загрозу невизначеного змісту і тому є базовою емоцією, яка супроводжує будь-яку стресову дію (*ситуаційна тривога*). Тривога може також виникати внаслідок «бомбардування» імпульсами, що ідуть із підсвідомості і відображають внутрішній конфлікт особистості. Виділяють також тривожність як властивість темпераменту (*конституціональна тривожність*), що притаманна певній частині людей. Для високотривожних осіб характерне домінування мотивації уникання невдач. Їх тактика і стратегія поведінки багато в чому визначаються постійними передчуттями, очікуванням провалу («вільно плаваюча тривога»). Вони відчують загрозу або необґрунтовано, або задовго до того, як загрозливий стимул виявить себе. У тому і іншому випадках поява тривоги психологічно зрозуміла і виводиться або з особливостей ситуації, або з характерних для даного індивіда властивостей темпераменту і стереотипу його поведінки.

Тривожність приводить до актуалізації негативних асоціацій і думок, домінування у свідомості індивіда побоювань, неприємних передчуттів, очікувань невдач, сумнівів в успішності планованих цілей, що виражається у нього в невпевненості у власній компетентності. Шляхи

до намічених цілей перериваються постійними сумнівами, заслоняються гальмівними переконаннями. У самооцінці переважають переконання самозниження, нівелювання власних можливостей і досягнень. Посилення інертності психічних процесів у осіб з вираженим тривожним радикалом є головною причиною труднощів переключення уваги і асоціювання, а також схильності до дезорганізації думок і розумової непослідовності під впливом стресів.

Характер складається з рис, які є сплавом властивостей темпераменту і основних мотиваційних орієнтацій особистості, що виражаються у специфічних для даного індивіда формах поведінки і співвідношеннях певних (деонтичних, пермітивних і табуовальних) переконань.

Характер визначає комплекс стосунків до різних сторін життя (до праці, порядку, дотримання акуратності, етичних норм, спілкування та ін.), розумовий стиль особистості, що виявляються у типових ситуаціях. Наприклад, відношення переваги і центрованість на власній персоні або почуття обов'язку перед іншими людьми, розчинення «Я» в проблемах оточуючих, що ґрунтуються на протилежних соціальних і моральних установах, формують у особистості різні стилі мислення [1].

Егоцентричне мислення виражається в нездатності індивіда розуміти і поділяти погляди інших людей, дивитися на те, що відбувається, і самого себе чужими очима. Людина з егоцентричною установкою упевнена, що оточуючі думають і оцінюють те, що відбувається, так само, як і він. Упевненість у тому, що його особисті погляди мають значну об'єктивну цінність, часто виявляється у схильності нав'язувати свої думки і погляди іншим, завзятості у відстоюванні своєї правоти, рідкому визнанні і виправленні власних помилок. Навіть очевидна суперечність фактам не відразу усуває у них упевненість у своїй правоті. Егоцентричні думки, часто недостатньо глибокі, висло-

влюються категорично, у повчальній манері, таким тоном, який не терпить заперечень. І.С. Тургенев іронічно описав цю групу людей таким чином: «Є три розряди егоїстів: які самі живуть і жити дають іншим; які самі живуть і не дають жити іншим; нарешті, егоїсти, які і самі не живуть, і іншим не дають».

Альтруїстичне мислення - це не стільки особливий стиль розумової діяльності, скільки моральна характеристика особистості, що відображає домінування у свідомості і поведінці моральних принципів. У більшості людей альтруїстичне мислення, на відміну від егоїстичного, має швидше ситуаційний характер, проявлючись в основному стосовно близьких людей. Альтруїстичне мислення характеризується схильністю особистості фіксуватися на проблемах оточуючих, піклуванні про них, безкорисливим виконанням свого обов'язку перед членами сім'ї, під час виконання професійних, громадянських обов'язків, перед тими, хто потребує допомоги. В основі поведінки і мислення цих людей лежать моральні переконання, базисом яких є «золоте правило» моралі, біблійська заповідь «Возлюби ближнього свого, як самого себе». Для людини з альтруїстичними поглядами характерні схильність до благодіяльності і самозречення, милосердя і шанобливе ставлення до людей. Якщо егоїсти гадають, що оточуючі створені тільки для них, то альтруїсти віряють у те, що піклування про інших – це їх покликання і обов'язок.

Окремі характеристики мислення є результатом інтеграції багатьох складових особистості: характеру, властивостей темпераменту, здібностей, когнітивних установок, навичок самоконтролю, ставлення до продуктів своєї пізнавальної діяльності [1].

Широта - схильність індивіда при вирішенні завдань використовувати різнотечійні знання, застосову-

вати їх творчо, розглядати їх узагальнено і цілісно; кругозір, діапазон охоплення проблеми.

Обмеженість - невміння при вирішенні завдань використовувати наявні знання, слаба здатність до узагальнення; моралізаторство, низький рівень суджень, недостатній вибір варіантів рішень. Найбільш частим проявом обмеженості є *тенденційність* - посилення якоїсь ідеї, уявлення, в яких наполегливо відбивається упережене, однобоке ставлення особи до чого або кого-небудь при ігноруванні інших точок зору.

Глибина - уміння проникати в суть вирішуваних питань (проблем, завдань), виділяти в них головне, передбачати наслідки своїх рішень, здатність системно мислити, розглядаючи факти і явища у взаємозв'язку створюючих їх елементів.

Поверховість - фіксація на дрібних фактах, другорядних деталях, невміння аналізувати і узагальнювати ситуацію. Слаба здатність до прогнозування розвитку подій, схильність до припущень, використання малозначущих фактів.

Послідовність - здатність поетапно і логічно вирішувати виникаючі завдання, аналітично мислити.

Нецілеспрямованість - нездатність утримувати мету протягом тривалого часу; імпульсивність, поривчастість у вирішенні завдань.

Гнучкість - здатність звільнитися від впливу існуючих стереотипів, вирішувати власні проблеми або завдання залежно від умов, що змінилися, уміння ухвалювати нестандартні рішення.

Ригідність - вирішення проблем вже відомими способами, відсталість, консерватизм переконань, відсутність гнучкості у поставленні цілей і виборі засобів їх досягнення, утруднення у відмові від непродуктивних суджень і висновків.

Самостійність - уміння визначати цілі і знаходити шляхи їх вирішення без сторонньої допомоги; свобода від чужого впливу.

Залежність - схильність до використання у власних судженнях і висновках думки чужих людей; навіюваність, орієнтація на авторитети.

Критичність - уміння об'єктивно оцінювати свої і чужі судження і вчинки, здатність відмовитися від власних поглядів, якщо вони не відповідають дійсності.

Некритичність - недостатня здатність до рефлексії, корекції своїх поглядів і оцінок, невміння співвідносити власні і чужі якості, стани, переживання з нормами і стандартами поведінки.

Креативність - схильність у вирішенні завдань до використання нестандартних підходів, прогнозування результатів, моделювання різних варіантів їх рішення; опірність шаблонним підходам.

Банальність - схильність до шаблонних суджень і вирішень проблем, оперування загальновідомими фактами; відсутність новизни у судженнях, потяг до стандартної фразеології.

2.1 Мислення, особистість і переконання

Мистецтво бути мудрим полягає в умінні знати, на що не слід звертати уваги.

У. Джеймс

У процесі накопичення життєвого досвіду, активних роздумів і переживань, у комплексі цінностей, що

набуваються, формується, диференціюється і трансформується **система переконань** - концентрованих висновків, стійких *мікро - і макроконцепцій особистості*, які у лаконічній, інколи афористичній формі виражають і визначають її погляди і позиції щодо різних сторін дійсності, у тому числі і власного життя.

Переконання виконують ряд функцій: *мотиваційну* (виступають як спонукальний, пусковий чинник), *регуляторну* (визначають вибір цілей і засобів їх досягнення), *аксіологічну* (дозволяють з'ясувати цінність і сенс явищ, предметів, обставин, вчинків).

Переконання умовно можна поділити на декілька груп:

- * за ступенем інтегрованості з особистими або суспільними інтересами особистості - егоїстичні, про-соціальні;

- * світоглядні переконання - моральні, політичні, естетичні, релігійні, переконання - «міфи», переконання - забобони (етнічні, тендерні та ін.), що становлять ядро психологічних суперечностей особистості;

- * за формами реалізації у поведінці і вчинках - деонтичні («треба»), пермітивні, що вирішують («можна»), табувальні («не можна»);

- * за ставленням до себе (переконання ідентичності) - до власної зовнішності, своїх здібностей і можливостей, відповідальності перед власним існуванням;

- * за ставленням індивіда до конкретних ситуацій, явищ, оточуючих людей (до батьків, дітей, друзів, до жінок і чоловіків), до самого себе, форм міжособистісної взаємодії (шлюбу, сім'ї, праці та ін.);

- * за ступенем узгодженості - суперечливі, конфліктні, інтегровані, гармонійні.

Каузальні переконання — система поглядів, що відображають уявлення індивіда про причини, походження,

причинно-наслідкові зв'язки виникнення і розвитку тих чи інших історичних, політичних, суспільних подій, міжособистісних стосунків, природи фізичних явищ, соматичних і психічних захворювань, власних вчинків і дій інших людей. Каузальні переконання можна виявити, коли собі або іншим людям ставляться запитання «навіщо?» і «чому?» [16].

Смислотвірні переконання - погляди особи, що відображають значущість і доцільність якихось фактів, подій, якостей, дій у «значенні для себе» і співвідносяться з власною системою цінностей («ця подія круто змінила моє життя», «для мене цей факт не має ніякого значення»). Такі переконання відображають позиції людини з погляду значущості, корисності, доцільності чогось (когось) в його житті («що таке добре, що таке погано»; що справедливо, що несправедливо; що гуманно, що негуманно; що корисно і що марно; необхідно і не має значення). Смислові переконання побудовані за дихотомічним принципом (представлені у формі полярних оцінок і позицій) і виявляються при відповіді на запитання «заради чого?».

Деонтичні переконання (від гр. *deon* - належне) - комплекс вербалізованих і афективно заряджених розпоряджень про необхідність дотримуватися певних (з погляду моралі, життєвої мудрості, суспільних норм і стандартів) раціональних правил і форм поведінки, що стосуються виконання професійних, гендерних, подружніх, батьківських та інших соціальних ролей і обов'язків («треба бути...», «кожна людина повинна...», «я просто зобов'язаний...»).

Пермітивні переконання (від англ. *permit* - дозволити) - система поглядів особи, яка не забороняє реалізацію тих або інших форм поведінки, оскільки вони схвалюються або нейтрально сприймаються суспільством залежно від нормативних вимог, що існують у ньому. Іншими словами, це ті переконання, які дозволяють особі здій-

снювати ті або інші вчинки і не сприймаються нею як непристойні або соціально неприпустимі. Суб'єктивно вони звучать як внутрішній імператив «можна» («Людині властиво помилятися»). Діапазон дії цих особистісних концептуальних установок може бути широким або достатньо вузьким і має ієрархічну структуру [43].

Табуовальні переконання (від полінез. «*tabu*» (тапу, капу) - заборона) - погляди індивіда на те, чого слід уникати в тих або інших ситуаціях, що є для нього протиприродним і протизаконним. Ці переконання виражаються у категоричній формі: «одностатева любов - це брудно і огидно», «вбивство - наймерзенніше зі всіх видів злочинів», «любов між братом і сестрою - це грубе зневажання моральних норм», «згвалтування може здійснити тільки психічно ненормальна людина», «вкрасти у близького (образити стару людину) може тільки моральний виродок».

Базові переконання визначають не лише тактику, але і стратегію поведінки особи, пронизують багато сфер психічної діяльності. Найчастіше базовими переконаннями є когнітивні установки морального змісту, що відображають принципи взаємодії з людьми, погляди особи на виконання обов'язку. Такі переконання є системотвірними ціннісними комплексами особистості, що визначають вибір цілей, рівень домагань, межі допустимого задоволення потреб (погляди на дії і вчинки, які індивід визначає як аморальні і заборонені).

Щоб зрозуміти природу переконань та їх гармонічного уявлення у свідомості суб'єкта, потрібно зробити декілька пояснень, що стосуються цінностей. У зв'язку з тим, що поняття «цінність», «значущість» і «сенс», які часто вживаються у психологічній літературі, недостатньо з'ясовані, а без цих понять складно вирішувати питання,

що порушуються, вважаємо за необхідне зупинитися на них докладніше.

Цінності - комплекси уявлень, що існують у свідомості суспільства (нації, субкультури, групи, колективу), про корисність, доцільність використання у житті людей тих чи інших матеріальних об'єктів або соціальних норм, стандартів і духовних ідеалів, які здійснюють раціональну регуляцію міжособистісних стосунків, є мотивами вибору рішень і оцінок, визначають зміст цілей і засобів їх досягнення. Цінності об'єктивні, залежать від історичних, економічних, політичних умов розвитку суспільства і визначаються його ментальністю [11].

Цінності виконують ряд важливих функцій.

1. *Оцінна* - що визначає рівень суб'єктивної значущості матеріальних, психологічних, соціальних і духовних процесів, об'єктів і явищ, які існують у зовнішньому або внутрішньому світі особи. Ставлення особи до цінностей переживається особою у формі широкого спектра відчуттів і емоцій.

2. *Системотвірна* - що впливає на мотивацію поведінки, вибір цілей і засобів їх досягнення. Цінності, що стали установками, рисами характеру, визначають стиль поведінки особи.

3. *Ієрархічна* - постійне ранжування придбаних цінностей, визначуване впливами віку, статі, етапів життєвого шляху людини, її соціальним статусом, рівнем освіти.

4. *Футурологічна*. Цінності, особливо базові, здатні структурувати майбутнє і визначати спрямованість життєвих цілей людини.

Значущість - результат інтерналізації цінностей в індивідуальну свідомість, віддзеркалення їх актуальності для особи у формі когнітивних елементів - уявлень, системи знань, суджень («я знаю, це дуже важливо для мене»),

«вона (він) - промінь світла у темному царстві», «дуже хочу мати нову пральну машину» або «таку сорочку я б не одягнув», «ця робота мені ніколи не подобалася»). Значущість цінності у свідомості особи відбивається в ієрархічній формі і може бути високою, середньою, низькою, нейтральною і аверсивною, коли щось (або хтось) сприймається як антицінність.

Особистісний сенс - віддзеркалення у свідомості суб'єкта корисності (когнітивний критерій) і привабливості (емоційний критерій) тієї або іншої цінності, а також доцільності оволодіння нею в певний момент часу. Процес пошуку сенсу супроводжується запитаннями, які особа часто ставить собі у ситуації альтернативного вибору: «Заради чого?», «Який сенс?», «Навіщо мені це потрібно?».

Таким чином, значущість і сенс є різними шкалами оцінки цінностей: *значущість* - це оцінка особистістю актуальності, важливості цінності у «значенні для себе»; *сенс* - оцінка імовірності досягнення цінності, її привабливості і доцільності придбання у певний відрізок часу.

Між значущістю і особистісним сенсом можуть бути різні співвідношення, вони ж впливають на різні ланки регуляції поведінки. Вибір мети визначається значущістю, поставлення мети і вибирання засобів її досягнення - сенсом. Відношення між значущістю і сенсом можуть бути консонансними (збіжними) і дисонансними (незбіжними). Виходячи з цього, за ступенем інтегрованості переконань можна виділити консонансні і дисонансні варіанти.

Консонансні переконання - це позиції, погляди особистості, в яких переживання значущості (актуальності) і сенсу (доцільності реалізації) цінності синергічні. Переконання цього типу можна поділити на дві групи: позитивно і негативно консонансні. Позитивно консонансні

переконання - варіанти позицій особи, де значущість і сенс цінності мають високий рівень уявлення в свідомості. У негативно консонансних переконаннях рівень значущості і переживання сенсу цінності низькі. Нижче наведені приклади консонансних переконань обох груп.

Приклади позитивно консонансних переконань.

- Моя мама - це святе, тому, якщо буде потрібно, я зроблю все, щоб вона жила довго.

- Я прагну бути чесним у спілкуванні з людьми, тому що це вигідно і корисно. Людина з такою позицією краще спить.

- Заняття плаванням - прекрасний спосіб відчувати себе бадьорим. Це дуже корисно для здоров'я.

Приклади негативно консонансних переконань.

- Людина має право відмовляти у допомозі тому, хто йому неприємний (неприємний - низький рівень значущості, відмова у допомозі - недоцільно = сенс).

- Доброта - це міф, з нею каші не звариш.

- Ліки пити - тільки здоров'ю шкодити.

Дисонансні переконання у своїй структурі містять конфліктні відношення між значущістю і сенсом або між переконанням і емоційним ставленням до цінності.

Нижче наведені приклади смислонегативних дисонансних переконань.

- Важливо бути чесним, але чесність і порядність не роблять людину успішнішою.

- Нас вчать допомагати людям безкорисливо, але безкорисливих людей так мало, коли допомога потрібна самому.

- Добре бути мужнім, але навіть ці подвиги. Сидіти тихо - зручно.

Приклади смислопозитивних дисонансних переконань.

- Людей порядних можна не поважати, але якщо вони багаті і мають владу, близькі стосунки з ними все ж корисні.

- Жінка не обов'язково повинна любити, якщо вона прагне вийти заміж.

- Брехливість - огидна якість, але за допомогою обману частіше можна добитися успіху.

Сценарні переконання. Переконання впливають на розвиток плану життєвого шляху особи. Питання, пов'язані з умовами формування життєвих сценаріїв, детально розроблені у трансактному аналізі, тому у цій частині оцінки впливу мислення на розвиток особи ми посилатимемося на його основні положення.

Е. Берн, основоположник цього напрямку, за масштабністю і продуктивністю дії на життя людини виділив три основні форми життєвих сценаріїв: сценарій переможця («героя»), сценарій непереможця (банальний сценарій) і сценарій переможеного («невдахи»). Життєві сценарії і переконання, що лежать в їх основі, формуються частіше у дитячому віці і, як правило, особливо не усвідомлюються [6].

Сценарій переможця - життєва програма індивіда, у переконаннях якого відбиті упевненість у своїх силах і можливостях, позитивне ставлення до оточуючих, у зв'язку з чим він частіше досягає успіхів як в особистому, так і в професійному житті.

Сценарій непереможця включає ряд дисфункціональних переконань і уявлень, які роблять життя людини складним, але баланс поразок і перемог залежить від того, як вона долає власні неконструктивні переконання і погляди.

Сценарій переможеного ґрунтується на комплексі переконань, що приводять до неконструктивних і нерідко деструктивних результатів. «Невдаха» керується переконаннями, які ведуть до програшів, неадекватного вибору цілей, непродуктивних способів їх вирішення.

Переконання, що впливають на успішність взаємодії. У процесі формування особи в її системі ставлення до себе і оточуючих виникають стійкі переконання, що визначають стратегію і тактику поведінки, успішність або неуспішність дій. У трансактному аналізі виділяють чотири основні концептуальні установки, що стосуються ставлення до оточуючих і власної особи, які виражаються словами «о'кей або «не о'кей»».

Позиція «Я - о'кей, ТИ - не о'кей» ґрунтується на спотворених концептуальних установках стосовно власної особи. Людина з цією позицією вважає, що вона краща, має виняткові здібності і можливості порівняно з іншими і тому заслуговує на більш привілейоване положення.

Частіше ця непродуктивна позиція викликана прагненням особи до захисної тенденції щодо подолання наявних комплексів власної неповноцінності і піднесення над іншими шляхом приниження, демонстрації зневажливого ставлення до інших людей, приписування їм негативних якостей.

У системі переконань таких людей закладені суперечності, їх судження і оцінки нерідко побудовані на логічних помилках («вони примітивні і малоосвічені і навіть мізинця мого не варті», «я не став багатим, не займаю високих постів, зате живу чесно і на відміну від них - порядна людина», «я досяг всього сам, а вони - за допомогою грошей і хитрощів»). Ворожість і підозрілість інколи виражаються відомою формулою «хто не з нами, той проти нас». У цьому разі комплекс суперечливих переконань і поглядів особистості, що нагадує зовні за певних обставин сценарій переможця, може легко трансформуватися у сценарій невдахи.

Позиція «Я - о'кей, ТИ - о'кей» свідчить про домінування у системі поглядів і переконань особи таких оцінок, як: «Я хороша (порядна, здібна, розумна, успішна, відпові-

дальна, дисциплінована) людина і люди, яких я знаю, такі ж, тому вони заслуговують на пошану і на довіру». Така концептуальна позиція особи підштовхує до співпраці, доброзичливості, відвертості у спілкуванні, прагнення зрозуміти інших і формування адаптивних, раціональних форм поведінки.

Позиція «Я - не о'кей, ТИ - о'кей» ґрунтується на сформованих у індивіда комплексах, в основі яких лежать переконання про власну непривабливість, слабкість, нездатність до продуктивних і рішучих дій. Самооцінка таких людей побудована на спотвореннях мислення, що зачіпають різні сторони власної особи: зовнішності, інтелектуальних здібностей, можливостей, сили волі та ін. Вважаючи себе «нижче» за інших, людина з подібною позицією уникатиме труднощів і неприємностей, які часто виникають при вирішенні фундаментальних цілей. Тим самим згідно з трансактним аналізом вона реалізовуватиме банальний або навіть програшний сценарій свого життя.

Позиція «Я - не о'кей, ТИ - не о'кей» - найпрограшніша сценарна позиція, що ґрунтується на переконаннях самоприниження, знецінення власної особи і спотворених уявленнях про оточуючих. Індивід вважає себе за нерозумну, безвільну, нічим не примітну людину, і при цьому знецінює оточуючих, приписуючи їм моральним, інтелектуальним, діловим якостям негативні характеристики («люди - звірі і їм не можна довіряти», вони «підлі, задрісні і підступні»). Характерна упевненість у поганих схильностях і намірах своїх знайомих: «Всі п'ють», «Всі люди – злодії», «Життя у шлюбі - справжній кошмар» і т. д. Типові, що виражаються у категоричній формі «програшні», такі, що часто призводять до дезадаптації, варіанти переконань: «мене ніхто не розуміє»; «все проти мене»; «немає справедливості»; «я нікому не потрібний»; «далі буде ще гірше»; «мені не винести цієї ганьби»; «ніколи не повер-

нути того, що було»; «все втрачено»; «я не можу цього ви-нести» та ін.

Центральним у підході *теорії особистісних кон-структів Дж. Келлі*, що намагається об'єднати уявлення про взаємозв'язок особи і мислення, є поняття особистісно-го конструкта - ідеї про те, що людина *конструює* (інтерп-ретує) події на основі власного досвіду і одержаних знань. Конструкт, якщо виразити це поняття в узагальненій фор-мі, - це патерн, шаблон мислення, що базується на погля-дах, позиціях, переконаннях особи, за допомогою якого вона прагне вирішувати власні життєві проблеми, надає їм сенсу, підстроюється до світу. Згідно з цією теорією наповнені сенсом конструкти охоплюють швидше майбутнє, ніж каталогізують минуле, зв'язують минуле і майбутнє і, таким чином, створюють відчуття тимчасового континуу-му. У зв'язку з цим одне з основних завдань психології Келлі бачить у вивченні того, як люди конструюють влас-ний світ і уявлення про самих себе. Нижче наведені основні поняття і постулати теорії особистісних конструктів [57, 63].

Конструктивний альтернативізм. Згідно з цим положенням жодна точка зору або інтерпретація подій не є єдино правильною, оскільки ніхто не має доступу до іс-тини, не сконструювавши її якимось чином. Ідея констру-ктивного альтернативізму підкреслює, що індивід більш-менш успішно пов'язаний з оточуючими через свої кон-структи і тому: 1) інтерпретації повинні підлягати перегля-ду, а при оцінці будь-яких точок зору потрібні обереж-ність і неупередженість; 2) індивід для конструювання свого життя володіє необмеженим вибором способів, які можуть забезпечити його зміну і зростання.

Фундаментальний постулат відзначає, що поведін-ка людини визначається тим, як вона прогнозує майбу-тні події. Келлі порівнює людину з дослідником і вважає,

що люди спрямовують свої психічні процеси до передбачення майбутнього, використовуючи для цього різноманітні конструкти. Індивід намагається пояснити дійсність, щоб навчитися передбачати події, які впливають на його життя, дивиться на сьогодні так, щоб передбачати майбутнє за допомогою унікальної системи своїх особистісних конструктів.

Для розроблення теорії особистісних конструктів Дж. Келлі запропонував ще одинадцять висновків, які випливають з основного постулату. Нижче коротко будуть розглянуті окремі з них.

Організація і властивості конструктів. Згідно з теорією люди організують свої особистісні конструкти ієрархічно, щоб звести до мінімуму несумісність і невідповідність своїх позицій, і тому відрізняються один від одного тим, як організують свої конструкти. У структурі конструктів, яку можна представити як якусь піраміду, одні з них знаходяться або в позиції, що підпорядковує, або у підрядній щодо інших частин системи індивідуальних особистісних конструктів. Конструкт, що *підпорядковує*, вміщує інші конструкти, а *підрядний* вміщений в інший (що підпорядковує) конструкт. Келлі вважав, що ієрархічні співвідношення конструктів не слід розуміти як інертні і завершені, тому цілком допустимою може бути ситуація, коли два конструкти можуть помінятися місцями: підрядний може стати підлеглим і навпаки.

Конструкти мають *фокус* (набір об'єктів, з яким він працює особливо добре) і *діапазон* застосовності, який дещо більше і в якому він може працювати досить добре, мають такі властивості, як проникність або непроникність.

Проникний конструкт допускає у свій діапазон застосовності елементи, які ще не витлумачені у межах його границь, і робить їх відкритими для пояснення нових явищ.

Непроникний конструкт залишається закритим для інтерпретації нового досвіду і створює умови для тенденційності суджень. Проникність конструктів визначає здатність особи асимілювати новий досвід у межах їх застосовності. Чим проникніші (відкриті) конструкти, що підпорядковують, тим більше можливостей зміни усередині структур, до яких вони належать.

Система конструктів особистості побудована за *дихотомічним принципом*, тобто передбачається, що в конструкті міститься інформація про альтернативні характеристики подій і фактів, які людина розрізняє, стикаючись з ними. Конструкти, таким чином, відіграють роль показників при розмежуванні, ідентифікації, розумінні й очікуванні подій.

Висновок про індивідуальність ґрунтується на тому, що люди відрізняються одне від одного тим, як вони інтерпретують події і факти. На думку Келлі, дві людини, які мають навіть схожі погляди, виходячи з унікальності системи їх особистісних конструктів, можуть інтерпретувати події по-різному. Прикладами незбігання поглядів та інтерпретації подій можуть служити різні оцінки спостережуваних фактів, ситуацій, подій у людей, які мають різний соціальний статус, живуть у різних економічних умовах, належать до різних поколінь та ін.

Вибір. Людина, яка стоїть перед вибором, здійснює його на основі тих конструктів, які з більшою імовірністю розширюють розуміння ситуації. При зіткненні з дихотомією конструктів особа орієнтується на ту альтернативну форму поведінки, яка, на її думку, може сприяти розширенню більшої визначеності системи особистісних конструктів. Люди можуть змінити події, що відбуваються навколо них, тільки після того, як змінять себе, тобто перетворять власні конструкти.

Цикл О-В-І. У новій або невизначеній ситуації особа послідовно реалізує таку когнітивно-поведінкову модель: орієнтування, вибір, виконання.

У *фазі орієнтування* індивід розглядає виниклі питання з різних боків і використовує різні можливості або, іншими словами, ті або інші конструкти інтерпретації даної ситуації для її вирішення.

Фаза вибору настає тоді, коли людина обмежує кількість альтернативних гіпотез (конструктів) і вирішує, які з них доречно використовувати.

Фаза виконання супроводжується спрямованістю особи на виконання дій для реалізації вибору. Келлі відзначав, що при утрудненні вибору індивід може пройти через ряд циклів О-В-І, перш ніж вирішить, які конструкти потрібно використовувати для інтерпретації ситуації.

Висновок про досвід. Згідно з даною теорією конструктна система індивіда змінюється відповідно до ефективності інтерпретації подій, що повторюються. Набір гіпотез (конструктів) в умовах явищ і фактів, що постійно змінюються, перевіряється досвідом. Зворотний зв'язок, який дозволяє робити висновок про ефективність гіпотез, що допомагають прогнозувати майбутнє, приводить до зміни конструктів. Останні, у свою чергу, використовуються як нові гіпотези, і ті з них, які є корисними, зберігаються, інші переглядаються або викидаються. Таким чином, людина не здатна накопичувати досвід тоді, коли у процесі інтерпретації нових подій, зіткненні з незвичайними явищами і фактами користуються старими, непроникними конструктами.

Всередині конструктної системи кожної людини є *центральна структура*, за допомогою якої вона виражає свої основоположні погляди, починає розуміти найбільш фундаментальні положення про навколошній світ і самого себе. Ця структура містить у собі когніти-

вні елементи, які дозволяють індивіду прогнозувати та контролювати важливі аспекти спілкування з іншими людьми і соціальними групами, що названі Келлі *центральною роллю*. Це означає, що людина у процесі соціалізації реалізує свою поведінку відповідно до тих конструктів, з якими себе ідентифікує. Виходячи з ідеї центральної ролі у теорії особистісних конструктів, цікавим є розуміння почуття провини. Почуття провини розглядається як результат відхилення від центральної ролі, як наслідок порушення відчуття ідентичності особистості, що склалося.

2.2 Мислення і самосвідомість

Мислити - означає говорити з самим собою... чути себе самого.

Іммануїл Кант

Мислення взаємозв'язане зі свідомістю і самосвідомістю - складно організованою інтегрованою психофізіологічною системою, що забезпечує успішність структуризації особою зовнішнього і внутрішнього світу, реалізацію функцій пізнання, планування, контролю, які визначають різні боки віддзеркалення дійсності і власної особи. Основними умовами успішності перебігу когнітивних процесів є інтегрованість і активність таких універсальних механізмів свідомості і самосвідомості, як рефлексія, емпатія, антиципація, саморегуляція, самоконтроль, які у структурі мислення і його динаміці відіграють домінуючу роль у забезпеченні процесів самопізнання, пізнання інших людей, передбачення майбутнього, планування своїх вчинків і дій [25,44, 45].

Рефлексія - це процес фіксації у свідомості свого внутрішнього світу (думок, відчуттів, змісту мотиваційної

діяльності), «система стеження» за своїми внутрішніми станами, «мислення про мислення».

Рефлексія є обов'язковою умовою розвитку і диференціації інших функцій самосвідомості, реалізації процесів самопізнання і, як наслідок цього, - формування «Я». Завдяки рефлексії актуалізуються процеси самодослідження, внутрішнього діалогу, самоаналізу, контролю над власними думками, почуттями, внутрішніми станами і поведінкою у цілому, що полегшує процес аутокомунікації. Таким чином, рефлексію можна вважати за обов'язкову умову активності не лише мислення, але й інших психічних функцій, таких як контроль і самоконтроль [65;66].

Складність вивчення рефлексії полягає у тому, що більшість дослідників розглядають її як вектор («інформаційний канал»), що поєднує свідомість і внутрішній світ особи. Таку форму рефлексії можна назвати інтрорефлексією. Проте рефлексія - це також здатність особи фіксувати у свідомості психічні процеси, думки, почуття інших людей, відображати їх відношення до себе і оточуючих. Відповідно цю форму рефлексії логічно визначити як екстрарефлексію. Таким чином, рефлексія - це універсальний механізм, що дозволяє фіксувати у свідомості різні прояви не лише внутрішнього, але й зовнішнього світу. У зв'язку з цим ділянками (зонами) фіксації свідомості можуть бути продукти власної свідомості і підсвідомості, світ «Я», а також психічна діяльність інших людей, їх думки, почуття, стосунки, цілі, мотиви, особистісні і фізичні якості, цінності та ін.

Рефлексія, як і інші психічні процеси, має свої якісні і кількісні характеристики (динамічні, енергетичні, синергетичні, що визначають рухливість, інтенсивність, інтегрованість участі векторів свідомості у

психічній діяльності). Нижче наведений короткий опис деяких характеристик рефлексії.

Рухливість визначає швидкість усвідомлення особою чужих і власних думок, почуттів, відчуттів, здатність до легкого переходу спостереження за динамікою зовнішнього і внутрішнього світу, що полегшує перебіг процесів пізнання і самопізнання, контролю і самоконтролю.

Інертність виражається у схильності індивіда до тривалої мимовільної фіксації на ізольованих продуктах психічної діяльності (почуттях, ідеях, відчуттях, уявленнях, переживаннях, пов'язаних з комплексами, та ін.), труднощах переключення з одних асоціацій на інші, утрудненні перебігу процесів пізнання і контролю.

Гіперрефлексія - процес інтенсивної мимовільної фіксації індивіда на ідеях і емоційних станах часто негативного змісту, які переживає або сам суб'єкт, або хтось інший; постійна присутність у свідомості образів або думок, що відображають ставлення до когось або чогось, зокрема, інших людей - до суб'єкта. У патології гіперрефлексія є одним з компонентів патогенезу obsesивних, іпохондричних станів, деяких форм марення.

Гіпорефлексія супроводжується ослабленням процесу усвідомлення особою власних і чужих думок, почуттів, незрілістю інтуїтивного мислення. Індивід втрачає здатність диференційовано описувати власні почуття, проблеми, усвідомлювати переживання внутрішніх конфліктів і комплексів, фіксувати власні помилки і недоліки. Слабий діалог із собою веде до недостатнього диференціювання «Я», труднощів усвідомлення мотивів власної поведінки, слабкої здатності до самоаналізу і самопізнання в цілому, що перешкоджає накопиченню адекватного внутрішнього досвіду особи. У зв'язку з цим самооцінка людини, у якій відзначається слабкість інтрорефлексивного вектора,

залежить в основному від інформації про себе, що отримується ззовні.

Гіпорексія лежить в основі патогенезу багатьох психопатологічних феноменів (розладів мислення, особистісних порушень), а також є основною умовою виникнення стійкого або короточасного алекситимічного стану, який вважається одним з обов'язкових механізмів виникнення психосоматичної і невротичної патології.

За ступенем інтегрованості процеси рефлексій можуть проходити *синергічно* і *диссинергічно*. У першому варіанті між екстра - та інтрарефлексією існує прямий кореляційний зв'язок, тобто ослаблення одного з векторів свідомості призводить до ослаблення іншого і, навпаки, посилення одного вектора стимулює активність іншого в організації психічних процесів. Посилення процесів самопізнання і самоаналізу підвищує ефективність пізнавальної діяльності особи, зовнішніх обставин, ситуацій, поведінки оточуючих. У інших випадках між векторами свідомості існує зворотний кореляційний зв'язок. Посилення одного процесу послаблює активність іншого і навпаки, що призводить до диспропорції між самосприйняттям (самопізнанням, самоконтролем) і сприйняттям, а також здатністю контролювати поведінку оточуючих і динаміку зовнішніх ситуацій.

Емпатія як здатність особистості до когнітивно-емоційного резонування, розуміння, співпереживання і співчуття іншим людям є однією з умов ефективного пізнання оточуючих і здатності до адекватної взаємодії з ними. При емпатії вектор свідомості спрямований на зовнішній світ, що дозволяє індивідові фіксувати думки, переживання, почуття, переконання, мотиви поведінки, особистісні якості іншої людини.

Людям з високим рівнем емпатії властиві адекватні реакції на переживання інших людей, здатність легко

проникати в їх внутрішній світ, тонке відчуття проблем, бажань, розуміння чужих думок. У спілкуванні вони проявляють делікатність, тактовність, чуйність, прагнуть уникати ситуацій, які могли б образити і принизити співрозмовника. Їм властиві толерантне ставлення до слабкостей інших людей і вміння їх прощати. Наявність високого рівня емпатії є свідченням сформованих у особи переконань, що відображають позитивне ставлення до людей і зрілості таких моральних почуттів, як жалість, співчуття і милосердя.

Середній рівень емпатії виявляється у нестійкій здатності розуміти настрій, почуття, переживання інших людей. Людина із середнім рівнем емпатії у спілкуванні з іншими більшою мірою звертає увагу на зміст словесних повідомлень співрозмовника, ніж на їх емоційний підтекст. Інколи вона може проявити нетактовність, образити інших людей, але пізніше усвідомлює свою помилку і досить глибоко переживає такі ситуації. Для людини із середнім рівнем емпатії властиві труднощі прогнозування своїх стосунків з оточуючими і того, як вона сприймається іншими людьми.

У індивіда з *низьким рівнем емпатії* відмічається слабка здатність до співпереживання і співчуття, що виражається у байдужості до проблем, труднощів, дискомфортичних переживань, які виникають у близьких або друзів. Ображаючи інших, він рідко переживає відчуття сорому або провини, може бути жорстоким, безжалісним і не розуміти цього. Він рідко вступає у теплі емоційні стосунки з оточуючими. Властиві таким людям егоїзм і черствість є основними джерелами їх егоїстичного мислення і неетичних вчинків.

Дослідження здатності до емпатії у підлітків і дорослих людей показали, що емпатичні здатності, з одного боку, є статичною характеристикою особистості, з іншого

- залежать від виникаючих емоційних асоціацій і ставлення до об'єкта (емоційної близькості, прихильності до нього, залежності від нього). Байдуже або вороже ставлення до об'єкта зменшує інтенсивність емпатії, що, у свою чергу, призводить до спотворення суджень і оцінок суб'єкта про наміри, вчинки, погляди інших людей [3].

Антиципація (від лат. *anticipatio* - передбачаю) - футурологічне мислення, його прогностична функція, що визначає здатність людини передбачати результати своєї або чужої поведінки, моделювати хід розвитку подій у найближчому або віддаленому майбутньому і на основі цього визначати шляхи досягнення цілей до того, як вони будуть вирішені. Як писав австрійський філософ і логік Людвіг Вігенштейн: «Ми можемо передбачати тільки те, що конструємо самі».

Цілі як уявлення майбутніх результатів у свідомості індивіда існують у формі образів і нечітких словесних описів, мають різний ступінь зрозумілості й усвідомленості, залежать від оцінки суб'єктом їх значущості і досяжності. У зв'язку з цим процес прогнозування може розгортатися або скорочуватися залежно від того, яку роль плановані результати відіграватимуть для особи у майбутньому, в якому ступені їх зміни збігаються з метою і наскільки успішно або неуспішно здійснюється цей процес.

Прогнозування, що на перших етапах ґрунтується переважно на образному та інтуїтивному мисленні, дозволяє передбачати результат своєї майбутньої діяльності, розвитку суспільних подій, формування особистих стосунків та ін. «Заглядаючи» у майбутнє, індивід може змінити тактику і стратегію приймання рішень, зробити доцільний вибір тих чи інших засобів реалізації мети, коректувати свою діяльність для можливості її здійснення або відмовитися від обраної мети. Таким чином, анти-

ципацію можна розглядати як своєрідну форму «зворотного зв'язку» розумового процесу, уявлену у свідомості індивіда на тимчасовій осі «майбутнє - сьогодні - майбутнє». Тільки уявляючи майбутнє у формі різних цілей, можна змінювати і коректувати способи їх вирішення у сьогодні.

Інтеграція когнітивного і ціннісного компонентів свідомості і самосвідомості можлива за умови участі механізмів саморегуляції, які забезпечують системну організацію психічних процесів і функцій, що дозволяють особі співвідносити власні дії з нормативними установками і соціальними імперативами. Саморегуляція включає здатність особистості до планування (розроблення плану дій і вибирання засобів їх досягнення), зіставлення, порівняння результатів планованих і поточних дій з первинною метою, свідомого контролю реалізації плану, його коректування, подолання перешкод залежно від труднощів, які стоять на шляху до досягнення мети.

Основним компонентом саморегуляції є **самоконтроль** - довільна функція, яка дає особі можливість свідомо керувати своїми психічними, фізичними станами і поведінкою у цілому, активізувати волю, прогностичну функцію мислення, здійснювати внутрішній діалог із собою. Активність самоконтролю посилюється при розузгодженні діяльності особи з її внутрішніми імперативами (переконаннями, відчуттями), тобто тоді, коли необхідно зробити особистісний вибір [20]. Зв'язок тактичних форм самоконтролю з мисленням часто виявляється у формі діалогу особи з собою і подальшої *самокорекції*, варіанти якої подані нижче.

Самозаборона - табуовальні команди, адресовані самому собі («Не можна..., стоп..., відійди від..., кинь..., я не маю на це має права..., не можу цього зробити...»).

Самохвалення (самопохвала) - віддзеркалення гордості за себе, натхнення зробленим («Молодець..., ай да Пушкін..., розумниця..., о'кей..., так тримати...»).

Самопокарання - реакція на відхилення поведінки від необхідних стандартів, норм, внутрішніх цінностей у формі самокритики, самоосуду («Який я долдон (дурень)..., тварюка..., який я покидьок..., ой, як соромно..., я ненормальний...»). В основі самопокарання лежать моральні відчуття сорому, провини, розкаяння.

Самонаказ (самостимуляція, самоіронія) - «Треба!..., зроби це..., не роби цього..., вперед..., не бійся..., це мій борг..., все, я готовий..., бувають же такі люди (про себе)..., я не боягуз, але я боюся...»).

Самодозвіл - «Хай буде так..., я не проти..., нарешті я можу собі це дозволити..., багато людей зробило б так само..., це воля Аллаха...»).

Самовиправдання - реакція на ситуацію, коли здійснювані або здійснені дії або вчинки відхиляються від моральних вимог, але власної провини у цьому людина не відчуває («Я не хотів..., не подумав..., це сталося випадково..., у мене немає (не було) вибору..., інші на моєму місці зробили б те ж саме...»).

Самоконтроль - початковий і довільний етап адаптації, що вимагає свідомих і вольових зусиль. Для цього індивід часто використовує словесні форми самовпливу або автоматично реагує на неприємні ситуації комплексом цілеспрямованих поведінкових реакцій і тим самим усуває дискомфорт, що виникає, і напруження у тих чи інших функціональних системах. Самоконтроль здійснюється на психологічному і біологічному рівнях і є буфером між дезадаптувальними ситуаціями і тенденцією особистості до збереження стабільного функціонування. Проте внутрішні суперечності і конфлікти особи примушують ужити іншої адаптивної тактики - реагування за допомогою захисних

психологічних механізмів, які актуалізуються тоді, коли самоконтроль не виконує свої пристосовні функції.

Механізми психологічного захисту - це численні не усвідомлювані, різні за формою і змістом адаптивні комплекси, основною функцією яких є усунення тривоги, відчуття загрози для «Я» і внутрішнього світу внаслідок виниклих зовнішніх або внутрішніх перешкод під час реалізації базових потреб особистості [26].

Проблема психологічного захисту відображена у великій кількості праць, має цікаву історію, представлена у рамках різних концепцій і до цього часу продовжує розвиватися і привертати увагу дослідників. Щоб не повторюватися і не порушувати структуру нашої публікації, коротко висловимо власні погляди з приводу деяких аспектів цього складного питання.

Психологічний захист - це багаторівневе системне утворення, що забезпечує адаптацію особистості до зовнішніх і внутрішніх стимулів негативного змісту. Основною мішенню для ситуацій, здатних дезадаптувати особистість, є «Я» - продукт діяльності самосвідомості і самопізнання, що містить: результати самоаналізу, самооцінку; систему цінностей і ставлення до власної особи; інтеріоризовані стандарти, соціальні норми, ціннісні футурологічні орієнтири у формі ідеалів; індивідуальні комплекси і систему психологічних заборон (табу), які у різних співвідношеннях наявні у сприйнятті свого фізичного, психологічного і соціального «Я». Спотворення у структурі «Я», коли самоконтроль стає неефективним, приводять до автоматичної актуалізації адаптаційних комплексів у формі захисних і компенсаторних механізмів.

Активність психологічної адаптації реалізується на двох основних рівнях: стратегічно-цільовому і операційно-тактичному. На *стратегічно-цільовому рівні* відбувається вибір стратегії адаптації - захист або компенса-

ція, або і те й інше у певній пропорції. *Операціональний рівень* забезпечує тактику адаптації у формі конкретних механізмів захисту і компенсації, опорою яких є активні властивості особи, функціональний стан її парapersональної сфери, до якої відносять сприйняття, пам'ять, уяву, мислення, емоційну сферу і поведінку в цілому. Багато з відомих механізмів психологічного захисту ґрунтується на функціональних можливостях кожної з цих сфер. Наприклад, на перцептивному рівні «спрацьовують» такі механізми, як витіснення, перцептивний захист, на емоційному - розряджаючі і маніпуляційні механізми, рівень уяви представлений захисно-компенсаторними мареннями, сновидіннями, у патології - міфоманією, символікою органів. Поведінковий рівень адаптації виражається у широкому спектрі короткочасних і довгострокових поведінкових актів і дій, якими особа оберігає себе від деструктивних переживань. До них можна віднести фуґи і реакцію «уявної смерті», механізми інґраціяції (втирання у довіру) у формі позитивної і негативної самодемонстрації, конформності, підняття цінності партнера, демонстративно-шантажного суїциду, розряджаючих дій, експресивної «мімікрії» (різноманітні експресивні маски, що дозволяють «зберегти» лице), реакцій відходу і захисної аутизації. До поведінкових форм патологічної адаптації можна віднести такі форми соціальної поведінки, як паразитизм і утриманство, поширені захворювання - алкоголізм, наркоманія та ін.

Когнітивний рівень адаптації ґрунтується на маніпулюванні інформацією та зміні змістових аспектів власних вчинків, рішень і дій. Адаптація на когнітивному рівні дозволяє тимчасово гармонізувати самооцінку, виправдати власну інтелектуальну неадекватність чи неспроможність, пояснити вибір невиправданих, нераціональних цілей і засобів їх досягнення. Інформаційна невідповідність між вчинками і тим, якими мотивами вони продиктовані, може

усуватися за допомогою таких когнітивних прийомів: *знецінювання* джерела інформації; *сумнівів* в істинності інформації; *вибірчого підбору* відповідної інформації; *гіперболізації*, коли перебільшуються сили супротивника або підкреслюється складність вирішуваного завдання, щоб виправдати свою слабкість і нездатність досягти успіху; *ізоляції*, яка виражається у віторгненні фруструвальної інформації, що стосується «Я» або значущих осіб.

Когнітивні механізми захисту беруть участь у процесі *ідеалізації* – тенденційному підборі інформації про партнера по спілкуванню (колегу, знайомого, родича), що що гіперболізує його позитивні якості для того, щоб підвищити відповідальність своїх дій або підкреслити, яка прекрасна, достойна, розумна, красива, важлива людина поруч тебе. І у тому, и у іншому випадках суб'єктивно самооцінка індивіда може тимчасово гармонізуватися або підвищуватися. Когнітивний рівень захисту може бути представлений *механізмом інтелектуалізації*. Нейтралізація загрозливої чи фруструвальної інформації здійснюється у формі абстрактних міркувань або уявлень, зайвого теоретизування, роздумування, що дозволяють індивіду у таких випадках відсторонитися від хворобливих переживань і необхідності змінювати свою поведінку [31].

Достатньо вивченими механізмами психологічного захисту когнітивного (розумового) рівня є раціоналізація і проекція, описані нижче.

Раціоналізація є одним із захисних механізмів повсякденного життя, що часто зустрічається. Її функція виражається у тому, що особа для нейтралізації фруструвальних переживань використовує помилкову аргументацію у формі зовнішніх логічних суджень, оцінок, висновків. Захисна аргументація виникає мимоволі, слабо усвідомлюється особою, тому індивід, як правило, переконаний, що він викладає факти правильно. У своїх оцінках і раці-

оналізаціях, особливо при використанні механізму знецінення, часто застосовуються моральні і соціально схвалювані аргументи. При цьому дійсний зміст фрустрації або внутрішнього конфлікту не усвідомлюється. Людина, таким чином, мимоволі обманює не лише інших, але й себе. Помилкова аргументація, виражена у дискредитуючих оцінках чийось якостей, здібностей, цінності цілей, предметів, успіхів, яких вона не може досягти, призводить до спотвореного сприйняття якихось аспектів дійсності.

Раціоналізація виникає у ситуаціях невдачі, власній неспроможності або безпорадності, при виникненні відчуття заздрості до успіхів інших людей. Людина охоче раціоналізує своє вороже ставлення до когось, виправдовуючи його тим, що той, «інший», на нього заслуговує.

Основними мотивами, що спонукають особу до раціоналізації, а також її основними формами є дискредитація і самовиправдання. У першому випадку людина підсвідомо знецінює значущість предметів, цілей, які у даний момент не доступні для досягнення. *Знецінювання* шляхом приписування негативних якостей і характеристик, гіперболізування наявних слабкостей і недоліків здійснюється стосовно тих осіб, чиї успіхи, можливості, надбання викликають почуття заздрості. *Самовиправдання* - захисна аргументація, за допомогою якої індивід намагається надати розумної форми власним діям, намірам, вчинкам, що відхиляються від соціально прийнятих і моральних норм. І у тому, і в іншому випадках у людини тимчасово зберігається ілюзорне відчуття самоповаги і власної цінності.

Проекція (у буквальному перекладі - «відкидати вперед») була описана в одній з ранніх праць З. Фрейда, присвяченій параної, і представлена як частковий механізм психологічного захисту. Було виявлено, що хворі з цією формою патології часто приписують оточуючим те,

чого не хочуть бачити у собі. Пізніше фобії (нав'язливі страхи) Фрейд почав також розглядати як проекцію потягів, які індивід відчуває у формі якоїсь небезпеки і, переносячи свій страх зовні, не усвідомлює його внутрішнє джерело. Цей самий механізм був описаний при «проективних» ревнощах, які розглядаються як стан, викликаний захистом від бажань власної невірності. Приписуючи їх своєму чоловікові або дружині, людина переключає увагу з власного несвідомого на інший об'єкт і таким чином захищає себе від самодокору або мук совісті. До цієї ж групи психічних станів були віднесені сновидіння і галюцинації, які розглядаються як результат проекції нереалізованих людиною бажань [22,42].

На думку психоаналітиків, проекція і перенесення (трансфер) мають загальні особливості, оскільки у тому і в іншому випадках наголошується переміщення якогось психічного змісту від суб'єкта до об'єкта, у разі перенесення - це можуть бути фрагменти об'єктних відношень, при проекції - характеристики «Я». Р. Грінсон, відомий американський аналітик, пише: «Перенесення є переживанням почуттів, спонукань, стосунків, фантазій і захистів стосовно особи у сьогоденні, яка не є відповідною для цього, але це є повторення реакцій, утворених щодо значущих фігур дитинства, несвідомо переміщених на особи у сьогоденні»

Таким чином, завдяки психоаналізу уявлення про участь проекції у психічному житті людей, в основному у патології, розширювалися. Незважаючи на це, Фрейд неодноразово підкреслював «нормальність» проективного механізму, вважаючи, що його потрібно розглядати ширше, оскільки бачив його прояви у таких культурних феноменах, як міфи, казки, забобони, марновірства і в усьому тому, що можна віднести до продуктів містичного та релігійного мислення.

З контрастом із поняттям «проекція» учень і соратник Фрейда Ш. Ференці у своїй праці «Інтроспекція і трансфер», написаною у 1909 році, запропонував термін «інтроекція», під яким розумів перехід властивостей і якостей об'єктів, що виникає у процесі фантазування, «всередину» суб'єкта. На думку Ференці, цей механізм частіше трапляється у невротиків, які схильні якусь частину зовнішнього світу, властивості, ідеї, почуття значущих людей включати в образ «Я» і перетворювати їх на об'єкт несвідомого фантазування.

Незважаючи на спірність деяких поглядів, що стосуються природи проекції, потрібно виділити основні складові цього механізму: 1) індивід приписує іншим людям інформацію про власні погляди, переконання, риси характеру, стосунки, які підсвідомо оцінюються ним як негативні або викликають презирство до себе; 2) проекція, як і інші захисні механізми, реалізується на підсвідомому рівні, у зв'язку з чим індивід переконаний у своїх помилкових, часто неадекватних поглядах, приписуючи продукти власної розумової діяльності і свої відчуття оточуючим; 3) проекція створює умови для актуалізації такого захисного механізму, як раціоналізація, що дозволяє індивідові «аргументовано» виправдовувати власну ворожість або агресивність стосовно інших людей, оскільки «вони на це заслуговують»; 4) зміст проекції включає не лише результати розумової діяльності людини (погляди, судження, переконання, оцінки), але й почуття, а також стосунки між нею і «значущими іншими»; 5) джерела проекції, психологічний зміст, яким маніпулює свідомість, можуть знаходитися як усередині «Я», будучи складовою частиною особистості (*аутогенна проекція*), так і в навколишньому світі, зміст якого визначається особистісними якостями, стандартами поведінки, уявленнями про ідеали, тими або іншими переконаннями, властивими

окремим людям, або прикладами, що існують у суспільній свідомості (*гетерогенна проекція*).

Процес приписування («склеювання») якогось психологічного змісту може здійснюватися від суб'єкта до суб'єкта (людина сама наділяє себе якимись якостями, «надягає» на себе той або інший «мундир»), тоді цей механізм можна назвати *інтропроекцією*. Проте вектор проекції може мати й інший напрям: від себе до інших, що традиційно і розуміють під цим поняттям. Такий вид проекції краще назвати *екстрапроекцією*. Потрібно також підкреслити, що проекція - це вектор свідомості, що забезпечує зв'язок між особою та мисленням і визначає напрям, орієнтування, насиченість мислення тим змістом, від якого індивід хотів би позбавитися як у себе, так і у інших людей.



Розділ III

Розлади мислення

Хвороби думки згубніші і трапляються частіше, ніж хвороби тіла.

Порушення мислення у тих чи інших формах завжди виникають при психічних розладах і захворюваннях. Індивід, у якого відмічаються розлади мислення, тією чи іншою мірою неправильно оцінює значення і зміст вчинків інших людей, обставин, випадкових і нейтральних за змістом фактів. Порушення мислення позбавляють людину можливості адекватно ставитися до власних висловлювань і вчинків, психічного і фізичного здоров'я, призводять до приписування намірам і діям оточуючих або своїм власним того, що не відповідає дійсності. Розлади мислення часто лежать в основі спотвореного самосприйняття і самооцінки, помилкових поглядів, концепцій, вчинків і дій, що суперечать логіці, це робить їх непослідовними і нецілеспрямованими.

Питання вивчення порушень розумової діяльності вирішуються в основному у рамках таких наук, як психіатрія, патопсихологія і клінічна нейропсихологія (нейропсихіатрія). Кожна з них має у своєму розпорядженні свою методологію, наукову базу і методи дослідження. Психіатрія вивчає мислення за допомогою клініко-психопатологічного методу, патопсихологія розглядає загальні закономірності дезорганізації пізнавальної діяльності з використанням психологічних концепцій і методів дослідження, нейропсихологія вивчає розлади пізнавальних процесів у взаємозв'язку з локальними ураженнями структур головного мозку.

Погляди на природу розладів розумової діяльності до цього часу залишаються неоднозначними і навіть суперечливими. Підкреслюється розпливчастість дефініцій деяких видів порушення мислення, що дозволяє трактувати їх широко і нечітко. Одні автори відзначають, що багато розладів мислення є неспецифічними симптомами психічних

розладів, інші намагаються згрупувати порушення мислення у рамках окремих видів психічних розладів. Виділяють розлади мислення, які частіше спостерігаються у хворих з органічними ураженнями мозку, при психогенних психічних розладах, порушеннях свідомості та інших психотичних станах, зокрема шизофренії. Є спроби виділити специфічні симптоми розладів мислення при окремих формах психічних захворювань. Так, ще у 1938 році Н. Камероном був описаний *механізм надвключення*, який виражається у схильності хворих шизофренією під час вирішення завдань черпати надлишкову кількість інформації і використовувати її розширений обсяг (у формі властивостей, стосунків, гіпотез, зв'язків) у процесі мислення. Камерон зв'язував активність цього механізму з порушенням міжособистісних стосунків, тим самим підкреслюючи роль соціальної детермінації. Він вважав, що надвключаюче мислення викликане нездатністю пацієнта утримувати установки і протистояти емоційним стимулам. Механізм надвключення (зниження вибірковості мислення) лежить в основі спотворення процесу узагальнення, коли під час вирішення завдань або проблем, що виникають, у хворих відзначається стійка тенденція до використання другорядних, випадкових, латентних ознак. Дослідження деяких учених показали, що надвключаюче мислення може спостерігатися не лише у хворих шизофренією, але й у їх родичів, яких можна віднести до категорії клінічно здорових. У зв'язку з цим автори роблять висновок, що цей розлад є не результатом ендогенного захворювання, а впливом своєрідного генетично детермінованого пізнавального стилю мислення. З'ясовано також, що такий стиль мислення істотно не змінюється протягом хвороби і зберігається незалежно від ступеня проградієнтності захворювання [28, 40].

Можна умовно виділити три групи чинників, що лежать в основі порушень мислення: соціально-

середовищні, конституціонально-особистісні і біологічні. Проте відповіді на запитання, які ланки біологічних або психологічних механізмів при цьому беруть участь, буває досить складно. Наприклад, не зрозуміло, які біологічні чинники впливають на швидкість перебігу асоціативних процесів, чому при депресивних станах мислення хворих сповільнюється, а при маніакальних - прискорюється? У той самий час відомо, що адекватне призначення психотропних препаратів гармонізує ці процеси. Лікування нейрорептичними препаратами усуває грубі розлади мислення. Хворий, що перебуває у стадії загострення, може виявляти такі порушення, як тематичні зісковзування, резонерство, розірваність, і він же у своїх думках і висновках в період ремісії може бути логічним, послідовним і цілеспрямованим.

Патологія конституціонально-типологічних властивостей особистості також є однією з умов спотворення мислення. Наприклад, виражені тривожність і ригідність психічних процесів часто приводять до формування стійких неконструктивних і слабкоригованих переконань, які спотворюють оцінки спостережуваних фактів. Патологія процесів самосвідомості (при нервовій анорексії, булімії, депресивних станах та ін.), що виражається у деформації образу і концепції «Я», призводить до того, що мислення хворого заповнюється дисфункціональними переконаннями, що стосуються якихось сторін своєї особистості, фізичного і психічного «Я», оцінки перспективи майбутнього.

Містичні і релігійні уявлення про природу явищ, забобони, що існують у суспільстві, неконструктивні звичаї і ментальні установки, якими керується особа, також спотворюють процес встановлення причинно-наслідкових зв'язків.

Складним залишається підхід до систематики розладів мислення. Психіатри, ґрунтуючись на психопа-

тологічній феноменології, давно вже описали основні види порушень мислення і використовують критерії їх оцінки у своїй клінічній практиці. У патопсихології домінує систематика на основі рівневого підходу, запропонована Б.В.Зейгарник. Відповідно до позиції патопсихологів виділені розлади мислення операціонального рівня, динамічні розлади, порушення мислення, залежні від патології мотиваційних компонентів особи, пов'язані з порушеннями процесів саморегуляції.

У систематиці розладів мислення, наведеній і детально описаній нижче, використаний як клініко-феноменологічний, так і психологічний підхід. Порушення мислення розглядається залежно від патологічного посилення або ослаблення інших когнітивних функцій (активності сприйняття, уяви, уваги, швидкості і переключання асоціацій), а також складових особистості (емоційно-вольової і мотиваційної сфер, механізмів самосвідомості і самоконтролю, інтеріоризованих цінностей, орієнтації індивіда на критерії оцінки зовнішнього або внутрішнього світу).

Класифікація розладів мислення

	Групи	Форми порушень
--	-------	----------------

№ пор.	розладів	мислення
1	Розлади мислення на основі асоціативної дезінтеграції	<ul style="list-style-type: none"> *Тематичні зісковзування. *Різноплановість мислення. *Розірване мислення. *Шизофазія. *Шперунги. *Ментизм. *Інкогерентне мислення
2	Динамічні розлади мислення	<p><i>Порушення швидкості асоціативної діяльності</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Прискорене мислення. *Сповільнене мислення. <p><i>Розлади мислення унаслідок інертності психічних процесів</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Грунтовне мислення. *Стереотипне мислення. *Персевераторне мислення
3	Розлади мислення, спричинені спотвореннями мотиваційної сфери особистості	<ul style="list-style-type: none"> *Паралогічне мислення. *Резонерське мислення
4	Розлади мислення на фоні аутизації	<ul style="list-style-type: none"> *Аутистичне мислення. *Формальне мислення

5	Розлади унаслідок посилення образно-символічної функції мислення	*Патологічне фантазування. *Символопаралогічне мислення
6	Порушення мислення, зв'язані з ослабленням механізмів рефлексії, антиципації і емпатії	*Розлади критики
7	Поєднані («мікстові») форми порушень мислення	*Докладно – резонерське. *Сповільнено - ґрунтовне. *Докладно – паралогічне. *Паралогічно – резонерське. *Аутистично - формальне
8	Системні порушення суждень і висновків	*Нав'язливі думки. *Надцінні ідеї. *Маревні стани

3.1 Розлади мислення на основі асоціативної дезінтеграції

Розлад системи, при якому розгальмовуються репресивні механізми і виходять з-під інтеграційного контролю підпорядковані структури, є універсальним вираженням патології.

Г.Н. Крижановський

Інтегроване мислення - процес автоматичної і довільної узгодженості планованих особистістю кінцевої і проміжних цілей з процедурами вибирання засобів їх досягнення. Інтегроване мислення розвивається завдяки можливості передбачати результати діяльності, що реалізовується, контролювати їх відхилення від намічених цілей і коректувати свої дії і рішення. Злагоженість розумової діяльності обумовлена здатністю особи вступати в діалог із собою і з процесами свого внутрішнього світу, відчувати і розуміти стани, думки, наміри інших людей, співвідносити цілі і завдання із загальними і специфічними знаннями, здібностями і навичками, свідомо приймати рішення, мобілізувати себе на подолання труднощів і перешкод. Іншими словами, інтегроване мислення - результат активної і системної взаємодії розумових операцій з такими психічними функціями, як рефлексія, антиципація, воля, самоконтроль, інтелект і здібності. Дезінтегроване мислення - стан, в основі якого лежить нездатність хворого до послідовного і цілеспрямованого асоціювання. Внаслідок цього втрачається можливість утримувати цілі міркувань і довільно управляти своїми асоціаціями. У зв'язку з порушеннями асоціативних зв'язків між розумовими операціями, процесами рефлексії, антиципації і самоконтролю, ослабленням або відсутністю зворотного зв'язку між ними втрачається здатність хворого до відбору і виключення неправильних

рішень і оцінок, передбачення того, як вони оцінюються оточуючими.

Залежно від форм асоціативної дезінтеграції і механізмів, що лежать в їх основі, виділяють такі варіанти розладів мислення.

Розірваність мислення - розлад, що характеризується порушенням цілеспрямованості і зв'язності думок і висновків, коли втрачаються логічні зв'язки між реченнями або фразами. При цьому хворі зберігають здатність будувати речення граматично правильно. Їх мова, хоча і позбавлена змісту, зовні здається впорядкованою. Висловлювання хворих звучать у звичайному темпі. Відсутні ознаки порушення свідомості. Вони правильно орієнтуються в обстановці, місці, часі, оточенні, дотримують дистанцію, але через наявні розлади їх висловлювання незрозумілі і позбавлені смислу.

Фонетична сторона мови часто порушується, хворі нерідко вимовляють слова з неправильними наголосами, неадекватними інтонаціями, використовують неологізми. Розірваність мислення виявляється у безпосередній бесіді з лікарем або іншими людьми, може траплятися у формі монологу, коли хворий наодинці з собою або у присутності сторонніх говорить довго і безглуздо, не звертаючи уваги на реакції присутніх і не цікавлячись, чи слухають вони, чи розуміють те, про що він говорить. Поведінка хворих може бути впорядкованою, вони можуть виконувати навіть нескладні трудові операції.

Розірване мислення може виражатися у *формі мимомови - відповідей*, коли у хворих відмічається ігнорування змісту питання, але в їх висловленнях відсутні логічні зв'язки, а також тоді, коли вони відповідають фразою, що має деякий смисл, але відповідь не знаходиться у смисловій площині питання і звучить відірвано від нього.

Як легкий варіант розірваного мислення *тематичне зісковзування* виявляється у схильності хворого непомітно переходити з однієї теми міркувань і оцінок на іншу. В основі цього виду порушення лежить розпорошення логічної структури висловлювань і актуалізація латентних (слабих, випадкових) зв'язків між поняттями. Хворі втрачають здатність використовувати у своїх міркуваннях істотні ознаки, які залишаються на периферії їх свідомості.

Дисоціація мислення супроводжується збереженням граматичних структур, що відображається у диспропорції між зовні правильною мовою і непослідовністю висловлювань. Переходи від однієї думки до іншої стають логічно необґрунтованими, оскільки у хворих втрачається здатність враховувати тимчасові і просторові рамки подій, утримувати у пам'яті предмет розмови, відсутнє чітке уявлення про мету бесіди. Їх мислення охоплює ніби «все і вся».

Асоціативна дезінтеграція пізнавальної діяльності може виражатися також у формі *різноплановості мислення* - тенденції хворого при вирішенні завдань розглядати проблему одночасно у декількох площинах, в «різних руслах». Незважаючи на те, що кінцева мета розумових дій утримується у свідомості хворого, процеси порівняння, узагальнення, класифікації предметів (особливо при патопсихологічному дослідженні) ґрунтуються як на властивостях самих предметів, так і на особистих спогадах, перевагах, смаках, бажаннях індивіда. Свій вибір вирішення завдань або інтерпретації проблеми хворі проводять то на підставі узагальнених, то латентних ознак (кольору, форми, розмірів предметів) або загальнотеоретичних і моральних суб'єктивних уявлень і установок. Як латентні ознаки виступають суб'єктивні асоціації хворого, пов'язані з особистими установками. Проміжні цілі рішення не фік-

суються або не контролюються свідомістю, тому судження і висновки хворих звучать нелогічно і навіть безглуздо.

Крайній ступінь розірваності мислення називається *шизофазією* - стан, коли хворий, говорячи у звичайному темпі, не виявляючи ознак порушення свідомості, втрачає здатність правильно будувати фрази і виражати свої думки. Між окремими словами відсутній логічний зв'язок, з'являються безглузді спотворення звичайних слів, безглузді словотворення.

Ментизм - стан хворого, що супроводжується рапто-вим напливом різного змісту насильницьких думок, спогадів, бажань, уявлень. Частіше думки, що виникають у свідомості хворого, здаються йому дивними, незрозумілими, безглуздими і описуються як такі, що «розбігаються», скачуть, «проносяться як вихор». Незв'язні уявлення, що мимоволі виникають і калейдоскопічно проходять, виявляються у формі несподіваних бажань, припущень, імпульсних прагнень і переживаються хворими як стани примусу і нав'язливості кимось.

Частіше ментичні стани виникають у хворих, які страждають шизофренією, але можуть спостерігатися і при інших психічних розладах. У депресивних хворих можуть виникати напливаючі думки і образи про смерть, загибель близьких людей, нещасні випадки, картини, які відображають сцени самогубства або власного похорону. Явища ментизму можуть виникати на фоні астеничних, невротичних станів, у хворих, що перенесли черепно-мозкову травму. Такі стани виникають перед сном і виражаються у неконтрольованому потоці асоціацій, в яких відсутній смисл, у формі думок і образів. При цьому несподівано можуть спливати картини минулого, якісь особи, окремі предмети, враження дня, чийсь слова, фрази, випадкові події та ін.

Стани такого роду переживаються як такі, що заважають думати, відпочивати або заснути, але в них, на відміну від шизофренічного варіанта, немає відтінку чужості і нав'язливості кимось. Крім того, вони психологічно зрозумілі, оскільки виникають на тлі астенії або попередніх стресових ситуацій, про що хворі нерідко розповідають лікарю.

Шперунг - закупорення мислення, стан блокади розумової діяльності, що виникає короткочасно й епізодично. Раптове припинення перебігу думок може тривати декілька секунд або хвилин, рідше -десятки хвилин і виникати кілька разів протягом дня.

Якщо стан виникає під час розмови, хворі раптово замовкають і можуть відновити спілкування з того місця, на якому виник обрив їх розумової діяльності. Суб'єктивно вони відзначають відсутність, провал думок, порожнечу в голові. Якщо хворі зайняті чимось іншим, то у них виникають відчуття втрати смислу того, що відбувається, нерозуміння почутих слів або фраз, яке супроводжується відчуттям розгубленості, напруження, у зв'язку з чим хворі безпорадно топчуться на одному місці, перебирають предмети, що знаходяться поряд, можуть повторювати одні й ті самі фрази. Свідомість хворих не порушується, спогади про ці стани зберігаються.

Шперунги часто виникають у хворих, що страждають шизофренією, про яку свідчать такі ознаки: ці стани психологічно не зрозумілі і не залежать від психогенних впливів; вони тривають довго (хвилини - десятки хвилин) і можуть повторюватися; у хворих відсутні ознаки короткочасного розладу свідомості; стани не амнезуються і після їх закінчення можуть бути описані хворими; часто після шперунгу у хворого з'являються нові думки, не пов'язані з попередніми. Шперунги можуть поєднуватися з іншими

психічними розладами: ознаками синдрому психічного автоматизму, явищами деперсоналізації, галюцинаціями.

Зовні подібні стани, що кваліфікуються як втрата думок, спостерігаються при астенії будь-якої етіології. При цьому у хворого можна виявити, що на його здатність цілеспрямовано мислити вплинули випадкові спогади й інші асоціації або ситуації, які відволікають увагу, чуже втручання. Короткочасно забуту асоціацію, ім'я, назву предмета та ін., як правило, все ж удається пригадати.

Припинення мислення можуть виникати при екзаменаційних стресах, публічних виступах. У людини втрачається здатність до зв'язного викладу теми, що порушуються, можуть забуватися добре знайомі відомості, виникати дезорганізація мислення, спричинена стресовими переживаннями.

Подібні стани виникають у хворих епілепсією при виникненні абсансів або амбулаторного трансю, проте ці стани, як правило, повністю амнезуються. Діагностика у таких випадках повинна ґрунтуватися на даних комплексного клінічного обстеження хворого.

Інкогерентне (незв'язне) мислення - розлад, що супроводжується втратою здатності хворого до утворення асоціацій, коли окремі образи, поняття, відчуття, емоційні реакції не зв'язуються в єдине ціле. Цілеспрямованість мислення грубо порушується, хворий втрачає можливість фіксувати у свідомості мету бесіди і завдання пошуку рішень. Нові враження, зовнішні стимули не асоціюються з раніше накопиченими знаннями і досвідом.

Інкогерентне мислення виникає на фоні розладів свідомості, входить до структури аментивного синдрому, може спостерігатися при плутаній свідомості на тлі гострих психотичних станів різного генезу. Хворі дезорієнтовані у місці, просторі, оточенні, власній особі, для їх по-

ведінки характерні розгубленість, афект непорозуміння, виражене відвернення уваги. У мові відбиваються окремі обривки спогадів і асоціацій, між якими неможливо встановити який-небудь зв'язок. Вони говорять, використовуючи хаотичний набір слів, які у смисловому і граматичному відношенні не зв'язані. Фрази складаються з обривків слів або речень. При цьому хворі можуть виконувати деякі нескладні прохання (наприклад, показати язик, простягнути руку, назвати ім'я), але більш складні інструкції не розуміють і не виконують. Разом з розладами мислення і мови у хворих відмічається порушення моторного праксису. Хворі, як правило, перебувають у збудженому стані, але їх неспокій виявляється у межах ліжка.

Після купірування аменції у хворих протягом тривалого часу спостерігається астеничний стан, який супроводжується фізичною і психічною слабкістю, що у сфері мислення виражається нездатністю хворого до цілеспрямованого сприйняття і розуміння ситуацій, непослідовністю суджень, невмінням контролювати власні висловлювання і судження.

3.2 Динамічні розлади мислення

Динамічні розлади мислення - це група патологічних форм розумової діяльності, в основі якої лежить порушення швидкості асоціювання, переключення уваги, вибору цілей, прийняття рішень, зміни позицій і переконань особистості.

Динаміка психічних процесів може бути різною при реалізації когнітивних функцій, мотиваційних процесів і поведінкових реакцій. Тугорухливість мотиваційних станів, наприклад, виявляється у консерватизмі звичок, переконань, смаків, наполегливому прагненні особи до мети, навіть якщо засоби її досягнення вступають у суперечності з обмеженими можливостями індивіда або складними умо-

вами ситуацій та інколи непереборних проблем. При цьому особа може не виявляти помітної ригідності розумових процесів. Таким чином, динамічні розлади можуть виявлятися *парціально* (у формі *розумової* або *мотиваційної* ригідності і лабільності) або *тотально*, коли патологічна зміна швидкості і переключення асоціацій виявляється стійко й одночасно у розумовій, мотиваційній і поведінковій діяльності хворого.

Біологічні і психологічні аспекти динамічних розладів мислення ще недостатньо вивчені, хоча «моделями» механізмів, що лежать в їх основі, можуть бути порушення когнітивних функцій при депресивних і маніакальних станах, хворих з органічними пошкодженнями мозку різної етіології.

Динамічні розлади мислення можна умовно поділити на дві підгрупи залежно від порушень швидкості (прискорення або уповільнення) асоціативної діяльності та інертності психічних процесів, що виникає при різних видах розладів.

3.2.1 Порушення швидкості проходження асоціативної діяльності

Прискорене мислення (тахіфренія) - стан, що супроводжується полегшеним виникненням думок, швидкою зміною спогадів і уявлень. Одночасно відзначаються підвищена балакучість, прискорена мова. Хворі приголомшують своєю спостережливістю і влучними, інколи їдкими зауваженнями. Домінують образні уявлення, характерні випадкові асоціації, частіше за співзвучністю. При легкому прискоренні перебігу асоціацій спостерігається підвищення загальної, зокрема інтелектуальної творчої активності, подальше підвищення швидкості асоціацій призводить до зниження інтелектуальної продуктивності хворих.

Прискорене мислення супроводжується порушенням інших психічних функцій. Як правило, воно проходить на тлі підвищеного настрою, який може відповідати рівню легкої ейфорії або вираженого маніакального стану. Увага стає поверховою, відверненою. За рахунок збільшення кількості побічних асоціацій і спогадів у хворих відмічається втрата контролю над власним розумовим процесом. Їх увагу починають привертати об'єкти, що випадково потрапили у поле зору. Мова наближається до монологу, судження стають поверховими, непродуманими, однобічними. Хворі втрачають здатність обговорювати окремі ідеї.

У виражених випадках мислення набуває характеру «скакання ідей» (*fuga idearum*) - безперервного інтенсивного потоку думок і нездатності їх контролювати. Думки виникають спонтанно, вислови хворих стають незв'язними, відвертання уваги досягає рівня гіперметаморфозу. Мова хворих у цьому стані буває надмірно прискореною, за типом «кулеметної черги». У той самий час на відміну від шизофренічної розірваності при скаканні ідей неважко уловити послідовність думок та їх поверховий взаємозв'язок.

Прискорення мислення характерне для маніакальних і гіпоманіакальних станів різного генезу, спостерігається при біполярному афективному розладі, а також при маніоформних станах екзогенно-органічного походження, шизофренії (головним чином у дебюті і при циркулярній формі).

Уповільнення мислення (брадифренія) - стан, що супроводжується утрудненням перебігу асоціативного процесу, зменшенням кількості спогадів, уявлень, думок, їх одноманітністю і незначністю змісту. У хворих утруднений перехід від однієї думки до іншої, що призводить до зациклення на якійсь одній думці (явище моноідеїзму).

У своїх міркуваннях хворий повільний, з трудом підходить до мети, зазнаючи утруднень у формуванні словесного звіту про хід думок. Якісна зміна мислення виявляється і у тому, що страждає його спрямованість - хворі скаржаться на неможливість завершити процес роздуму, говорять, що їм важко довести свої міркування до кінця, відзначають у себе відчуття отупіння, порожнечі, неясність у голові, нездатність обмірковувати і вирішувати звичні повсякденні завдання.

Уповільнене мислення часто входить до структури брадипсихізму, що включає уповільнення й інших психічних функцій - мови, емоційної реактивності, психомоторики. Зовні уповільнення розумових процесів виражається в тому, що хворі довго обмірковують поставлені лікарем запитання, при вираженому уповільненні - мовчать або відповідають односкладово одним - двома словами. При легкому і помірному уповільненні мислення хворі через силу підбирають потрібні слова, спрощується граматична структура їх мови, різко погіршується здатність описувати свої відчуття, самопочуття і переживання.

Тугорухливість перебігу мислення, моноідеїзм, вибіркковість мислення, обумовлена афективним станом хворого (найбільш актуальними хворому уявляються негативно емоційно забарвлені думки і неприйнятні - думки, суперечливі сумному настрою), можуть сприяти актуалізації маревних ідей самозвинувачення, самоприпущення, гріховності.

Уповільнене мислення частіше зустрічається при депресивних станах, може спостерігатися при органічних ураженнях головного мозку, наприклад, при деяких формах епідемічного енцефаліту, пухлинах головного мозку. У цих випадках воно часто корелює з явищами брадипсихізму. Уповільнене мислення може спостерігатися і при

шизофренії, головним чином за наявності виражених емоційно-вольових змін, бідності спонукань.

3.2.2 Розлади мислення внаслідок ригідності психічних процесів

Інертне мислення - група порушень розумової діяльності, що характеризується недостатньою рухливістю психічних процесів і проявляється у фіксованих формах їх вирішення, труднощами відмови особи від звичних розумових стереотипів і накопиченого досвіду. Хворим важко змінювати сформовані способи і методи розв'язання виниклих проблем, вони не можуть швидко змінювати хід своїх міркувань, переключатися з одного виду діяльності на інший.

Інертне мислення може бути наслідком різних захворювань, викликаних органічним ураженням головного мозку (при епілепсії, перенесеній черепно-мозковій травмі, енцефаліті, токсичних, гемодинамічних, гіпоксичних впливах на мозок, метаболічних порушеннях у ранньому віці та ін.).

До інертного мислення залежно від ступеня тяжкості клінічної картини належать такі варіанти: в'язке, персераторне мислення і мислення із стереотипіями.

В'язке мислення характеризується умовністю, схильністю до надмірної деталізації, невмінням хворих виділяти головне і другорядне, швидко виходити за межі актуальних у даний момент уявлень і заторкуваних тем розмови. Вони зупиняються на дрібних деталях, намагаються дослівно їх викласти, не відхиляються від мети своєї розповіді. Часто спостерігається фіксація на деталях, які тривалий час не зв'язуються із загальним змістом обговорюваних питань або вирішуваних завдань. Конкретні асоціативні зв'язки попереднього досвіду домінують у мисленнєвій діяльності хворих і визначають весь

хід їх подальших роздумів. Розповідаючи про щось, хворі часто не змінюють теми розповіді, зупиняються на якомусь одному місці, захоплюючись дрібними фактами, коментарями, іноді доходять до повчання і моралізування. У зв'язку з наявними розладами хворі не можуть виконувати звичні виробничі завдання, втрачають кваліфікацію, оскільки зміна умов праці утруднює їх діяльність. Однак їм можуть бути доступні такі види праці, які не вимагають набуття і використання нових знань і швидкого переключення уваги.

Тугорухливість мислення може поєднуватися з інертністю в моторній сфері і мові хворого. У мові хворих часто виникають дублювання одних і тих самих слів або пропозицій, заповнення пауз словами - «паразитами» («так би мовити», «отже» та ін.), які дозволяють їм виграти час і переключитися з однієї думки на іншу. У хворих, страждають на епілепсію, поряд із симптомом олігофазії (збідненням словарного запасу) спостерігається схильність до застосування слів із зменшувальними суфіксами.

Тугорухливість процесів мислення і афективне захоплення якоюсь проблемою є умовою виникнення у хворих схильності до деталізації. Залежно від природи психічного розладу зустрічаються такі варіанти деталізації.

Реактивна деталізація - схильність хворих до докладних описів психотравмуючих обставин, власних переживань, що виникли у результаті стресової ситуації, стосунків з оточуючими. Характерні драматизація подій, повторення в описі одних і тих самих епізодів або власних передчуттів напередодні того, що трапилось.

Велика увага звертається на обставини, які могли б запобігти трагедії або нещастю, детально аналізується поведінка людей, яких хворі вважають за винних у виникненні драматичної ситуації. Реактивна деталізація спо-

стерігається при психогенних захворюваннях (реактивній депресії, неврозах) у осіб із схильністю до деталізацій негативних переживань.

Іпохондрична деталізація виникає у рамках іпохондричних або сенестопатично-іпохондричних станів різної етіології. Хворі детально, з великою кількістю дрібних деталей описують картину самопочуття і відчуттів, що їх турбують, аналізують причини свого захворювання, результати лікування, що проводилося, зупиняючись на дрібницях і випадкових збігах. Переключити увагу хворих на раціональне пояснення їх стану часто не вдається. Вони не помічають фактів, які суперечать їх концепції хвороби, не звертають увагу на аргументацію лікарів і близьких людей.

Маревна деталізація характеризується дуже докладними повідомленнями, що відображають маревні переживання і уявлення хворого. Хворий з маренням ревнощів буде детально і «аргументовано» доводити, що його дружина йому зраджує, наводячи безліч «фактів». Така сама тенденція спостерігається у хворих з іпохондричним маренням, маренням переслідування, дії та ін. «Факти» і деталі, що наводяться хворими для доведення своїх маревних переконань, повідомляються так, щоб шляхом паралогічних міркувань довести основну маревну тезу.

Персевераторне мислення (від лат. *perseveratio* - упорство) - схильність до загострення у свідомості хворого яких-небудь думок, слів або фраз, які він повторює (вимовляє або пише) поза контекстом ситуації. У широкому розумінні персеверація – це схильність до стійкого неадекватного повторення і продовження вже початої діяльності. Хворий не встигає за динамічними вимогами ситуації і може відповідати на звичні питання неправильно. Якщо хворому швидко ставити навіть прості питання (наприклад, як його ім'я, де він живе, скільки йому років), він не

зможе швидко переключатися і стереотипно повторюватиме свою відповідь на перше питання. Якщо ж дати можливість відповідати після деякої паузи, він може відповісти правильно.

Персевераторне мислення спостерігається при грубій органічній патології головного мозку різної етіології (при атрофічних захворюваннях - хворобах Альцгеймера і Піка, старечому недоумстві, вираженому церебральному атеросклерозі, локальних ураженнях мозку у поєднанні з мовними розладами у формі синдрому афазії). Персеверації можуть спостерігатися в мисленні хворих, що страждають шизофренією, що викликана автоматизацією розумово - мовленнєвої діяльності, що посилюється. Епізодично і короткочасно персевераторні елементи в мисленні можуть зустрічатися при різкому стомленні і в стані вираженого алкогольного сп'яніння.

Стереотипне мислення - розлад, що супроводжується мимовільним і багатократним повторенням хворим одноманітних, безглузких і неграмотно звучних слів, фраз або мовних зворотів, які не відповідають контексту ситуацій. Розумові стереотипії часто поєднуються із стереотипіями у моторній сфері, коли хворий наполегливо повторює одні й ті самі рухові акти, жести, мімічні рухи (наприклад, подає руку для рукостискання, розгойдується на стільці, кліпає, потирає руки або волосся на голові та ін.).

На відміну від персевераторного мислення, коли відповідь хворого повністю повторюється при вирішенні нового завдання і тому звучить неадекватно, при розумово - мовленнєвих стереотипіях слова або фрази взагалі не пов'язані з рішенням пропонованого завдання, попередньою діяльністю і не мають ніякого змісту.

Стереотипії спостерігаються при шизофренії, вираженому недоумстві, виявляються в клініці органічних психозів (наприклад, симптом грамофонної пластинки, стоячі

обороти при хворобі Піка), виявляються протягом тривалого часу і не залежать від спроб переключити увагу і діяльність хворого.

3.3 Розлади мислення, викликані спотвореннями мотиваційної сфери особистості

Якщо тобі вдасться знайти відповіді на питання «заради чого?», будь упевнений, ти зрозумієш мотиви своїх і чужих вчинків.

А. Буасьон

Складність вивчення ролі мотивів у регуляції мислення і поведінки обумовлена тим, що в їх взаємозв'язках з іншими функціями виявляється системний характер психічного [19].

Мотиви - це вбудовані в психічну діяльність процеси, що виявляються у формі малоусвідомлюваних особою аргументів (поглядів, переконань, автоматичних думок, що є провідниками когнітивних установок), які спрямовують мислення і поведінку в певне русло, визначають доцільність прийняття рішень, цілей і засобів їх досягнення у значенні «для себе».

Мотиви є «супутниками» ситуацій вибору, тому у процесі прийняття тієї або іншої стратегії і тактики поведінки індивіда доводиться постійно порівнювати їх із власною «системою координат», що включає:

- * комплекс інтеріоризованих (моральних, правових, релігійних, естетичних) норм і еталонних образів (ідеальне «Я»);

- * риси характеру як домінуючі мотиваційні установки особи;

* часові експектації - прогнозування наслідків своїх рішень і дій для сьогодення і майбутнього, порівняння вчинків, спонукуваних певними мотивами, з їх безпекою для індивіда;

* процес оцінювання особою впливу мотивів на цілісність «Я» і збереження тотожності (чи змінить вибір тих або інших мотивів самооцінку, чи забезпечить збереження ідентичності);

* зіставлення рішень, вчинків (і мотивів, що стоять за ними) з власними психічними, фізичними і духовними можливостями («під силу це для мене, чи можу я цього досягти?»).

Таким чином, мотиви і мотиваційний процес є частиною особистості і її динамічним продовженням. Прийняття рішень супроводжується зважуванням мотивів, співвідношенням їх із системою цінностей особистості і вибором єдино правильної позиції у значенні «для себе». При цьому внутрішні аргументи (мотиви) можуть знаходитися як в синергетичних (конкордантних), так і в антагоністичних стосунках один з одним, що веде до виникнення дисонансних психічних станів або розвитку внутрішньоособистісного конфлікту, для нейтралізації яких використовується широкий арсенал механізмів психологічного захисту [27, 62].

Патологія мотиваційної діяльності, обумовлена спотвореннями в структурі цінностей особистості, часто є джерелом порушень мислення і неправильної поведінки. До умов виникнення розладів мотивації можна віднести:

* слабе диференціювання мотивів, коли якийсь основний мотив, визначаючи однібічне орієнтування індивіда і підсилюючи одну з його потреб, стає домінуючою метою;

* зниження активності і спотворення механізмів контролю, у тому числі над мисленневим процесом, при-

водить до ослаблення здатності особистості регулювати співвідношення основного мотиву з іншими мотивами, відсутності боротьби мотивів, нівеляції протидіючих аргументів;

* звуження діапазону механізмів психологічного захисту не дозволяє індивідові здійснювати адекватний вибір з декількох мотиваційних альтернатив, що приводить до тенденційності думок і висновків;

* при виникненні патологічних станів (марення, надцінних і obsесивних ідей) переважають мотиви, що ґрунтуються на патологічних судженнях і переконаннях хворого, що відхиляються від загальноприйнятих норм і стандартів.

Порушення мотиваційної складової лежать в основі усіх видів розладів мислення, але особливо помітно це проявляється при резонерському і паралогічному мисленні.

Клініка резонерського і паралогічного мислення можлива при поєднанні декількох умов: зрушенні мотиву на мету, коли один мотив (наприклад, мотив самоствердження) визначає мету висловлювань пацієнта; переважанні в судженнях форми над змістом; нездатності індивіда до швидких ситуативних узагальнень, що приводить до тенденції відкладувати кінцеву мету роздумів; невмінні прогнозувати оцінку оточуючих по відношенню до власних висловів; упевненості у своїй правоті, формуванні тенденційності поглядів і ігноруванні реальних фактів і обставин.

Паралогічне мислення лежить в основі багатьох сфер життя, соціальних «міфів», релігійних концепцій, етнічних, гендерних, політичних, світоглядних забобонів, наявний у суспільній свідомості і в тому або іншому ступені визначає погляди і переконання більшої частини людей. Можна навіть сказати, що продукти паралогічного

мислення в житті людини є його природним ментальним середовищем існування.

Паралогічне мислення, що базується на логічних помилках і неправильних думках, виникає у результаті спотворень структури особи, її ціннісної і мотиваційної сфери (при тенденційності і ригідності переконань; спотворенні самооцінки і образу «Я»); стійкому домінуванню певних потреб і потягів; залученні до процесу мислення забобонів і комплексів особи) як у нормі, при приграничних розладах (неврозах, розладах особи), так і при порушеннях психотичного рівня. Спотворені або патологічні переконання і логічні помилки є, таким чином, когнітивним базисом суперечливих, алогічних вчинків і дій людини і однією з умов розвитку психічної патології.

Логічні помилки - неадекватні судження, викликані порушенням законів і правил логіки, які підносяться з переконливістю, упевненістю і звучать як реальні, доведені, раціональні факти. Логічні помилки необхідно відрізняти від фактичних помилок і софізмів. *Фактичні помилки* обумовлені не порушенням правил логіки, а незнанням реальних фактів, зв'язків між подіями або явищами, стосунків між людьми. *Софізми* - це неадекватні міркування, що містять логічні помилки, але досконалі індивідом умисне, щоб довести свою правоту, виграти суперечку або ввести когось в оману.

Паралогічні думки можуть проявлятися ситуаційно, бути ознакою спотвореного мислення при обговоренні визначених тем і можуть бути стійкою, осовою ознакою психічної патології. Паралогічне мислення в нормі відрізняється від паралогіки при граничних психічних розладах і при маренні. Більше того, мислення при маренні різної етіології буде відрізнятися залежно від його нозологічної належності.

В основі паралогічних умовиводів у психічно здорових людей часто лежать спотворення, викликані забобонами, власними комплексами, сильними афективними хвилюваннями, коли людина необ'єктивно оцінює якісь факти і обставини, що йдуть у розріз із його сильними відчуттями або бажаннями.

Спотворення мислення можуть бути викликані впливом захисних механізмів (частіше раціоналізації і проєкції), які тимчасово порушують когнітивну діяльність і породжують серію мисленнєвих алогізмів і суперечливих вчинків. Мислення спотворюється при виникненні домінуючої ідеї. Людина знаходитиме їм різні виправдання, якщо вони входитимуть у суперечність із його системою стосунків до інших людей.

Патологічні переконання хворих (при маренні переслідування, впливу, могутності, подружній невірності та ін.) спотворюють розумові процеси і активізують аргументацію, яка паралогічно «доводить» їх маревну тезу. Паралогічне перероблення маревних ідей і когнітивний бар'єр (хворі не помічають суперечностей з реальними фактами, не піддаються логічним переконанням) блокують їх критичні здібності. Таким чином, паралогічне мислення часто буває вторинним по відношенню до виниклої маревної системи, оскільки з його допомогою хворий доводить помилкову тезу і надає йому раціональної форми. Чим свідоміша особистість і інтелект хворого, вище рівень систематизації марення, тим більшу роль у «системі доказів» відіграє паралогічне мислення.

Прикладом маревної паралогіки може служити аргументація хворого 76 років з маренням подружньої невірності, що виникло на тлі церебрального атеросклерозу. У його маревній системі відбиті всі атрибути зради - таємні зустрічі, змова з коханцем, використання засобів для прищипання пильності, відмова дружини від інтимної близь-

кості. Хворий переконливо доводить, що його дружина, якій 73 роки, зраджує із сусідом, якому 47 років. При з'ясуванні причин цього переконання хворий приводить такі «докази»: 1) «Раніше вона піднімалася в шість годин ранку, зараз - у п'ять. Навіщо? Щоб зустрічатися з коханцем, поки я сплю»; 2) «Дружина перестала реагувати на мої чоловічі потреби, оскільки отримує задоволення з коханцем»; 3) «Вони підсипають мені в їжу порошок, щоб після обіду я спав. Тікає до сусіда, уявляєте?»; 4) «У мене останнім часом знизилися чоловічі можливості. Це теж вони роблять, оскільки у сусіда син сидить у в'язниці за згвалтування, а його батько (сусід) до цього купував йому в аптеці порошки, щоб син менше цікавився жінками. Порошок залишився, і вони вирішили давати його мені»; 5) «Вони домовляються про зустрічі заздалегідь. Сусід заходить і питає, чи можна позичити сіль, а я ж бачу, що вони переморгуються». Коли психіатр в іронічній формі виразив недовіру аргументам хворого, останній, апелюючи досвіду лікаря, говорить: «Лікарю! Ви ж чоловік і розумна людина. Невже вам не зрозуміло, що вона це робить постійно».

Паралогіка маревних доказів хворих шизофренією ще безглуздіша, оскільки виникає на тлі розладів мислення у формі спотворень процесу узагальнення з опорою на випадкові, «латентні» асоціації.

Резонерство - схильність індивіда до загальних міркувань за відсутності прагнення до кінцевої мети, вираженої у конкретних умовиводах і висновках. Тому нерідко пишномовні багатозначні вислови хворих набувають характеру безпредметних, безпідставних і відірваних від реальності. Під час своїх міркувань пацієнти виявляють багатослівність, і хоча їх вислови і фрази побудовані граматично правильно, кінцева мета постійно відходить на другий план. Думка виражається, як правило, надмірно абстрактно і залишається незавершеною [17].

За змістом резонерських висловів і їх мотиваційним аранжуванням виділяють декілька форм.

Компенсаторне резонерство - за допомогою загальних, часто загальноморальних міркувань хворі прагнуть приховати проблеми, які були актуальними у минулому або зберігаються в даний час. Наприклад, алкоголіки можуть високопарно міркувати про шкоду алкоголю, люди з нечистою совістю - про аморальність оточуючих, сексуальну розбещеність молоді, про зради в браці та ін.

Претензійне резонерство базується на бажанні людини справити враження на оточуючих, підкреслити власну компетентність і уміння аналізувати соціальні або політичні події. Нерідко зустрічається у деяких політиків, економістів, а також людей, що прагнуть показати обізнаність у цих питаннях.

Псевдонаукове резонерство - прагнення до порожнього розмірковування з використанням понять з різних галузей знань, неадекватне застосування наукової термінології, безглузде теоретизування за відсутності необхідних знань. Нерідко цей вид резонерства є компонентом синдрому метафізичної інтоксикації, який трапляється у шизоїдних осіб і хворих шизофренією. Близьким до цього виду є *схоластичне резонерство* - жонгливання відвернутими поняттями, софістичними висновками, спрямованими на задоволення потреби в самоствердженні.

Резонерське мислення зустрічається у хворих, що страждають на церебральний атеросклероз, перенесли черепно - мозкову травму або нейроінфекцію, може зустрічатися у людей з розладами особистості (параноїчного, істеричного типу), при шизофренії, епілепсії. При шизофренії резонерські міркування набувають характеру штампів-автоматизмів, що втратили змістовний смисл. Розрізняють такі варіанти резонерства у хворих шизофренією (Є.Л. Євлахова, 1936).

Химерний тип резонерства характеризується переважанням аутистичної позиції і своєрідною особовою диспропорцією, коли гіперестетичність, спостережливність поєднуються у хворих з емоційним збідненням.

Манірно-резонерське мислення характеризується переважанням «роздумів» з переоцінкою формальної сторони предмета обговорення, малою змістовністю, банальністю, трафаретністю, схильністю до стереотипів.

Педантичне резонерство відрізняється жвавістю інтелекту, схильністю до жартів і плоскою дотепністю при нерозумінні гумору і іронії, втратою відчуття такту, надмірною патетичністю, з якою вимовляються достатньо банальні думки.

Резонерство виявляється при клінічному дослідженні і особливо помітно під час проведення патопсихологічного експерименту, оскільки кількість резонерських міркувань у хворих зростає, коли посилюється їх особисто-оцінна позиція. Резонерське мислення особливо ясно проявляється там, де виконання завдання вимагає словесних визначень, формулювань, порівняння понять.

Таким чином, в основі резонерського мислення лежать дві групи чинників: спотворення особових (мотиваційних) установок, що виражаються у прагненні індивіда до самоствердження і самодемонстрації, переоцінки своїх можливостей, претензійності, бажання приховати власні проблеми і комплекси. З іншого боку, у хворих відмічається високий рівень абстрагування при ослабленні активності таких операцій, як аналіз, конкретизація, узагальнення на фоні різнопланового, зісковзуючого, ґрунтового мислення і нездатність контролювати власні розумові процеси.

3.4 Розлади мислення на фоні аутизації

Бажання – батько думки. У. Шекспір

Людина існує у двох умовно поділюваних світах-зовнішньому і внутрішньому. Зовнішній - світ об'єктивних закономірностей, соціальних, психологічних, фізичних явищ і стосунків, зміну яких формує поведінка людини, спосіб її життя, спрямованість і зміст розумових процесів. Світ внутрішній - це сфера спогадів, фантазій, бажань, уявлень і знань особи, комплекс її численних суб'єктивних поглядів і оцінок про навколишній світ і своє місце в ньому. У тих або інших пропорціях індивід виявляє більшу або меншу цікавість до об'єктивної або суб'єктивної сфери сприйманого світу, інтегровано представленого в його свідомості.

В основі організації сприйняття і пізнання дійсності лежать два універсальних, вперше описаних З. Фрейдом, регулятивних принципи: задоволення і реальності.

Принцип задоволення визначає орієнтацію психічної, зокрема, розумової діяльності на досягнення задоволення і уникнення того, що пов'язане з переживаннями незадоволення. Завдяки цьому у особи формується стійка, малоусвідомлювана тенденція, спрямована на реалізацію бажань, потреб, потягів або в прямій, безпосередній, або в символічній, образній формі, зокрема, шляхом відходження від реальності. У реалізації принципу задоволення активну участь беруть уява і образне мислення.

Принцип реальності вказує на необхідність співвідношення поведінки і психічної діяльності з нормами, стандартами, вимогами, що існують в соціумі, що дозволяє особі регулювати реалізацію своїх потреб і потягів в адекватних соціально прийнятних формах. Реалізація принципу реальності можлива за участі логічного мислення, здатності індивіда критично ставитися до навколишньої дійсності і до самого себе, певному рівні вольової активності.

Таким чином, принципи задоволення і реальності, які в нормі перебувають у пропорційно допустимих дихотомічних співвідношеннях, можна розглядати як універсальні психологічні механізми, які регулюють і орієнтують психічну діяльність на зовнішню або внутрішню реальність, визначають «систему координат» пізнання зовнішнього і внутрішнього світу людини.

Аутистичне мислення - результат аутизації особистості, зниження активності багатьох психічних функцій, що приводять її до усунення (відходження) від реального світу, спотворення процесів сприйняття і пізнання, керованих переважно на основі принципу задоволення. У крайніх (патологічних) випадках аутизації відмічається панування принципу задоволення, виникає бар'єр, що приводить до розриву між зовнішнім і внутрішнім світом хворого. Принцип реальності при розвитку аутичних станів слабо бере участь в організації психічних функцій, представлений у свідомості хворого вибірково, що перешкоджає накопиченню адекватного життєвого досвіду і призводить до спотворення пізнавальної діяльності.

Поступове «розчинення» реальності призводить до того, що свідомість і мислення хворого заповнюються суб'єктивними оцінками, переживаннями, фантазіями, бажаннями. Вплив навколишнього життя стає мінімальним, при здійсненні мисленнєвих процесів її регулююче і сигнальне значення не враховується. Хворі втрачають інтерес до подій, що відбуваються в макро- і мікросоціальному середовищі, стають пасивними, замкненими, безініціативними. Багато фактів, подій, культурні, політичні, світоглядні цінності, значущість спілкування, підтримка з боку людей нівелюються і втрачають для них сенс. Поле реальності у свідомості пацієнта звужується, виникають грубі переключення в мотиваційній складовій мислення. Хворі не враховують динамічних змін ситуацій, не здатні адекватно

оцінити власні можливості, умови, які сприяють або перешкоджають досягненню мети, втрачають здатність прогнозувати результати як своїх, так і чужих вчинків. Знижується здатність до розуміння «мови тіла», експресивних сигналів поведінки інших людей. У хворих формується байдуже ставлення до дійсного положення справ в оточуючому світі. Світ уявний стає для них єдино правильним.

Залежно від розвитку вихідного рівня уяви можна виділити «бідний» і «багатий» аутизм, проте в тому і іншому випадку хворі, орієнтуючись переважно на внутрішні події і продукти власної уяви, навіть не намагаються співвідносити їх з реальними подіями і фактами. Хворі з розвинутою уявою при зовні тьмяній, відчуженій поведінці, за образним виразом К. Шнайдера, «усередині справляють пишні бенкети». Їх внутрішній світ може бути однобоким, парадоксальним, дивним, але досить багатим за змістом і включати різноманітні агресивні, сексуальні та інші компенсуючі аутистичні фантазії. «Бідний» аутизм виявляється в слабкій диференціації внутрішнього світу, збідненні асоціацій з існуючою дійсністю, слабкому фантазійному потенціалі особистості, відсутності інтересу до проблем близького оточення. Багато пацієнтів бувають настільки закритими для спілкування, що навіть близькі люди не здогадуються про їх переживання і думки, оскільки їх думка для хворих не має ніякого значення [7].

Аутистичне мислення в нормі зустрічається у акцентованих особистостей інтровертованого типу, ситуативно у дітей з добре розвинутою уявою, в патології - при шизофренії, у шизоїдних і істеричних психопатів, при психогенних розладах, на тлі депресивних станів. У зв'язку з цим вираженість розладів і якісні характеристики аутистичного мислення можуть бути різними.

Формальне мислення - схильність індивіда до формального аналізу фактів і явищ, виділення зовнішніх ас-

пектів подій, нездатність розуміти їх зміст, суть і реальне значення у зв'язку з частим використанням надуманих, вихолощених, другорядних деталей. Формалізм мислення виявляється в тенденції хворих до точних відповідей і констатацій, позбавлених емоційного забарвлення, невмінні виділяти поточні і зовнішні аспекти ситуацій. У описуваній індивідуум події або факті відбиваються малоістотні, інколи випадкові деталі, відсутнє розуміння їх сенсу. Формалізм мислення свідчить про емоційне сплюснення, аутизацію хворих, їх закритість для спілкування, відхід від реального життя, прагнення підводити під ті або інші явища певну схему або нормативні визначення.

У людей з формальним підходом до аналізу подій і фактів відмічається суха, книжкова мова, насичена канцелярськими зворотами. Втрачається почуття гумору, відсутні живі інтонації, образні вирази. Вислови оточуючих хворі сприймають буквально, без урахування контексту, який часто визначає смислове забарвлення сказаного.

3.5 Порушення мислення внаслідок посилення образно - символічної функції мислення

Уява - це очі душі.
Джозеф Жубер

Образне мислення - процес оперування інформацією, представленою у формі образів і символів. Слова і ідеї замінюються образами предметів, комплексними образами ситуацій і дій, виражаються в узагальненій формі складних символів. Образне мислення здебільшого є похідним від уяви, тому багато в чому визначається його функціями, а саме: прогностичною, моделюючою, символотвірною, компенсаторною. Прогностична функція образного мислення дає можливість представити у процесі вирішення

завдання або виниклої проблеми їх кінцеві результати в найближчому або віддаленому майбутньому. Моделююча *функція уяви* дає можливість багато разів складати і порівнювати варіанти образного вирішення завдань і визначати вибір оптимального шляху дій. Символотвірна функція дозволяє перетворювати поняття і образи в символи, коли узагальнений образ набуває багатозначного сенсу, що відображає уявлення людини про якісь універсальні явища, властивості або функції. Компенсаторна функція - механізм, за допомогою якого в свідомості індивіда відтворюються картини поведінки або образи особи з певним набором характеристик, які допомагають тимчасово подолати фрустрацію, пов'язану з незадоволенням актуальних потреб.

Уява згідно з психоаналітичним поданням є первинним процесом, що базується на принципі задоволення, за допомогою якого індивід в образній або символічній формі задовольняє свої базові, актуальні, але не реалізовані потреби. Словесно-логічне, понятійне мислення є функцією «Я», вторинним процесом, що базується на принципі реальності, і тому багато в чому визначається стандартами, нормами, цінностями, знаннями, що існують у соціумі. Образне мислення дає можливість дивитися на вирішення проблеми ширше, понятійне мислення - глибше.

Співвідношення образного і понятійного компонентів мислення, здатність до переключення з одного стилю перероблення інформації на іншій залежить від таких умов: індивідуально-типологічних особливостей особистості, які виражаються в конституційній активності правої («візуалізатори») або лівої півкулі головного мозку, що відповідає за понятійне, словесне мислення («вербалізатори»); ситуаційній потреби особистості в «образному прориві», коли вирішення завдання логічним шляхом заходить

у безвихідь; емоціональної зрілості, збереження функцій самоконтролю, гармонії структурних елементів особистості. При надзвичайній активності уяви, дезінтеграції його функцій, незрілості логічного мислення і функцій самоконтролю, спотворенні структури особи виникають розлади образного мислення, що є патогенетичною основою деяких форм психічних порушень [23].

Відомо, що у дитини, на відміну від дорослої людини, уява розвинена набагато краще. За допомогою уяви в ігровій діяльності вона рано починає моделювати відносини з навколишнім світом. Гра, з одного боку, є засобом пізнання, стимулятором фантазійної сфери дитини, з іншого - засобом і способом виконання її бажань. Особливістю дитячої уяви є те, що суперечності між реальністю і фантазією в свідомості дітей нерідко стираються, і вони вірять в те, що підносить їм уява. Проте у міру розвитку здібність до фантазування слабшає, чому сприяють рутинна система освіти і основний імператив соціальної сфери - узгоджувати свою поведінку і мислення з вимогами діяти послідовно, відповідно до реальних відносин і обставин.

До розладів образного мислення можна віднести патологічне фантазування і символічно-паралогічне мислення.

Патологічне фантазування частіше зустрічається у дітей і підлітків при різних формах психічних розладів і захворювань: розладах особи істеричного або шизоїдного типу, що формуються, мляво протікаючій або параноїдній шизофренії, органічних ураженнях головного мозку, маніакальному стані в рамках біполярного афектного розладу.

На відміну від нормального фантазування дітей патологічні фантазії: мають стійкий характер, «відірвані» від реальності, мають стереотипний зміст і проявляються в химерних, неадекватних формах; виникають мимоволі, сильно афектно заряджені, тому дітям важко включитися в реальні обставини і стосунки; часто не дозволяють дорос-

лим відволікати увагу дітей від фантазування; призводять до втрати зацікавленості до інших занять, відсторонення від того, що відбувається; виникають на тлі поступового зниження активності і продуктивності у звичній діяльності (навчання, захоплення, участі в інших іграх) [24].

Мотивами появи хворобливих форм фантазування у дітей можуть бути: жага уваги, визнання, захоплення оточуючими; подолання комплексів власної неповноцінності; прагнення покарати кривдників, шантажування; подолання відчуття самотності; бажання викликати почуття жалю до себе; маніпулювання дорослими для того, щоб вирішити свої проблеми (наприклад, перервати розлуку з матір'ю) та ін. Нерідко патологічне фантазування базується на страхах і побоюваннях дитини надцінного змісту.

Описані такі форми патологічного фантазування у дітей і підлітків.

Ігрові перевтілення - стійка ідентифікація дитини з реальними або фантастичними тваринами або іншими істотами, їх рухами, діями, звичками, звуками й іншими «атрибутами» образів, що ідентифікуються. Патологічне фантазування в ігровій діяльності має вигадливий характер, не має кінцевої мети. Дітьми не використовуються правила, які лежать в основі будь-якої іншої гри. До таких форм ігрової діяльності, як правило, не залучаються однолітки або дорослі, діти не чекають похвали, не вимагають чужої уваги, активно протестують, якщо їх називають своїми іменами. Межі між власною особою і персонажем, в якого вони перевтілилися, на якийсь час розмиваються. Діти не можуть дати раціональне пояснення своєї поведінки і пояснити мотиви вибору саме цієї тематики перевтілення.

Фантазійна візуалізація - активізація уяви, яка стійко відображає бажання, пізнавальні інтереси дитини і виражається в напливах тематичних фантазій. Дитина може бачити сцени боїв, космічних польотів, уявляти ситуа-

ції, в яких здійснює подвиги або якісь сміливі вчинки. У підлітковому віці фантазійна візуалізація може мати агресивний або еротичний зміст. Таким чином, нереалізовані бажання можуть буйно і пишно компенсуватися у сфері фантазії.

У патологічній візуалізації дитина уявляє сцени (кладовища, мертві тіла, монстрів та ін.), що лякають її, описує деталі поведінки вигаданих істот, ставить дорослим питання, які викликають нерозуміння і подив. Так, хлопчик десяти років протягом тривалого часу після смерті сусідки, яка за життя добре до нього ставилася, розпитував свою бабусю, що почувають померлі, коли лежать у труні. Прохав сходити на кладовище, розкопати могилу «Петрівни» і подивитися, що сталося з її тілом, уточнював, чи дійсно на тілі і обличчі «заводяться черви». Пропонував забрати її тіло додому.

Інший підліток (тринадцяти років) з шизоїдними рисами через патологічні фантазії, які існували протягом декількох років, наполегливо відмовлявся купатися у водоймах, оскільки думав, що «на дні живуть динозаври». Фантазії не були стійкими і посилювалися ситуаційно, тому істотно на поведінку підлітка не впливали.

Фантазування у формі обмов і самообмов частіше зустрічається у підлітків. Обмови супроводжуються приписуванням іншим особам (вчителям, знайомим дорослим, іноді батькам) участь у непристойних або злочинних намірах і діях (сексуальних домаганнях або згвалтуванні, участі в крадіжках, прийомі і поширенні наркотичних речовин та ін.), які часто «підносяться» барвисто, емоційно, інколи переконливо, з повідомленням правдоподібних подробиць і деталей. *Самообмови* супроводжуються приписуванням собі негативних якостей. Підліток поширює про себе відомості, які, з одного боку, можуть його компрометувати, з іншого - створюють образ героя або бувалої людини, що

має неабияке значення у свідомості підлітка. Хлопчики можуть розповідати про уявні пограбування, прийом наркотиків, угони машин, належність до верхівки злочинного угруповання. Фантазії дівчаток здебільшого стосуються сексуальної тематики. Вони створюють міфи про свої сексуальні пригоди, легко звинувачують інших у зґвалтуванні і нерідко дуже відверто і детально про це розповідають. Незважаючи на те, що такі заяви є серйозним звинуваченням на адресу їх кривдників, вони не відчують розкаянь совісті, не розуміючи, що фантазії можуть серйозно пошкодити репутації людини.

Незважаючи на те, що обмови і самообмови психологічно зрозумілі (підлітками керують почуття помсти, бажання привернути увагу будь-яким шляхом, наміри виділитися у підлітковому оточенні, приголомшувати оточуючих, хоча б тимчасово побувати в ролі «героя» та ін.), здатність прогнозувати наслідки своєї поведінки, зокрема те, як їх оцінять оточуючі, у них відсутня.

Патологічне фантазування в дорослому віці зустрічається у психопатичних осіб: шизоїдів, істеричних психопатів, осіб із стійкою тенденцією до псевдології. Їх схильність до фантазування часто приводить до того, що реальний стан справ спотворюється і заповнюється вигадками, що стосуються якихось аспектів власної особи, соціальних і міжособових стосунків. Фантазії хворих часто мають правдоподібний характер і рідко виходять за межі можливого. Головне, що досягається за допомогою фантазії, - це короткочасне відчуття задоволення, розрядки, зниження рівня тривожності. У символічно-образній формі, легко ідентифікуючи себе з уявною роллю, хворі «досягають» бажаного результату і на якийсь час стають тими, ким не можуть бути в реальному житті. Якої-небудь користі фантазування для хворого, як правило, не приносить, за винятком патологічних хитрунів, які використовують його з ме-

тою шахрайства. Критичне відношення до фантазій повністю не втрачається, і тому хворі до кінця не вірять у те, у що пропонують вірити іншим.

В істеричних осіб фантазування часто є способом відходження у хворобу, що виражається бажанням почувати себе хворим і прагнення до того, щоб це визнавали інші. Тому демонстровані хворими розлади досить часто проявляються у формі різноманітних сомато-неврологічних і психопатологічних «масок», у вчинках і висловлюваннях відчуваються елементи нещирості та гри. Поведінка істеричної особи при цьому рідко виходить за межі юридичних норм.

Базовою особливістю психопатичних осіб із схильністю до псевдології (міфоманії) є стійка і непродуктивна тенденція до брехливості. Брехливість у формі патологічного фантазування заслонує інші риси вдачі, часто виходить за межі юридичних норм (через використання вигадок з шахрайською метою). Псевдологи - чудові актори, оскільки брешуть вони дуже органічно і природно, але через втрату контролю над процесом фантазування переходять межі припустимого, що викликають недовіру до їх розповідей і історій. Якщо істерик фантазує «локально» у межах якоїсь однієї ситуації, щоб викликати співчуття, жалість, добитися вибачення або покарати кривдника, то псевдолог бреше «тотально», без обмежень, інколи повністю перекручуючи власну біографію. Через нестримне, неконтрольоване фантазування хворі при спробах виразити їм недовіру або викрити, довго і наполегливо відстоюють свої безглузді вигадки.

Символо-паралогічне мислення. Символізація є одним з важливих механізмів нормальної розумової діяльності, яка лежить в основі розвитку таких видів мистецтв, як поезія, живопис, балет, є базисом міфологічних концепцій та ін. У нормі символічне мислення виражається в кар-

тинах сновидінь, релігійній, містичній, державній, політичній символіці, з якими людина стикається постійно.

Символи - це різноманітні (статичні, динамічні) образи об'єктів або явищ реального або вигаданого світу, які багатозначно відображають різні ідеї, почуття і стосунки. Зміст символів, які мають як колективний, так і індивідуальний сенс, може бути представлений широким спектром значень, не несе точної і конкретної інформації і лише вказує на те або інше явище. У зв'язку з полісемантичним значенням символів вони пізнаються не на основі логіки, а поплотськи й інтуїтивно. Значущість символів у суспільній і індивідуальній свідомості буває дуже високою, що може викликати інтенсивні, енергетично заряджені переживання, що визначають мотивацію поведінки людей [64,67].

У патології, коли символізація поєднується з іншими розладами мислення і хворі в оцінці предметів легко переходять від одного значення на інше, повсякденні предмети і явища в їх свідомості можуть виступати як знамення, передвісники загрозливих ситуацій або способи вирішення глобальних проблем. У цих випадках окремі властивості, ознаки предметів і явищ сприймаються як тотожні цілому і заслоняють розуміння їх реальної суті і значення.

Символічного значення можуть набувати слова, цифри, колір предметів, тіло і його окремі частини, геометричні фігури, жести та інші експресивні рухи. Розлади символічного мислення можуть виражатися в різних формах ритуальної поведінки, домінувати в клінічній картині різних психічних розладів і захворювань (шизофренії, неврозів, іпохондричних, маревних станів).

В.М. Блейхер (1983) виділяв два типи символіки, характерні для хворих шизофренією: конкретно-наочний і псевдоабстрактний.

Конкретно - наочна символіка в мисленні хворих виражається в тому, що в предметах, поняттях або подіях

вони виділяють те значення, яке відображає їх актуальні хворобливі переживання. Виділений і лише ним зрозумілий сенс конкретних, буденних предметів визначає хід їх подальших міркувань і, як наслідок, викликає неадекватні реакції і вчинки. Так, хворий шизофренією, що знайшов на своєму городі стару алюмінієву виделку, сприйняв цей факт з тривогою і страхом, оскільки «тризубець є зброєю відплати» і означає для нього попередження про напад, що готується. У випадку з іншим хворим, що знайшов під час прогулянки в лісі мертвого їжака, ця подія сприймалася ним як знак загрози - «наступного разу таке ж саме станеться зі мною».

Псевдоабстрактна символіка виявляється в неадекватних формах абстрагування, коли якимсь явищем, діям або окремим предметам надається значення широких, всеосяжних символів, абсолютно відірваних від реальності. Резонерсько-паралогічні пояснення і пафос, з якими хворі оцінюють значення конкретних предметів, відображають нерідко їх підсвідоме прагнення до самоствердження і підкреслення власної цінності.

Так, у хворого, що лікувався у нашому відділенні, який серйозно цікавився грою в шахи, читав спеціальну літературу, не залишав свого захоплення навіть в стані загострень, спостерігалися періоди, коли шахи як гра втрачала для нього звичне значення. У цей час він грав сам із собою, довго обдумував свої дії, записував їх у блокнот. З'ясувалося, що при цьому він «вирішував стратегічні питання оборони країни» і надавав цьому великого значення. Після розпитування відбуваються резонерсько-паралогічні пояснення, що з допомогою шахів «можна моделювати багато військових стратегій, розробляти плани протиракетного захисту країни» та ін. При наближенні до ремісії він повертається до адекватного розуміння цієї гри з її правилами і можливостями.

3.6 Розлади мислення, пов'язані з ослабленням процесів рефлексії, антиципації і емпатії

Критика - це правильний кро-вообіг, без нього неминучі застій і хворобливі явища.

М.О. Островський

Критичність - здатність індивіда адекватно оцінювати свої і чужі вчинки, якості, вислови, наміри, стани, зіставляючи їх із соціальними нормами, стандартами і власними можливостями.

Критичність є результатом інтегрованої психічної діяльності, в основі якої лежить активність таких функцій, як рефлексія, емпатія, антиципація. Рефлексія дає змогу особистості виявляти невідповідність своєї поточної діяльності і її відхилень від конкретних цілей, що є початковим етапом формування критичного відношення до власних рішень, дій, мотивів.

Емпатія є однією з умов адекватного розуміння інших людей. Уміння співпереживати і співчувати дозволяє особі критично оцінювати чужі вчинки і значення власних дій у формуванні стосунків з оточуючими. Критичність як інтеграційна характеристика мислення залежить також від уміння індивіда до прогнозування наслідків вчинків, передбачення результатів власних дій. При ослабленні прогностичної функції мислення посилюється імовірність неадекватного вибору засобів досягнення цілей і правильного вибору самих цілей. Ослаблення цих функцій на тлі психічної патології призводить до спотворення критичного відношення хворих до реальних подій і стосунків, а також

до власних здібностей, можливостей, вчинків, здоров'я та ін.

Критичне відношення до хвороби є одним із важливих симптомів спотворення або гармонізації психічної діяльності хворого, оскільки відображає розуміння індивідом природи і причин свого захворювання, а також того впливу, який воно справляє на нього і оточуючих. Порушення критики до проявів хвороби, будучи наскрізним симптомом багатьох психічних розладів, тісно пов'язано із самосвідомістю хворого, його мотиваційною сферою і адаптивною діяльністю. Вираженість порушень критики до свого захворювання залежить від рівня збереження особистості хворого і структури його самосвідомості, яка впливає на когнітивні і емоційні процеси.

Виділяють такі варіанти критичного ставлення хворого до своєї хвороби.

Повна критика. Хворі мають раціональні уявлення про власні психопатологічні феномени і чітко відокремлюють їх від здорових проявів свого психічного життя, адекватно орієнтуються в прогнозі свого захворювання.

Парціальна критика. При купіруванні гострих психотичних розладів і досягненні досить повної ремісії хворі виявляють зміни мотиваційної сфери. Визнаючи себе психічно хворими, вони в неповній мірі погоджуються на проведення лікування і реабілітаційні заходи.

Порушення критики у формі неадекватної тимчасової локалізації хвороби:

а) відходження хвороби в минуле - спостерігається в стані неповної ремісії після перенесеного психотичного стану, коли хворі адекватно визначають стан як хворобливий, але визнають його наявність лише у минулому і повністю ігнорують у себе поточну психічну патологію. Від-

ношення до лікування у хворих характеризується переходом від амбівалентного до негативного;

б) *порушення перспективної критики* - адекватно оцінюючи перенесені психічні порушення, хворі в період ремісії категорично заперечують можливість рецидиву захворювання в майбутньому.

Раціоналізація у формі "соматизації" або "психологізації" хвороби проявляється в тому, що хворі хоча і не заперечують у себе наявність психічних розладів, намагаються пояснити їх соматичними нездужаннями або психологічними причинами: конфліктними стосунками в побуті або на виробництві, перевтомою та ін. Відношення до лікування буває або негативним, або амбівалентним.

Формально - логічне визнання хвороби характеризується згодою хворих із наявністю у них психічного захворювання у зв'язку з аргументами зовнішніх обставин: повторними госпіталізаціями, зміною стосунків з родичами, думкою авторитетного лікаря або родича про наявність захворювання. Установка хворих на лікування відрізняється нестійкістю і суперечністю.

Анозогностичний тип критичного відношення до хвороби:

а) *тотальна анозогнозія* проявляється абсолютним запереченням у себе психічного захворювання як у минулому, так і сьогодні. Некритичність до психотичних переживань поєднується з неадекватною оцінкою виражених змін власної особи, своїх можливостей та ін. Хворі (наприклад, в маніакальному стані) можуть бути переконані, що їх самопочуття стало навіть значно кращим;

б) *генералізована анозогнозія* спостерігається у хворих з вираженими процесуальними дефектними порушеннями (при шизофренії, недоумстві), що втратили інтерес до оточуючих і здатність до емпатії. Вони неадекватно оці-

нюють як свій психічний стан, так і власні фізичні якості (зовнішність, зріст, вагу, вік та ін.).

3.7 Системні порушення суджень і умовиводів

Користь системи для мислення полягає не лише в тому, що про речі починають мислити впорядковано, за відомим планом, але і в тому, що про них мислять взагалі.

Георг Ліхтенберг

Не торкаючись питань, що відображають погляди вчених про системний підхід при вивченні соціальних, психологічних і біологічних явищ і процесів, тезисно можна відзначити таке. Все у світі системно взаємозв'язано, має стійку і динамічно змінну структуру, тому всякий розлад або відхилення від норми необхідно розглядати як результат системної патології і дезінтеграції діяльності окремих систем або розпаду міжсистемних зв'язків.

Психіка - це метасистема з множиною ще не вивчених різнорівневих зв'язків між складовими їх елементами, які забезпечують адекватну орієнтацію у навколишньому світі і у власній особистості, прагнення до задоволення своїх потреб відповідно до норм, що існують в соціумі.

Мислення є однією з базових системотвірних функцій психіки, активність, послідовність і цілеспрямованість якої залежать від впливу безлічі складових: когнітивного компонента (сприйняття, пам'яті, уяви, загальних і специфічних здібностей, рівня знань, швидкості проходження і переключення асоціацій), процесів свідомості і самосвідомості (проекції, рефлексії, емпатії, захисних ме-

ханізмів), а також таких особистісних компонентів, як темперамент, характер, ціннісні орієнтації, «Я».

Кінцевим результатом діяльності будь-якої системи є інтегрована адаптивна відповідь, що є пусковим чинником активізації і блокування діяльності інших систем і субсистем, які можуть «працювати» або оптимально, або переходити в неадаптивний режим функціонування. Наслідком розумової діяльності є думки (твердження, заперечення, висновки) і умовиводи (погляди, комплекси переконань, позиції) особистості.

Патологічні форми думок і умовиводів особливо помітно проявляються в таких клініко-психопатологічних феноменах, як надцінні ідеї, нав'язливі думки, маревні стани.

При всій складності вивчення патогенетичних механізмів, що лежать в основі цих розладів, можна відзначити їх загальні особливості. Хворі незалежно від форм патологічних станів стають «рабами» власних думок і уявлень, у них виникають стійкі і слабо кориговані патологічні переконання, спотворення процесів самосвідомості і здібності до самокритики. При маренні і надцінних ідеях власні думки і умовиводи не сприймаються хворими як чужі і безглузді, що свідчить про блокування таких механізмів, як рефлексія, антиципація, самоконтроль. Посилення проектних процесів і вивільнення з несвідомого індивідуальних комплексів або архетипічних утворень особистості визначає фабулу марення і надцінних ідей хворого.

При obsesivних станах автоматичні думки і «випадкові» уявлення, стичні з комплексами інтрапсихічного конфлікту, стають в центрі свідомості хворого і за рахунок посилення процесу рефлексії не дають можливості їх позбавитися.

У зв'язку з тим, що автоматичні думки важко зрозуміти поза контекстом психічного матеріалу, який лежить в основі внутрішньоособистісного конфлікту, вони, як правило, не усвідомлюються і роблять активний вплив на вчинки і погляди хворих.

Крім того, на формування патології думок і умовиводів хворого впливають такі фактори, як асоціативна і мотиваційна ригідність, слабкість і дезорганізація механізмів психологічного захисту, спотворення в структурі «Я» й інше.

3.7.1 Надцінні ідеї

Надцінні ідеї - комплекс афективно заряджених поглядів і переконань особистості, що лежать в основі неадекватної інтерпретації реальних подій, фактів і обставин, стосунків між людьми, які протягом тривалого часу домінують у свідомості індивіда і визначають його поведінку. При цьому факти, які суперечать поглядам пацієнта, ігноруються. Надцінні ідеї можуть розширюватися, доповнюватися новими «фактами» і систематизуватися за рахунок домислів хворого.

На відміну від домінуючих і нав'язливих ідей надцінні ідеї: повільно розвиваються, оволодівають свідомістю хворого, стають основним мотивом поведінки; не усвідомлюються як хворобливі і помилкові і тому не супроводжуються бажанням їх позбавитися. На відміну від марення надцінні ідеї піддаються деякій, як правило, нестійкій корекції і часто психологічно зрозумілі, оскільки в гіпертрофованій, перебільшеній формі виражають бажання, прагнення або побоювання особи і корелюють з особливостями її темпераменту, манерою поведінки, системою цінностей, самооцінкою. Мотиви поглядів хворих

зрозумілі, але за інтенсивністю, ригідністю позицій вони сприймаються як неадекватні.

За формою і змістом надцінні ідеї можуть бути різними. У дорослих хворих зустрічаються надцінні ідеї винахідництва, подружньої невірності, ідеї кляузництва, помсти, реформаторства, боротьби за справедливість або відновлення прав («параноя боротьби»), дотримання здоров'я у рамках якоїсь однієї оздоровчої системи та ін. При цьому надцінні ідеї ніколи не звучать химерно і безглуздо.

У дітей надцінні ідеї лежать в основі страхів певного змісту (боязнь темноти, грози, тварин та ін.), стереотипних ігор, однобічних інтересів і захоплень (малювання карт, графіків, схем проїзду транспортом), одержимості певним видом діяльності. У підлітків надцінні ідеї можуть виявлятися у формі «запійного читання», «філософської інтоксикації», дисморфоманії (переконання у власній фізичній потворності), психічної анорексії (відмови від їжі внаслідок переконання в надмірній повноті), наполегливого однобічного колекціонування.

У зрілому віці надцінні ідеї виникають у хворих з особистісними розладами (частіше при параноїдному, епілептоїдному, психостенічному варіантах психопатій), зустрічаються в рамках патологічного розвитку особистості, можуть розвиватися на тлі м'яких форм ендогенних захворювань і психопатоподібних розладів органічного генезу.

Умовами виникнення надцинних ідей є поєднання визначених обставин і ситуацій (наприклад, страх перед тяжкою хворобою, можливістю подружньої зради, сильне прагнення помститися кривдникам, добитися визнання у рамках якогось одного виду діяльності та ін.), що послужили поштовхом для їх виникнення і конституціональних особливостей особистості (ригідності психічних процесів, зокрема в мотиваційній сфері, слабкості механізмів ре-

флексії і емпатії, відсутності критики, спотвореннях у сфері «Я» і системи цінностей).

Надцінні ідеї інколи необхідно диференціювати з домінуючими ідеями.

Домінуючі ідеї - переконання, що набувають у свідомості індивіда надмірно важливе значення, витісняють ідеї, які раніше були в центрі його уваги, оскільки їх емоційний заряд сильніше в порівнянні з іншими думками.

Домінуючі ідеї не супроводжуються патологією пізнавальної діяльності, не мають паралогічної основи, не перешкоджають інтелектуальній і творчій активності особи і частіше несуть позитивний емоційний заряд. Це можуть бути думки, що відображають відданість певним науковим поглядам, політичним, релігійним концепціям, заради доведення і затвердження яких індивід готовий нехтувати своїми власними інтересами, інтересами близьких і усім тим, що не стосується домінуючих думок.

Домінуючі ідеї не є чужими свідомості людини і істотно не спотворюють її поведінку. Для особи, захопленої домінуючими ідеями, характерне активне прагнення до подолання перешкод задля досягнення мети, але на різних етапах їх реалізації відношення до них залишається досить критичним. При відповідних психогенних діяннях і конституціональній схильності домінуючі ідеї можуть поступово розвинутиися в надцінні, які відрізняються значною стійкістю і можуть бути сюжетно не пов'язані з попередніми домінуючими думками.

3.7.2 Нав'язливі думки і ідеї

Вперше нав'язливі стани були описані Plater ще в 1617 році. Термін «нав'язливі уявлення» пов'язують з іменами таких відомих психіатрів, що жили в дев'ятнадцятому столітті, як Р. Крафт-Ебінг і К. Вестфаль. Багато авторів,

які займалися вивченням проблем нав'язливих станів, описували їх клінічні прояви, типи перебігу, виділяли ознаки, що дозволяють проводити диференціальну діагностику, проте їх природа, патогенез до цього часу залишаються не з'ясованими.

З точки зору нейрофізіології нав'язливі стани можуть бути розглянуті як патологічні локальні доміанти свідомості. Згідно з уявленнями психоаналітиків - це стани, які відображають психогенез невротичних розладів і вказують на внутрішньопсихічний конфлікт особистості. Невротичний симптом, що утворюється, розглядається як наслідок фіксації в підсвідомості пацієнта витісненого хворобливого матеріалу, що лежить в основі внутрішньо-особистісного конфлікту.

У клінічній психіатрії нав'язливі стани розглядаються як результат поєднання зовнішніх чинників (психотравмуючих ситуацій, екзогенно-органічних впливів), що приводять до формування стійких застійних вогнищ, і внутрішніх умов, представлених преморбідними особливостями особистості і «грунту» хворих.

Для феномену нав'язливості характерна поява думок, уявлень, спогадів, емоційних переживань і відчуттів, простих або складних дій і поведінкових актів, які сприймаються хворими як чужі, неприємні, такі, що викликають критичне ставлення, спонукаючи до боротьби з цими хворобливими станами.

Нав'язливі стани включають три основні компоненти (ідеаторний, емоційний і моторний), які можуть зустрічатися у хворих у різних пропорціях. Ідеаторні нав'язливі стани (обсесії) часто поєднуються з емоційними у формі фобій і нерідко включають рухові і поведінкові компоненти (компульсії), які виступають у ролі захисних ритуалів.

У зв'язку з тим, що в нашій роботі основний акцент зроблений на аналізі розладів мислення, питання, що стосуються природи фобій і компульсій, не будуть розглянуті.

Обсесії у рамках неврозу нав'язливих станів, що базуються на продуктах ідеаторної діяльності індивіда, частіше виявляються в таких формах.

Нав'язливі уявлення (ейдетичні нав'язливі стани) - яскраві спогади, фантазії, зорові образи, від яких хворі протягом тривалого часу не можуть звільнитися. Хворобливі уявлення можуть повторюватися в образі обличчя людини з тим або іншим мімічним виразом, що часто виражає докір, презирство, натякає на те, що їй відомі таємні помисли пацієнта. Вони можуть відображатися в образах оголених органів, частин тіла, сексуальних картин, нерідко пов'язаних з уявленнями про зраду дружини або чоловіка, нечистот, сцен бійок, сварок, принизливих ситуацій, які побічно вказують на зміст психотравмуючих переживань хворого.

2. Нав'язливі сумніви проявляються в нестерпній невпевненості індивіда в правильності проведеної тієї або іншої дії, прагненні знову і знову повторювати його виконання (хворі можуть довго протирати «від пилу» тарілки, розставляти предмети «на свої місця», багато разів на день мити підлогу, перевіряти, чи закриті входні двері в квартиру та ін.). Нав'язливі ідеї можуть виявлятися і у формі побоювань, що якусь дію не вдасться виконати (зіграти перед публікою на музичному інструменті, вступити в статевий акт, помочитися у присутності сторонніх, виконати звичні професійні дії).

3. Нав'язливі думки і спогади - мимовільні, заважаючи хворому згадки географічних назв, імен, віршів, мелодій. До них також належать блюзнірські думки цинічного або блюзнірського (у віруючих) змісту, тобто ті, які суперечать етичним установкам хворого. Наприклад, мати

лякається думки про те, що може убити свою дитину, син відчуває дискомфорт і навіть страх з приводу власних непристойних думок про матір і тому подібне.

Нав'язливі думки часто відображають зміст внутрішньопсихічного конфлікту. Так, хвора протягом декількох місяців почала лякатися такої, що часто виникає і заважає їй працювати, думки про те, що вона помре у віці 45 років. У період звернень до лікаря їй було 42 роки і, як показували неодноразові клінічні і лабораторні обстеження, проблем з фізичним здоров'ям у неї не було. У процесі бесід і аналізу сновидінь вдалося з'ясувати, що хвора боїться свого сексуального потягу до зятя, з яким проживала в одній квартирі разом з дочкою. Спочатку нав'язливі думки сприймалися хворою як передчуття початку тяжкої хвороби, пізніше вона зрозуміла, що це психічний розлад, але впоратися з ним самостійно не могла. Вважаючи неприпустимими і блюзнірськими свої сексуальні переживання, хвора постійно відганяла свої фантазії по відношенню до зятя. У процесі терапії хвора погодилася, що в основі її невротичного розладу лежить боротьба із забороненим сексуальним почуттям, що прокинулося. Таким чином, цифра «45» в нав'язливій думці була не випадковою, оскільки відповідала сенсу народної приказки «45 - баба ягідка знову».

4. Нав'язливе мудрування («розумова жуйка») — схильність до болісних для хворого роздумів на такі теми, які, по суті, безглузді і відірвані від реальності. Хворі, наприклад, можуть «роздумувати» про те, що може трапитися, якщо людство позбудеться одягу, якщо у людини виростуть ще дві руки або, заперечуючи у себе суїцидальні наміри і розуміючи, що це безглуздо, болісно думати про те, що людині немає для чого жити, якщо вона все одно помре.

На початкових етапах перебігу хвороби визначити природу нав'язливих станів, особливо якщо вони мають буденний, побутовий характер і зовні виявляють зв'язок з реальними обставинами, буває складно. На користь невротичної природи obsesій свідчать ознаки, відбиті в нижченаведеній таблиці.

Складові obsесивного розладу	Загальні характеристики
Клінічні особливості	Спрощеність структури і монотематичність нав'язливих думок, відсутність ознак їх генералізації, затяжний тип перебігу
Захисні ритуали	Психологічно зрозумілий характер захисних дій, сприйняття їх хворими як атрибутів боротьби з нав'язливими ідеями (їх виконання зменшує тривогу і інтенсивність obsесій і навпаки)
Супутні психопатологічні розлади	Розумові процеси в цілому не спотворені, у хворих відсутні химерні, безглузді трактування стану, тематичні зісковзування, різноплановість мислення, в'язкість та ін. Немає ознак наростаючої картини негативних симптомів, особистісної деформації і трансформації obsесій в інші психопатологічні синдроми

Відношення хворого до розладів	Сприйняття obsesій як хворобливого стану, опір, активний пошук допомоги (звернення до лікаря, згода на тривалі психотерапевтичні курси лікування)
Особистісний преморбід	Переважають психастенічний, сенситивний і ананкастний типи розладів особистості, які корелюють з клінічною картиною і значущістю психотравмуючих ситуацій
Наявність психотравмуючих ситуацій і внутрішньопсихічного конфлікту	У анамнезі виявляються відомості про психотравми, перенесені у минулому або попередні прояви неврозу. Часто криптогенний характер психотравм і зміст внутрішнього конфлікту розкриваються за допомогою методів діагностики у рамках психодинамічних та інших напрямів психотерапії

Нав'язливі стани можуть зустрічатися і при інших захворюваннях (шизофренія, епідемічний енцефаліт, у осіб літнього віку на фоні церебрального атеросклерозу та інших органічних захворюваннях мозку).

Неврозоподібні форми obsesій при в'язлому перебігу шизофренії виникають у вигляді короткочасних епізодів ще в дитячому віці, але частіше з'являються у віці 18-20 років, визначаючи клінічну картину захворювання протягом тривалого часу.

Поступово нав'язливі стани стають стереотипними, монотонними, виражаються у формі побоювань, відірваних від реальних ситуацій (заразитися, отруїтися, непомітно отримати певну дозу «опромінення»), які мають швидше надцінний характер. Нав'язливі стани можуть проявлятися в ізольованій формі (наприклад, хворий, пересуваючись у власній квартирі, через нез'ясований страх пробігає повз одне й те саме місце, прагнучи тісно притиснутися до стіни, переступає якісь місця, умовно розділяючи кімнату на «квадрати»), що стереотипно повторюється, або має генералізований характер, торкаючись практично всіх видів діяльності (одна хвора, що перебувала на лікуванні, вимушена з ранку до вечора постійно контролювати і «переробляти» всі звичні і автоматизовані дії під час пиття, їжі, гігієнічних процедур та ін.). Помітними стають зміни особистості, посилюються ригідність психологічних установок, егоцентризм, аутизація. Нав'язливе прагнення до чистоти змінюється періодами неохайності і байдужим відношенням до свого зовнішнього вигляду. У клінічній картині посилюються ознаки гидливості, різноманітних дивацтв, збіднення емоційного життя. Хворі втрачають делікатність у спілкуванні не лише з близькими, але і із сторонніми людьми. У домашній обстановці бувають тиранами, що примушують виконувати всі свої примхи. Не зважаючи на погане самопочуття і тривалі періоди погіршення, вони не здатні описувати і розуміти свої хворобливі відчуття і переживання, не можуть адекватно виразити ставлення до них.

Нав'язливі стани при уповільненій шизофренії супроводжуються появою аутохтонних епізодів внутрішнього неспокою, станів «душевного болю», зміст і інтенсивність яких не пов'язані із впливом зовнішніх (психогенних або соматогенних) чинників. Фіксація і посилення obsesії залежать від випадкових, нейтральних за змістом

зовнішніх або внутрішніх стимулів (звуків у квартирі або за вікном, відчуттів у тілі - бурчання в кишечнику, свербіння, подразнення в горлі та ін.), які «збивають» хворого з суб'єктивно наміченого «плану боротьби» з обсесіями. У зв'язку з цим хворі інколи годинами повторюють свої дії, щоб їх виконання відбулося «правильно». Описати цей «план» хворі теж не можуть. Ритуали, які облямовують обсесії, набувають безглузвих, абсурдних форм і не мають раціональних пояснень. Дуже часто вони бувають поліморфними і видозмінюються практично щодня. Нерідко саморозвиток обсесії приводить до появи схильності хворого до нав'язливого резонерства, що проявляється в активних роздумах про якусь невіршену проблему, яка ні в минулому, ні сьогодні не має для нього певного значення.

Якщо невротики прагнуть подолати нав'язливі стани за будь-яку ціну (звертаються до лікарів, шукають більш компетентних фахівців, щиро хочуть позбавитися від заважаючих ім станів, обговорюють можливі причини їх виникнення), то для хворих шизофренією характерна тенденція пристосування до нав'язливих станів. Звертаючись по допомогу до психіатра або психотерапевта, вони швидко припиняють лікування і поступово «звикають» до власних обсесій, тому звернення до лікарки частіше ініціюються їх родичами.

На відміну від хворих неврозом преморбідні особистіні особливості хворих шизофренією часто не корелюють з клінічною картиною. Якщо для перших характерним є гомонічний тип реакцій (психастенічні, сенситивні, ананкастні риси корелюють з обсесіями), то у хворих з шизофренією переважає гетеронічний тип реакцій (обсесії виникають на тлі шизоїдного, істероїдного або «мікстових» форм особистісного преморбіда).

3.7.3 Маревні стани

Марення - це комплекс пов'язаних з особистістю поглядів і думок, що не відповідають об'єктивній реальності, суперечать законам формальної логіки, займають домінуюче положення у свідомості хворого і невіддатливих якому-небудь логічному переконанню.

Клінічні ознаки маревного стану залежать від багатьох складових: його актуальності, фабули, конкретних переживань, динаміки розвитку, здатності хворого контролювати свою поведінку. Картина марення залежить також від супутніх, таких, що входять до його структури психічних розладів - галюцинацій, тих або інших форм затьмарення свідомості, рівня інтелектуального розвитку пацієнта, комплексу патологічних інтроцептивних відчуттів та ін.

Параметри марення

Фабула (загальна ідея) марення - сукупність думок, що виражають основну концепцію марення і спрямованість загальних маревних умовиводів хворого.

Фабула марення не наповнена конкретним змістом і часто визначає назву маревного синдрому. При загостреннях психозу вона може повторюватися за типом «кліше», зміст же маревних переживань може бути варіабельним. Наприклад, ідея переслідування включає такі загальні елементи, як наявність противників або якоїсь ворожої сили, мета яких - заподіяти шкоду хворому, проте сюжет, деталі, конкретні дії «ворогів» у маревних переживаннях можуть видозмінюватися і інколи не відповідати картині попередніх нападів [35].

Фабула марення залежить від статі, віку, іноді від його нозологічної належності. Прийнято, наприклад, вва-

жати, що марення заподіяння шкоди і любовне марення частіше спостерігаються у жінок, а марення ревнощів, іпохондричне марення - у чоловіків.

У дитячому віці маревні ідеї виникають рідко і часто виражаються у вигляді неоформленого відчуття небезпеки або виникають на фоні затьмареної свідомості, маревні ідеї заподіяння шкоди і обкрадання - у осіб літнього і старечого віку.

Багато авторів відзначають умовний зв'язок фабули марення з деякими нозологічними формами психічних захворювань. Наприклад, марення величі і багатства у поєднанні з недоумством характерні для прогресивного паралічу, нігілістичне марення Котара - для психозів пізнього віку, марення релігійного змісту частіше трапляється при епілептичних психозах.

Об'єкти марення - «фігури» і множинні елементи маревних переживань, що відбиваються у свідомості хворого, перебувають у полі його уваги. Це широкий спектр різноманітних об'єктів і їх дій: живі і померлі люди, тварини, знайомі і невідомі хворому особи, люди, що знаходяться в близькому оточенні або на недосяжній відстані; це дії, вироблювані об'єктами, чинять психологічні, фізичні або містичні впливи на психіку і організм хворого.

Зміст марення - конкретні деталі переживань, що базуються на паралогічних зв'язках між об'єктами, подіями, явищами, фактами, які певним чином впливають на думки і поведінку хворого. Зміст марення залежить від преморбідних особливостей хворого (властивостей темпераменту, конституції), інтроцептивних відчуттів, актуальних, закарбованих у підсвідомості комплексів і архетипічних ідей, рівня культури, професії, освіти.

На зміст маревних переживань впливають обставини і факти суспільного характеру або власної біографії, а також випадкові події (чиясь розповідь, інформація, почута

по радіо, телебаченню, прочитане в газеті та ін.) Зміст марення в процесі розвитку психозу може диференціюватися, ускладнюватися або спрощуватися і поступово редукуватися, бути моно - і полісюжетним, правдоподібним і фантастичним, послідовним і уривчастим.

За ступенем реалістичності зміст маревних ідей може бути: абсурдним, нереалістичним, безглуздим, нереалістичним для даного хворого і для даної ситуації, але, в принципі, правдоподібним; реальним для даного хворого, правдоподібним, але за змістом таким, що не відповідає дійсності.

Актуальність марення - значущість і емоційна зарядженість маревної ідеї, її вплив на думки, відчуття, поведінку, «внутрішній світ» хворого.

Актуальність марення залежить від багатьох складових: тематики конкретних переживань, особливо за наявності в сюжеті безпосередньої загрози для хворого; тенденції марення до систематизації; ступеня переконаності в істинності маревної концепції (переконання можуть набувати характеру «маревної аксіоми» або мати таку залежність: чим менше хворий переконаний в маревній ідеї, тим у меншій мірі вона впливає на його поведінку); властивостей темпераменту хворого, що визначають стенічність поведінки в період маревних переживань (поведінка може бути стенічною, експансивною, млявою, астеничною).

На актуальність марення і поведінку хворого впливають також порушення інших психічних функцій: розлади сприйняття, свідомості, інтелекту, здібності до рефлексії.

Актуальність марення може бути різною: маревні ідеї займають тільки думки хворого, не позначаючись на поведінці, яка залишається правильною; маревні переживання впливають на наміри, але завдяки відносному збереженню спроможності хворого до самоконтролю і ко-

рекції своїх дій поведінка залишається впорядкованою; поведінка хворого цілком підпорядкована фабулі і змісту марення.

Рівень систематизації марення. За цим параметром виділяють систематизовані, малосистематизовані і «незв'язні» форми марення.

Систематизоване марення - результат маревної творчості, що характеризується наявністю певної маревної системи, в якій окремі маревні елементи тісно взаємозв'язані. Маревні ідеї розвиваються повільно, впливають одна з іншою, зв'язані між собою за змістом з тенденцією до ускладнення, поглиблення і розширення фабули. У структурі такої форми марення галюцинації або відсутні, або відіграють незначну роль у розвитку психозу. Типовим прикладом такого варіанта марення є параноїальне марення.

Малосистематизоване марення - марення, в якому відсутнє логічне розроблення фабули і формування певної системи, хоча маревні ідеї асоціюються в певні комплекси і мають відповідне афектне аранжування. Така форма марення характеризується, як правило, гостро виникаючим напливом розрізнених, уривчастих уявлень і думок, що не мають єдиного смислового «стрижня». Клініка марення часто поєднується з симптомами розладів сприйняття і свідомості. Крайній ступінь порушення систематизації маревних переживань, викликаний головним чином грубими порушеннями свідомості, може виступати у формі «*незв'язного*» марення.

Первинне і вторинне марення. Традиційний поділ маревних станів на первинне і вторинне марення визначається ступенем участі в маревоутворенні механізмів когнітивного або плотського пізнання. Необхідно, проте, визнати, що протиставлення мислення й інших психічних функцій (сприйняття, пам'яті, уяви і афектної сфери), що беруть

безпосередню участь у пізнавальній діяльності, не зовсім правомірно. Ймовірно, такий поділ можна вважати виправданим, коли в клініці маревного стану помітне домінування того або іншого компонента пізнання.

Первинне («інтелектуальне», «систематизоване», «інтерпретативне») *марення* - маревний стан, в основі якого лежить помилкове тлумачення хворим подій зовнішнього світу, фактів своєї біографії або внутрішніх переживань (спогадів, інтроцептивних відчуттів, ілюзій, галюцинацій та ін.). Основну роль в патогенезі маревоутворення в цьому випадку відіграють паралогічне мислення і порушення причинно-наслідкових зв'язків, що відображають дійсність, які ведуть до неадекватної інтерпретації поведінки оточуючими (їх жестів, висловів, інтонацій голосу та ін.), значущості їх вчинків і тієї ролі, яку відіграють ті, хто оточує хворого.

Вторинне марення («плотське», «образне», «афектне») марення, («марення уяви») - маревні стани, що виникають при переважному порушенні тих психічних функцій, які беруть участь в плотському пізнанні (затьмарення свідомості, ілюзії і галюцинації, порушення афектної сфери і уяви). Марення характеризується мінливістю, нестійкістю, незавершеністю помилкових ідей, відсутністю логічного розроблення фабули, низькою залежністю від структури особистості. Включає як реальні, так і фантастичні події і часто супроводжується тривогою, розгубленістю та імпульсними діями хворого. Інтенсивність вторинного марення багато в чому визначається ступенем вираженості порушень вищезазначених психічних сфер і їх співвідношенням.

На різних етапах формування марення можуть з'являтися різні психопатологічні елементи, що відповідають первинному або вторинному маренню. У дебюті психозу клінічна картина може визначатися характеристиками плотського марення, а у міру його розвитку в більшому

ступені набувати ознак первинного інтерпретативного марення.

Структура марення. Оцінка структури марення несе важливу діагностичну інформацію про психічний стан хворого, прогноз перебігу хвороби, ефективності терапевтичних заходів і в сукупності з іншими психічними розладами свідчить про нозологічну належність маревного синдрому [18].

Для оцінки і кваліфікації структури маревного синдрому можна використовувати такі клінічні критерії:

збереження комплексу інших психічних функцій: наявність або відсутність клініки затьмарених форм свідомості, зниження інтелекту, галюцинацій або ілюзій, ознак синдрому психічного автоматизму Кандинського - Клерамбо;

зв'язок марення з преморбідними особливостями хворого- наявність гетерономних (незбіжних з фабулою маревного стану) або гомономних особистісних радикалів (паранояльних, шизоїдних рис); збереження або спотворення особової структури;

динамічні характеристики марення: гострий, підгострий або поступовий початок, затяжний або хронічний перебіг; схильність до трансформації і генералізації маревних станів;

зміст марення: конгруентність (збіг) марення з переконаннями і актуальними потребами хворого; ступінь систематизації марення, правдоподібність або безглуздість маревної фабули.

Залежно від співвідношення критеріїв оцінки структури марення виділяють його паранояльну, параноїдну і парафренну форми.

Паранояльне марення. Розвиток марення відбувається повільно, поступово. На початкових етапах неадекватні висловлювання і вчинки хворих бувають малопомітними для оточуючих. Маревному стану можуть передувати

надцінні ідеї. Порушення свідомості не спостерігаються, інтелектуальні функції, пам'ять хворих зберігаються. Професійна діяльність хворих може не змінюватися протягом тривалого часу.

За формою маревні ідеї часто бувають монотематичними (ревнощів, іпохондричного змісту, втрати, обкладення, винахідництва), мають систематизований і правдоподібний характер, оскільки базуються на паралогічній інтерпретації власних спостережень, реальних фактів, обставин і ситуацій. У зв'язку з цим для паранояльних хворих характерна відносна стрункість «доказів» власних маревних ідей і сильна афектна захопленість ними. Галюцинації не спостерігаються, можуть зустрічатися епізодичні, переважно вербальні ілюзії. Відсутні ознаки синдрому психічного автоматизму і тенденція до трансформації і генералізації марення.

Параноїдне марення. Маревні ідеї виникають гостро або підгостро, часто поєднуються з псевдогалюцинаціями і елементами синдрому психічного автоматизму. У зв'язку із слабкою систематизацією вони звучать безглуздо, неправдоподібно і логічно мало розроблені.

Маревні ідеї можуть включати відразу декілька майже незв'язаних між собою сюжетів (політематичність марення), мають тенденцію до трансформації і генералізації. При аналізі маревного стану не вдається установити який-небудь зв'язок між змістом марення і особистісним преморбідом, життєвим досвідом, а також актуальними потребами хворого. За змістом вони можуть бути різними: відношення, переслідування, фізичного впливу, заподіяного морального збитку та ін. Марення може виникати гостро, проходити протягом тривалого часу.

Гострий параноїд - швидко виникаюче плотське марення переслідування, що супроводжується вербальними, смаковими або нюховими галюцинаціями, страхом,

тривогою, розгубленістю, неправильною поведінкою, відображає зміст маревних ідей. Спостерігається при шизофренії, психозах інтоксикацій, епілептичних, реактивних станах.

Хронічний галюцинаторно - маревний синдром - маревний розлад, що поєднується з психічними автоматизмами, розладами самосвідомості, переживаннями відвертості, ідеями фізичної і психічної дії.

Формування хронічного маревного стану при шизофренії може починатися з чітко позначеного початку, коли марення виникає за типом «осяяння» або у формі афектних забарвлених спогадів, у яких події минулого сприймаються у спотвореному вигляді. Клінічна картина при такому розвитку марення в перші роки визначається систематизованими параноїальними ідеями переслідування. У подальшому зміст марення все більше набуває характеру ідей фізичного знищення і отруєння. Параноїд поступово стає неправдоподібним і безглуздим.

У частини пацієнтів маревна система змінюється і рухається по шляху ускладнення і розширення фабули, у інших, навпаки, активність і актуальність маревних переживань з роками знижується. Розвиток маревної системи припиняється, зменшується її афектна зарядженість. Повної редуції марення, як правило, не відбувається, але воно неначе відсовується на периферію свідомості пацієнта (відбувається «інкапсуляція», дезактуалізація маревних ідей). Це виявляється в тому, що хворі із стриманішим «розумінням» ставляться до своїх колишніх «ворогів» і поблажливо, «по-філософському», оцінюють раніше актуальні для них події і стосунки.

До хронічних маревних станів належить *параноїя* – розлад, що рідко зустрічається, а на даному етапі розглядається як нозологічно самостійне захворювання, як одна з особливих форм шизофренії і як варіант патологічного

особистісного розвитку, що базується на поступовій трансформації початкової паранояльної особової структури хворого.

Для параної характерна відсутність генералізації маревних розладів, наростання змін особистості, збережений і досить високий рівень соціальної адаптації хворих. Маревна система зберігається десятиліттями, але ознак формування шизофренічних дефектних станів не спостерігається. Марення психологічно впливає з особливостей особового преморбїда хворого, для якого характерні такі особливості, як зарозумілість, підозрілість, деспотичність, прискіпливість, прагнення до усамітнення, дріб'язкова деталізація. Маревні переживання хворих помітно не відбиваються на працездатності і взаєминах з людьми, що не увійшли до кола їх підозрінь і хворобливих уявлень.

Тривалість і стійкість маревної системи при параної різними авторами оцінюються по-різному: одні стверджують, що маревна система залишається непорушною до самої смерті, інші відзначають зниження активності маревних переживань хворих у пізньому віці.

Парафренне марення - маревний стан, що включає систематизоване (або фрагментарне) марення переслідування, дії, а також ідеї фантастичного змісту (могутності, величі, винахідливості, реформаторства, багатства та ін.), експансивний кофабульоз і маревну деперсоналізацію. Часто поєднується з галюцинаціями і синдромом психічного автоматизму.

Парафренне марення зустрічається в інволюційному періоді (супроводжується конфабуляторними обманам пам'яті і коливаннями настрою), у депресивних хворих у пізньому віці (на тлі ідей самозвинувачення, самоприниження, іпохондричних переживань у поєднанні з нігілістичними маренням і маренням величності при синд-

ромі Котара), є етапом перебігу маревного синдрому в процесі розвитку шизофренії.

На етапі парафренного синдрому при шизофренії, який не супроводжується грубим інтелектуальним і особовим дефектом, марення може бути відносно зв'язним і послідовним. У міру його подальшого розвитку в клінічній картині посилюються безглуздість і непостійність маревних ідей, які стають примітивнішими і уривчастими.

Виділяють декілька варіантів парафренного марення: систематичне і експансивне, які частіше трапляються при шизофренії; конфабуляторне і фантастичне, які спостерігаються при екзогенно-органічній патології головного мозку в пізньому віці.

Систематична парафренія - відносно постійна структура, що характеризується зміною марення переслідування ідеями великого масштабу, величі, що поєднуються із слуховими галюцинаціями. Пам'ять, інтелектуальні, емоційні функції хворих залишаються відносно збереженими.

Експансивна парафренія включає поєднання маревних ідей величі, інколи з галюцинаціями, що проходять на тлі маніакального стану.

Конфабуляторна парафренія - маревні ідеї величі на тлі конфабуляцій без грубих розладів пам'яті.

Фантастична парафренія характеризується переважанням в клінічній картині хворих нестійких ідей величі, таких, що легко змінюються.

Характеристики динаміки марення

Маревний стан може виникати гостро, раптово і формуватися поступово, поетапно. Перший варіант характерний для динаміки формування плотського марення, другий частіше зустрічається при шизофренічному маревоутворенні. Усередині повільнопротікаючого марення ви-

діляють якісні і кількісні динамічні зрушення, які будуть розглянуті нижче.

Раптово виникаючий маревний стан може виявлятися у формі гострого марення і марення за типом «осаяння».

Гостре марення - раптово виникаючий психотичний стан з різким руховим збудженням і затьмаренням свідомості, що супроводжується значним підвищенням температури тіла і фізичним виснаженням хворого. Для клініки характерні ілюзорне сприйняття обстановки, виражений афект страху і тривоги, імпульсні дії. Спостерігається при інфекційних і інтоксикаційних психозах, епілепсії, гострих травматичних психозах. Гостре марення частіше є компонентом екзогенних психозів.

Марення за типом «осаяння», як і гостре, виникає раптово, але маревна концепція, що лежить в його основі, не має логічних обґрунтувань і, поступово розвиваючись у процесі паралогічного діалогу хворого із самим собою, набуває відносно систематизованої форми. Це, у свою чергу, веде до посилення прагнення хворого знайти нові підтвердження для доведення своєї ідеї. Маревному стану рідко передують порушення свідомості.

Поступове формування маревних ідей включає декілька періодів.

1. Інкубаційний період (передпараноїдний стан, ініціальний період, період передвісників) - етап початкового маревоутворення, що супроводжується обтяжливими переживаннями, сприйняттям змін навколишнього світу, що набувають для хворого якогось особливого значення. Психічні розлади, що виникають у цьому періоді, представлені комплексом таких станів, як маревне сприйняття, маревне уявлення і маревний настрій.

Маревне сприйняття - маревне тлумачення предметів, чужих дій і вчинків, яким надається особливе значення (хворий, наприклад, помічає незвичайні погляди перехо-

жих, особливі деталі одягу, жести, манеру мови знайомих), через що оточуюче сприймається загадковим і непередбачуваним.

Маревний настрій - передчуття катастрофи, що насувається, що супроводжується тривогою, тугою, страхом або відчуттям власної зміни. Хворі стають недовірливими, підозрілими, розгубленими, схильними до продукції різного роду здогадів, що лякають їх, і припущень.

Маревне уявлення - ретроспективне переосмислення хворими своїх спогадів і якихось подій минулого, здогади, «осяння», які виникають несподівано і не впливають із попередніх роздумів (марення «поетапних» спогадів).

Маревні стани на початкових етапах їх формування можуть зустрічатися у формі *аутохтонних ідей* - несподіваних, самовиникаючих маревних думок, домінуючих у свідомості хворого, які набувають нападоподібного, хвилеподібного перебігу і виражаються в болісних для хворого уявленнях про чиєсь переслідування.

2. Період кристалізації (за І.М. Балинським) - період розвитку марення, що супроводжується систематизацією маревних ідей, коли на зміну напруженості, розгубленості, тривозі і очікуванню загрози хворому приходять маревні знання. У цей період нез'ясовані тривожні переживання, що турбували до цього, набувають для хворого певного змісту. Починається переосмислення реальних подій відповідно до переважаючої тематики марення. Встановлюються зрозумілі хворому зв'язки між певними фактами і ситуаціями, активно формується маревна система. Розрізнені факти починають об'єднуватися в одне ціле, ставати для хворого непорушною істиною. Поведінка хворого змінюється і багато в чому визначається актуальними для нього маревними ідеями.

Усередині цього періоду можуть виникати якісні і кількісні динамічні зрушення.

Генералізація марення - послідовний розвиток маревного стану, що супроводжується приєднанням нових маревних елементів, ускладненням сюжету і появою нових тематичних спрямувань. Тенденція до генералізації і систематизації має місце у тих випадках, коли розвиток маревних ідей ґрунтується на спотвореннях логічних зв'язків.

У процесі розвитку психозу маревні ідеї можуть не досягати необхідного завершення і залишатися в редукованому вигляді, складаючись лише з окремих маревних фрагментів. Така форма марення, що не досягла необхідної «кристалізації», називається *абортивним маренням*.

Трансформація марення - процес, що супроводжується видозміною тематики, форми або стадії марення. Це поняття містить перехід однієї стадії марення в іншу (паранояльне, параноїдне, парафренне марення), перетворення однієї форми марення на іншу, їх зміна на тому ж етапі розвитку (марення ставлення до хворого, марення переслідування, марення дії), зміна тематики і змісту марення під дією зовнішніх і внутрішніх чинників. Схильність до трансформації, на думку деяких авторів, характерна для плотських форм марення.

У маревній динаміці виділяють *період стереотипізації* - відсутність ускладнення марення, коли його зміст не змінюється і набуває стійкості і стабільності. У *термінальному періоді*, що настає через декілька років після початку захворювання, спостерігається поступовий розпад маревної системи, яка повністю не зникає, а втрачає стрункість і поступово стає фрагментарною.

3 Період маревної редуції - процес розпаду маревної системи, ослаблення емоційного заряду, що супроводжує марення, зниження актуальності маревних переживань для хворого. У деяких випадках говорять про інкапсуляцію *марення* - збереження маревних ідей у зредукованому вигляді, коли марення ще має певне значення для

особистості хворого, але в набагато меншому ступені впливає на його поведінку. Інкапсульоване марення нерідко супроводжується відносно критичним ставленням до нього з боку хворого.

Резидуальне марення. Це поняття в психіатрії містить декілька клінічних різновидів маревних станів: результат редукції маревної концепції із збереженням окремих нестійких маревних елементів, що поєднуються з легкими афектними порушеннями; маревні розлади, що супроводжуються афектними реакціями, що залишилися після відновлення затьмареної свідомості, на тлі якої вони виникли (наприклад, резидуальне марення подружньої невірності після перенесеного алкогольного делірію).

Умови і чинники маревотворення

Клініка маревних станів добре відома. У монографіях, статтях описуються методи терапії марення, порівнюється протимаревна дія нейролептиків, даються рекомендації щодо подолання резистентності при їх призначенні, вирішуються питання профілактики, судової психіатричної експертизи поведінки маревних хворих. Незважаючи на це, однією із складних і до цього часу невіршених є проблема маревотворення, яка супроводжується спробами дослідників визначити роль конкретних умов, чинників і механізмів у формуванні структури марення, його фабули і динаміки [41].

Багато авторів зазначають, що в побудові марення в певному співвідношенні беруть участь усі психічні функції, інші акцентують увагу на патології мислення, треті у формуванні марення вбачають домінування патології особистості як базової і системоутвірної структури. У нашій роботі ми вирішили розглянути ці питання і запропонувати свою, можливо, спірну точку зору про роль архе-

типів та інших елементів індивідуального несвідомого у формуванні структури марення.

Мислення і уява - «стрижневі» психічні функції, що беруть активну участь у маревотворенні. Розлади мислення є не лише обов'язковою умовою формування марення, вони визначають рівень його систематизації і ступінь реалістичності. Традиційний поділ маревних станів на первинне і вторинне марення визначається відповідним співвідношенням участі в маревотворенні механізмів когнітивного або плотського пізнання.

В основі первинного марення лежить помилкова інтерпретація хворим подій і явищ зовнішнього світу, фактів своєї біографії і внутрішніх переживань. Паралогічне мислення, що лежить в основі первинного марення, веде до порушення здатності адекватно відображати дійсність і спотвореного тлумачення сенсу і значущості вчинків оточуючих.

При вторинному маренні переважають розлади функцій плотського пізнання (затмарення свідомості, ілюзії і галюцинації, порушення афектної сфери і уяви), що веде до мінливості, нестійких маревних ідей і слабкого розроблення маревної фабули.

Відносно цілісне, послідовне мислення хворих веде до виникнення маревної системи, її ускладнення, поглиблення і розширення. У міру посилення порушень когнітивних функцій (наприклад, при розірваному або інкогерентному мисленні), зниження рівня інтелекту марення втрачає стрункість і часто є складною когнітивною системою з дезінтеграцією багатьох складових її елементів.

В основі маревотворення часто лежать розлади сенсорної і перцептивної сфери. Так, домінування у свідомості пацієнта кінестетичного компонента у формі патологічних відчуттів приводить до актуалізації іпохондричної фабули. Надалі, у результаті «творчої» переробки, фор-

муються різні за змістом іпохондричні ідеї, які можуть виявлятися самостійно або поєднуватися з маренням дії і переслідування.

Відомий зв'язок марення з галюцинаціями, який може бути прямим, коли зміст галюцинацій збігається з маревним сюжетом, і непрямим, коли зміст галюцинацій пристосовується до марення шляхом паралогічних міркувань хворого, відсутнім, коли галюцинації і марення відображають різні площини переживань і сюжетно не торкаються одне одного.

Порушення афектної сфери також впливають на формування марення і поведінку хворого. Афектне пофарбування мислення і уяви хворого веде до спотворення мотивації його вчинків і думок і може передувати або супроводжувати марення. Наприклад, страх, який є загальною афектною ознакою психозів, може стати джерелом персекуторної фабули марення. Різноманітні відтінки страху і тривоги у формі підозрливості, недовіри, побоювань, боязливого очікування, тривожного передчуття можуть виступати основними симптомами маревних переживань на етапах передвісників і кристалізації маревних систем.

Екзальтованість, поліпшення настрою, агресивність лежать в основі маревних ідей величі, могутності, багатства. Глибокі депресивні переживання нерідко породжують виникнення у хворих відчуття провини, ідей самоприниження і гріховності. Ступінь афектної зараженості марення визначає його актуальність і значущість для хворого.

Таким чином, залежно від домінування патології тих або інших психічних сфер у процесі маревотворення виділяють такі форми марення.

Кінстетичне марення - маревний стан, що базується на патологічних відчуттях, що виникли на тлі соматичних захворювань або органічного ураження мозку. Во-

ни є базисом формування іпохондричного маревного синдрому, лежать в основі маревних ідей дії і переслідування. Часто зустрічається при шизофренії і епідемічному енцефаліті.

Конфабуляторне марення - марення, що базується на помилкових спогадах (конфабуляціях) і уявленнях, які заповнюють свідомість хворого. Частіше це образні, фантастичні переживання в рамках парафренного синдрому, до якого можна віднести ретроспективне марення передбачення майбутнього, марення вічного існування. Конфабуляторне марення може також виникати при захворюваннях, які супроводжуються періодом тривалої амнезії і (або) прогресуючим зниженням інтелекту (при сенільних, атеросклерозних психозах).

Голотимне марення - форма марення, що розвивається на ґрунті зтяжненого патологічно зміненого настрою (гіпер - або гіпотимії), за сюжетом відповідна домінуючому афектному стану. При депресії марення може включати ідеї гріховності, нігілістичні ідеї, на тлі маніакального стану – ідеї величі.

Галюцинаторне марення - маревний стан, що виникає на тлі виражених стійких галюцинацій. Наявність вербальних галюцинацій може інтерпретуватися хворими як результат дії за допомогою різних засобів (апаратів, променів, хімічних речовин з метою нейтралізації, усунення або іншого «підступного задуму»).

Кататимне марення - маревний розлад, в основі якого лежить патологія уяви, домінування плотських яскравих уявлень і афектних комплексів. Прикладами цієї форми марення можуть служити еротоманне марення, марення еротичного презирства і переслідування, марення помилування і невинності.

Марення уяви - варіант маревотворення, яке є результатом вигадки і впливає зі схильності особистості до

фантазування. Виникненню марення уяви сприяють: міфоманічна конституція, слабкість інтелекту, гіпоманіакальний стан. Марення уяви входить до структури парафреноного синдрому і є його основним компонентом.

Свідомість стосовно інших психічних процесів і станів виконує інтегруючу, емерджентну функцію. Маревні синдроми можуть бути патогенетично пов'язані із станами затьмареної свідомості (гострими отруєннями, черепномозковими травмами, інфекційними захворюваннями та іншими соматогеніями). Загальні клінічні прояви, що віддзеркалюють ці зв'язки, можуть мати такі закономірності.

Може спостерігатися пряма залежність між маревними станами і розладами свідомості, тобто марення виникає одночасно із затьмаренням свідомості і подальший його розвиток відповідає інтенсивності затьмарення свідомості. Відновлення свідомості супроводжується поступовим зникненням марення і появою у хворого критики до розладів.

Порушення свідомості можуть служити пусковими чинниками для подальшого розвитку маревного стану. У таких випадках марення розвивається відповідно до динаміки розладів свідомості, але після відновлення свідомості посилюється і стає самостійним елементом психозу.

Порушення свідомості чинять модифікуючу дію на маревний розлад, що вже мав місце. Марення може набувати іншої або додаткової фабули, оскільки розлади свідомості створюють умови для появи нових елементів у змісті марення. У таких випадках після зникнення розладів свідомості марення продовжує розвиватися.

Одним з універсальних механізмів, які лежать в основі свідомості, є проекція, під якою ми розуміємо здатність особи переносити (приписувати, виносити за межі індивідуальної свідомості) якийсь психічний зміст,

що дозволяє їй структурувати зовнішній і свій внутрішній світ. За допомогою проекції здійснюються структуризація і диференціація елементів зовнішнього середовища або внутрішнього світу особи, встановлюються нові зв'язки і стосунки між об'єктами (людьми, явищами, ситуаціями, фактами та ін.), змінюються їх значущість і ціннісне співвідношення у свідомості індивіда.

Психічний зміст, що підпав під проекцію, містить матеріал, що базується на актуальних потребах особистості, а також неусвідомлюваних, таких, що знаходяться в латентному стані продуктах індивідуального несвідомого: витиснутих комплексів і архетипічних ідей і образах. Залежно від того, який з «векторів» проекції є домінуючим, ми виділяємо екстра - і інтропроективні форми марення.

Екстрапроективні форми марення характеризуються спотворенням процесу структуризації елементів зовнішнього середовища, що супроводжується виникненням у хворого порушень сприйняття і оцінки поведінки, намірів, мотивів вчинків оточуючих, спотворенням змісту ситуацій, ідентифікацією їх з ворожими, містичними та іншими установками (наприклад, при маренні ставлення, переслідування, дії, збитку, ревнощів та ін.). У хворого може виникати патологічне посилення проекції любовних відчуттів (еротичне марення) або проектна актуалізація комплексу переживань, пов'язаних з побоюваннями подружньої невірності (марення ревнощів).

Інтропроективні форми марення базуються на патологічних перетвореннях внутрішнього світу і ідентифікації хворого з якимись позитивними аспектами «Я», архетипічною фігурою «героя» (маревні ідеї величч, могутності, багатства, реформаторства) або з негативними аспектами власної особи і архетипом «тіні» (депресивні маревні ідеї самопригнічення або гріховності).

До інтропроективних форм марення належать іпохондричне марення, марення Котара, в основі яких лежить інтропроекція комплексу побоювань особи за своє тілесне здоров'я, уявлень про процеси соматичної деструкції.

Таким чином, марення як система є психопатологічною структурою, що виникає на основі порушень векторної організації процесів плотського і когнітивного пізнання, а також покладених в їх основу індивідуальних комплексів і архетипів особистості хворого.

Важливу роль у маревотворенні відіграє особистість. Схильність до формування паранояльних станів нерідко обумовлена сукупністю параноїчних і епілептоїдних властивостей темпераменту і характеру хворих: стійким спотворенням самооцінки у формі егоцентризму, підкресленої незалежності, хворобливої самозакоханості, переоцінки власних достоїнств; ригідністю психічних процесів, що виражаються в упертості, нездатності до компромісів, стійкості афектних переживань, злопам'ятності, ревнощів; високою енергетикою психічних процесів, що виявляються у стенічності, наполегливості, патологічній цілеспрямованості; комплексі неповноцінності і гіперрефлексією соціальних стосунків, що виражаються в підозрливості, підвищеній уразливості, нетерпимості до заперечень, готовності до контратак; інтелектуальною обмеженістю, відсутністю почуття гумору.

Незрозумілим в розумінні маревотворення є питання виникнення тієї або іншої фабули марення. Чому, наприклад, у людей, що живуть в різних культурно історичних умовах, що належать до різних етнічних і гендерних груп, фабула маревних станів залишається стійкою, універсальною і незалежною від культурних умов поточного часу? Варіанти фабули марення, виділені і описані психіатрами близько 200 років тому, зберігаються до цього часу, наповнюючись лише різним змістом, визначуваним

особистим досвідом хворого і ментальністю суспільства того історичного періоду, в якому він живе. Крім того, маревні ідеї часто не пов'язані з преморбідними особовими особливостями і реальними прагненнями або побоюваннями хворого. Чому, наприклад, людина, що ніколи не виявляла надмірного прагнення до самоствердження, у психотичному стані демонструє ідеї величі, могутності або багатства, а хворий, що ніколи не надавав значення розмовам про чаклунство, починає активно продукувати ідеї зачаклування і одержимості.

На наш погляд, найбільш адекватною концепцією, що може дати відповіді на ці питання, є теорія архетипів і колективного несвідомого К.Г. Юнга, який вважав, що останні містять властивості всього людства як певного цілого. Згідно з поглядами Юнга і прихильниками архетипічної психології несвідоме, що є резервуаром минулого особистості, вміщує в себе як особистий, так і колективний досвід. При цьому особисте несвідоме складається із заглушених спогадів, що ґрунтуються на відкинутому особистістю психічному матеріалі.

Колективне несвідоме згідно з Юнгом - це та психологічна спадщина, яка, як і біологічний досвід, будучи продуктом еволюції людської історії, вже з раннього віку міститься в психіці [70]. Незважаючи на це спірне твердження (спадковим або набутим є зміст колективного несвідомого), ми згодні з тим, що колективні ідеї і образи становлять частину індивідуального несвідомого.

Основою колективного несвідомого є архетипи, які є психічним матеріалом, що виражає моделі поведінки базових екзистенціальних фігур. У свідомості людини вони представлені у формі колективних універсальних патернів (моделей), що є основним змістом міфологічних сюжетів, легенд і казок. У окремої людини вони з'являються у сновидіннях, мареннях і при виникненні психічної патології.

Іншими словами можна сказати, що архетипи - це схеми якихось збірних образів і дій, що узагальнюють властивості і поведінку як міфологічних, так і історичних персонажів, які є абстрактними і персоніфікованими еталонами цінностей. Кожному архетипу, представленому у формі символічної фігури, властиві певні якості і стереотипи поведінки, оскільки кожна цінність має свій символічний і персоніфікований еталон.

К. Юнг і його послідовники виділяли декілька варіантів архетипів: «Героя», «Трікстера» (шахрая і лиходія), «Сенекса» (мудрого старця), «Великої матері», «Вічної юності» (пуера і пуели), «Мана-особистості» (магічного і надприродного), «Самості» (особистісного цілого), «Персони» (удаваного «Я») і «Тіні» (чогось пригнічуваного особистістю в собі).

Архетипи, як і індивідуальні комплекси, на наш погляд, і визначають фабулу маревних станів. Марення, таким чином, є психопатологічною структурою, що виникає внаслідок дезінтеграції захисних, репресивних механізмів контролю і рефлексії, вивільнення і проектного «сплеску» матеріалу глибинних шарів несвідомого, чим і є архетипічні фігури і численні комплекси особистості.

Співвідношення вже відомих характеристик деяких архетипів колективного несвідомого з фабулою і змістом маревних ідей дозволило нам запропонувати нову (архетипічну) систематику маревних станів [29].

«Герой». Культурному герою, який зустрічається в міфології всіх народів світу, властиві специфічні якості, цілі і спосіб життя. У більшості міфологій культурний герой - це напівбог, напівлюдина, яка інколи не знає свого отця, виховується матір'ю і в юності має схильності до порушення заборон. Він має героїчний характер - сміливий, самовпевнений, з сильною волею, прагненням до подолання демонічних противників (підступних духів, сил зла),

вирушає на пошуки, здійснює подвиги (ціною неймовірних зусиль перемагає чудовиськ, здобуває незвичайні скарби і чарівні речі, приносить людям еліксир життя та ін.), проходить через численні драматичні ситуації. Герой часто долає страждання, труднощі і перешкоди, нерідко отримуючи винагороду, популярність і славу після смерті.

Архетип «героя» відбивається в експансивних формах марення, виявляється в різкій трансформації особистості і спотворенні структури «Я». Хворі приписують собі властивості, які не відповідають їх освіті, статусу, інтелектуальним, фізичним і духовним можливостям. Вони заявляють про свої незвичайні здібності до телепатії, ясновидіння, вважають себе за винахідників космічних апаратів і суперзброї, «літописців всесвітньої історії», духовних вождів, реформаторів та ін. По суті, це група інтропроективних форм марення, які виникають у зв'язку із стійкою і тотальною ідентифікацією хворого з якимись аспектами архетипу «героя».

Марення величі - характеризується грандіозною переоцінкою своїх психічних і фізичних можливостей і свого положення в суспільстві.

Марення винахідництва - містить ідею здійснення грандіозних за значенням винаходів або наукових відкриттів, які, на думку хворого, в корені змінять спосіб життя всього людства.

Марення багатства - переконання хворого в тому, що він власник незчисленних скарбів, володіє «всіма золотими запасами землі».

Марення реформаторства - характеризується ідеями корінної перебудови в економічній, політичній або релігійній сферах в масштабах країни або всього світу. Нерідко поєднується з ідеями переслідування. Близькими за змістом є **мегаломанічне марення**, яке виражається в переконаності хворого в грандіозності свого впливу на світ,

марення месіанства - переконання хворого в тому, що він є рятівником або народу тієї країни, в якій він живе, або всього людства і його призначення - «встановлення царства Божого», «загального благоденствування і щастя людей».

Марення високого походження - переконаність хворого в своєму походженні від осіб, що займають високе положення в суспільстві (він онук або син всесвітньо відомого письменника, ученого, кінозірки, нащадок тих, що царюють, дуже впливових осіб). При цьому до справжніх батьків хворі проявляють вороже або поблажливе ставлення.

«Трікстер» - архетипічна фігура, що включає комплекс таких властивостей, як шахрай і пустун, блазень і божевільний, істота, схильна до вдавання, удається до хитрих і підступних дій, до порушення табу і суспільних норм. Крім того, у трікстера спостерігаються такі риси, як жорстокість, цинічність, бездушність, ненажерливість і хтивість. Фактично «трікстер» - це уособлення зла, хитрості і підступності, дії якого інколи можуть набувати відносно невразливі, принижуючі хворого форми, хоча частіше його дії мотивовані агресивними намірами. Проекція («звільнення») «трікстера», приписування його властивостей оточуючим в клінічній практиці відбивається в численних варіаціях марення інсценування, переслідування, малого масштабу (кухонного марення), помилкового пізнання Капгра.

Марення інсценування - переконання хворого в тому, що те, що відбувається навколо, є спеціально організованим інсценуванням, що переслідує особливі цілі. Хворий пов'язує це із залученням його до якогось хитромудрого експерименту, в якому він фігурує як піддослідний об'єкт. Підстроєність ситуації, на думку хворого, необхідна комусь для того, щоб показати його в гіршому світі, переві-

рити якісь якості або здібності, зрозуміти його наміри, спровокувати на якісь дії.

Марення переслідування - характеризується тенденцією хворого бачити спрямовані проти нього переслідування з боку інших людей, що часто супроводжується афектами тривоги і страху.

Марення малого масштабу (кухонне марення) - переконаність хворого у заподіюваних сусідами або близькими людьми діях, які спрямовані на нанесення йому матеріального збитку або для того, щоб викликати у нього моральні страждання. Сусіди підозрюються у дрібних крадіжках, проникненні в його квартиру, псуванні майна, що належить йому, у використанні його речей і одягу в особистих цілях.

Марення помилкового пізнання Капгра. Цю форму марення В.П. Сербський (1907) вперше описав під назвою «синдром змішування особи», пізніше її характеристики були детальніше викладені французьким психіатром Ж. Капгра (1923). Марення включає декілька варіантів: а) *синдром «позитивного двійника»*, коли хворий упізнає в людях, що його оточують, двійників своїх родичів, знайомих, просто відомих людей; б) *синдром «негативного двійника»* - переконання хворого в тому, що родич або знайомий, з яким він бачився, не справжній, а підставна фігура, «загримований двійник»; в) *симптом Фреголі*, коли хворі стверджують, що їх переслідувачі спеціально змінюють свою зовнішність, щоб залишитися невпізнаними. Хворі не завжди можуть пояснити причину зміни зовнішності і удаваної поведінки людей, інколи припускають необразливі наміри «двійників» (при синдромі «позитивного двійника» - «хочуть зробити приємне», «водять за ніс», «розігрують»), але частіше вказують на стеження і злі наміри з їх боку.

«Тінь» - архетипічна форма, що складається з матеріалу, пригніченого свідомістю суб'єкта. Її зміст включає ті тенденції, бажання, спогади і досвід, які несумісні з «персоною» і суперечать соціальним нормам і ідеалам особи. «Тінь» є резервуаром комплексів особи, які визначають потяг до влади, хворобливе честолюбство, сексуальні табуовані тенденції і фантазії, що викликають відчуття провини, сорому, розкаяння, від яких індивід прагне позбавитися [64]. До маревних станів, що базуються на архетипі «тіні» і його численних комплексах, можна віднести такі: марення звинувачення, невинності і помилування, самозвинувачення і гріховності, еротичного презирства і переслідування, марення ревнощів і зубожіння.

Марення звинувачення - варіант вторинного, часто депресивного марення, що характеризується ствердженням хворих, начеб то оточуючі приписують їм непорядні і непристойні (зокрема, злочинні) вчинки і дії, в яких вони не винні.

Марення невинності і помилування - маревні ідеї, зміст яких зводиться до того, що хворий не винен в інкримінованому йому «правопорушенні» або стверджує, що вирок скасований і він помилуваний. У рамках психогенного маревотворення спостерігається при «тюремних психозах», трапляється при шизофренії.

Марення самозвинувачення і гріховності - депресивне марення, що характеризується приписуванням собі нібито здійснених у минулому або в даний час вчинків, які наносять велику шкоду оточуючим, нерідко згубних для них. Ця форма марення нерідко супроводжується жагою покарання за свої вчинки і прагненням до самогубства.

Марення еротичного презирства – стан, що частіше виникає у самотніх і невлаштованих в особистому житті жінок, переконаних в тому, що оточуючі вважають їх жінками легкої поведінки.

Марення еротичного переслідування - маревні переконання, згідно з якими хворі вважають себе жертвами сексуальних образ і домагань з боку оточуючих. Частіше спостерігається у жінок, які стверджують, що їх переслідують чоловіки і жінки, що інколи допомагають їм. Можливі звинувачення деяких «об'єктів», включених в маревну систему, у згвалтуванні.

Марення ревнощів - марення, що характеризується ідеями подружньої невірності і заподіяваного хворому морального або матеріального збитку. В основі марення лежить екстрапроекція комплексу Клітемнестри, який включає переконання хворого в тому, що його дружина вороже ставиться до нього і щоб підтримувати сексуальні стосунки з коханцем, вступивши в змову з останнім, прагне його вбити.

Марення зубожіння - переконання хворого містить ідею про втрату ним і його сім'єю належних матеріальних цінностей.

«**Мана - особистість**» - персоніфікований архетипічний образ надприродної сили. У міфологіях різних культур він позначає приблизно одне й те саме. Маланезійське слово *мана* позначає чаклунські і нумінозні якості у богів або священних об'єктів. У кельтській міфології *мананнан* - це владика потойбічного світу на острові блаженних, який описується як вершник, що скаче по морю або їде по ньому на колісниці.

Мана – це особа, що втілює в собі магічну силу, яка проявляється в діях священика, мага, чаклуна, управителя людей і духів, цілителя, святого, героя, лідера, і може нести як позитивний, так і негативний заряд. До маревних станів, що виникли на підставі архетипу мана - особистості, можна віднести архаїчні форми марення - стани, у формуванні яких беруть участь марновірство, магічні уявлен-

ня і релігійні вірування: містичне марення, марення одержимості, дії.

Містичне марення - характеризується містичним вмістом хворобливих переживань і переконань хворого в тому, що з ним і з оточуючими відбувається щось незрозуміле і загадкове. До містичного марення відносять маревні ідеї релігійного змісту, твердження про спілкування з потойбічним світом та ін.

Марення одержимості - стан, що відображає переживання хворого про вселення в його тіло яких-небудь живих, нерідко фантастичних істот (наприклад, диявола, нечистої сили). Часто поєднується з *маренням оволодіння*, а при переживанні одержимості нечистою силою - з моворуховими галюцинаціями. **Дерматозойне марення** - один з варіантів одержимості тваринами (частіше комахами) з локалізацією хворобливих переживань в шкірі або підшкірній клітковині.

Марення дії - переконання хворого в тому, що його дії залежать від чужої волі, а тіло і процеси, що відбуваються в ньому, є об'єктами фізичної або психічної дії інших людей або істот. Розрізняють марення психічної (вплив гіпнозу, телепатії, пристріту) і фізичної дій (променів космічних, лазерних, атомних, теплових та ін.), а також переконання в зачаклуванні незрозумілими для хворого способами. Багато з цих форм марення можуть виникати у одного й того самого хворого.

«**Самість**». К. Юнг називав *самість* головним архетипом психіки людини, архетипом цілісності особистості, єдність її свідомості і несвідомого. Суб'єктивно *самість* виражається в переживанні цілісності і тотожності, включаючи соматичні процеси, тіло і його частини, психіку і її компоненти. Вона також є джерелом символів і образів цілісності.

Ми розглядаємо самість як сукупність диспозицій до певних сторін власної особистості, кожна з яких супроводжується специфічним комплексом відчуттів, уявлень, концептів і емоцій. Прикладом особистісних диспозицій можуть служити такі, як «моє здоров'я», «моя зовнішність», «мій інтелект», «мій духовний багаж», «моя сексуальність», «моя привабливість» і так далі. У патології, як нам здається, виникає дезінтеграція якихось частин самості і домінування однієї з них, яка і визначає фабулу марення. Процеси і механізми, які лежать в основі патології самості, ми назвали фрагментацією, редуплікацією і трансформацією.

Фрагментація - процес «подрібнення» самості на окремі частини і домінування у свідомості хворого одного з її інверсійних фрагментів (наприклад, в диспозиції «моє здоров'я» одна її частина «я абсолютно здоровий» має інверсійний полюс «я важко хворий», а диспозиція, що відображає в самості відношення до своєї зовнішності, включає таку інверсійну форму, як «я виродок»). Така форма патології самості знаходить віддзеркалення в іпохондричній і дисморфоманічній фабулі марення.

Дисморфоманічне марення - марення уявної потворності – переконання хворих в наявності у них грубих косметичних недоліків, що помітно і грубо спотворюють зовнішність. Вони вважають себе потворними через, як їм здається, «деформовані» частини свого обличчя (переконані, що у них відразливо величезні «козлині» вуха, довгий, «як у Буратіно», ніс, вузький лоб, дикі, «як у мавпи», очі). Маревне сприйняття стосується й інших частин тіла - ніг, грудей, геніталій. Нерідко хворі переконані в тому, що від них відходять неприємні запахи (сечі, калу, сперми, кишкових газів, що виділяються мимоволі). Дисморфоманічне марення часто поєднується з ідеями стосунків і акти-

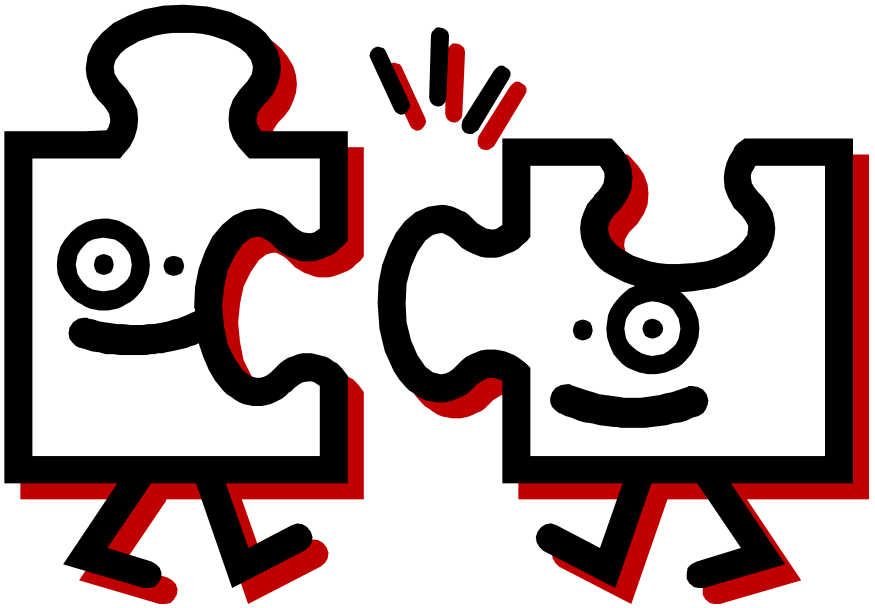
вним прагненням хворих до виправлення своїх уявних фізичних недоліків.

Редуплікація - помноження (подвоєння, потроєння), «клонування» якихось частин самості, що супроводжується їх проекцією зовні. Цей механізм, що лежить в основі патології самості, на наш погляд, виявляється у формуванні такого маревного стану, як марення двійника (двійників).

Трансформація самості - процес тимчасової заміни самості індивіда звичками і поведками іншої істоти. Клінічною моделлю даного виду патології, що дозволяє досліджувати ще грубіші порушення структури самості, може служити марення метаморфози (метаболічні, зооантропічні форми марення). Індивідуальна самість хворого на деякий час неначе замінюється іншою, не відповідною колишній самості суттю.

Марення метаморфози - переконання хворого в тому, що він перетворюється на неживі предмети, тварин (вовка - лікантропія, собаку - кінантропія, кішку - галеантропія, птаха, корову і так далі) або іншу живу істоту (Бога, диявола, інопланетянина, іншу людину), що виявляється в манері його поведінки, відповідній «новій» самості. Індивідуальна самість хворого на якийсь час неначе замінюється іншою суттю і змістом, що не відповідає колишній самості.

Таким чином, при маревних станах, що супроводжуються дезінтеграцією багатьох психічних функцій, у тому числі і системотвірної функції свідомості і самосвідомості, відбувається порушення структурованої діяльності проекції і механізмів контролю, що супроводжується заповненням внутрішнього і зовнішнього світу хворого психічним матеріалом, що складається з уламків його комплексів і архетипів індивідуального несвідомого.



Розділ ІУ
Психотерапія
спотворень мислення
(основи когнітивної терапії)

Людина завжди буває здобиччю сповідуваних ним істин.

А. Камю

Когнітивна терапія як метод короткострокової психотерапії, орієнтованої на сьогоdnішнього пацієнта, був розроблений американським психологом і психіатром Аароном Беком на початку шестидесятих років минулого



Аарон Бек



Альберт Елліс

століття. Запропонований ним підхід спочатку реалізовувався для лікування депресій, далі його стали використовувати для терапії інших психічних розладів. Незважаючи на удосконалення і модифікації цього методу, які виникли пізніше, когнітивна модель психічних розладів і психологічних проблем, що виникають у людей, залишилася практично незмінною. Були розроблені різні форми когнітивної терапії: раціонально - емотивна терапія, яка була запропонована Альбертом Еллісом (1962), когнітивно-поведінкова терапія Дональда Мейхенбаума, мультимодальна терапія Арнольда Лазаруса. Значний внесок у розвиток когнітивної терапії зробили Майкл Махоні, Вітторіо Гьюдано, Джованні Ліотті та інші.

У результаті проведеної серії контрольних експериментів у кінці семидесятих років когнітивна терапія як медична модель психотерапії підтвердила свою ефективність при лікуванні цілого ряду психічних захворювань (депресії, генералізованого тривожного розладу, панічного роз-

ладу, невротичних станів, соціофобій, розладів унаслідок застосування психоактивних речовин, розладів прийому їжі і так далі) [4].

Когнітивна терапія є терапією вибору в тих випадках, коли пацієнт відмовляється від ліків і віддає перевагу психологічному лікуванню. Вона може застосовуватися у поєднанні з фармакотерапією в амбулаторних і стаціонарних умовах [51].

В останні десятиліття когнітивна терапія вийшла за межі психіатрії і широко використовується для вирішення психологічних проблем у відносинах між партнерами, в корекції сімейних колізій, з людьми, що відбувають покарання в місцях позбавлення волі, із школярами і багатьма іншими категоріями людей. З'ясовано, що когнітивна терапія ефективна незалежно від рівня освіти індивіда, його походження, віку і статі .

А. Бек відзначав, що когнітивний підхід найбільш ефективний для пацієнтів, здатних до інтроспекції і схильних до міркувань про свої думки і фантазії. Застосовувати когнітивну терапію можна тоді, коли проблеми пацієнта досить чітко прояснені і виявлені його когнітивні спотворення. В той же час когнітивна терапія не може бути єдиним засобом лікування тяжких форм депресії й інших психотичних станів.

Незважаючи на різні підходи, що існують у рамках когнітивної терапії, їх об'єднують базові наукові позиції, що стосуються принципів функціонування психіки. Основна ідея *когнітивної моделі* вивчення психіки виражається в тому, що мислення (його структура, процеси, результати діяльності) є ключовою функцією у формуванні емоційних станів і поведінки людини. У зв'язку з цим спотворення когнітивної діяльності приводять до утворення неадаптивних станів в емоційній і поведінковій сферах особистості.

Для виявлення і опису когнітивних розладів автори користуються різним, але близьким за змістом понятійним апаратом. У А. Бека - це автоматичні думки, когнітивні помилки, проміжні і глибинні переконання, когнітивна концептуалізація, компенсаторні стратегії. Основні положення і погляди А. Елліса відбиті в його теорії АВС і таких поняттях, як ірраціональні думки (установки), холодні, теплі, гарячі когніції, раціонально-емотивна уява.

У зв'язку із домінуванням когнітивної моделі виникнення проблем основним завданням терапії є прагнення терапевта за допомогою спеціальної техніки і прийомів до виявлення помилкових когніцій і в процесі лікування або консультування заміни їх на адаптивні. У процесі консультування когнітивний терапевт прагне навчити пацієнта використовувати прийоми і методики терапії для надання самодопомоги поза спілкуванням із фахівцем.

4.1 Концептуальні основи когнітивної терапії

4.1.1 Основні положення концепції А. Бека

Людина може зробити помилку; визнання її ушляхетнює. Але двічі ушляхетнює, якщо людина виправить помилку.

Навої

Когнітивна концептуалізація – процес виявлення, визначення і інтерпретації труднощів пацієнта в когнітивних термінах, що дає можливість терапевту формулювати цілі, визначати план терапії, що проводиться, успішно працювати з автоматичними думками, переконаннями і поведінкою пацієнта, підбирати необхідну для цього терапевтичну техніку. На основі формульованих терапевтом

гіпотез концептуалізація починається з першої сесії і уточнюється на кожній подальшій аж до завершення терапії. Для здійснення цього процесу терапевт тримає в полі своєї уваги такі ключові питання, які допомагають перевіряти модель концептуалізації конкретного випадку і переконуватися в її точності і достовірності.

- Що відбувається в житті пацієнта в даний час і як він це сприймає?

- Які його поточні проблеми?

- Що привело у пацієнта до розвитку розладу або проблеми?

- Які події і взаємодії з оточуючими для нього значущі?

- Які переконання роблять пацієнта більш вразливим до різних життєвих ситуацій?

- Які установки раннього віку і набутий досвід сприяють виникненню проблеми?

- Завдяки яким автоматичним думкам, образам, вчинкам і діям тримається цей розлад?

- Які проміжні проблеми (припущення, очікування, правила, стосунки) пацієнта?

- Якими глибинними переконаннями керується пацієнт стосовно себе, світу, інших людей?

- Які стратегії використовуються пацієнтом для того, щоб справитися з впливом власних негативних переконань?

З раннього віку у людини формуються певні погляди на різні сторони життя: природу навколишнього світу, своє місце в ньому, до самої себе, ставлення до оточуючих. Ці погляди особистості можуть бути раціональними і ірраціональними, проте саме через їх призму людина інтерпретує все те, з чим вона взаємодіє, зокрема, через призму засвоєних помилкових переконань.

Взаємозв'язок основних елементів когнітивної діяльності особистості відображено на рисунку 2.

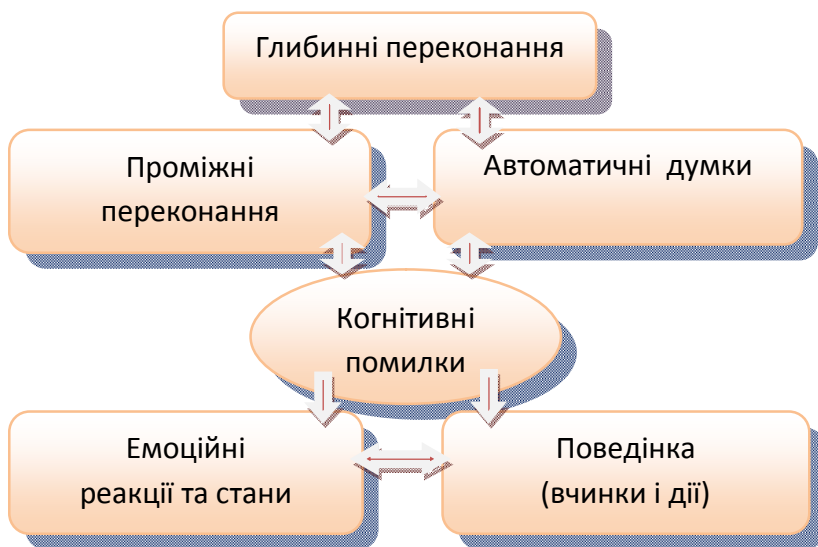


Рисунок 2 - Структура когнітивної діяльності за А.Беком

Глибинні переконання – це узагальнені когнітивні структури («схеми»), внутрішні когнітивні програми, що охоплюють багато пластів психічної діяльності, організують досвід і поведінку людини. Це концептуальні особистісні установки, що моделюють погляди людини на деякі сторони життя і на саму себе. Глибинні переконання дозволяють особистості здійснювати дії від моменту виникнення потреби, постановки цілей до їх реалізації. Виникнення проблем або психічних розладів у когнітивній терапії розглядається як результат активізації неадаптивних переконань і гальмування (витіснення) більш адаптивних схем.

Глибинні переконання можуть бути позитивними і негативними. Наприклад, індивід може оцінювати власну значущість в такій формі, як - «я привабливий (здатний,

розумний, хороший)», вольові якості - «я контролюю ситуацію», «я справлюся», «я впевнений в собі», стосунки з оточуючими - «мене цінують», «я – людина, популярна у своєму середовищі».

На формування негативних глибинних переконань («ранні негативні схеми») впливають різні фруструючі і стресові ситуації дитячого і підліткового віку. Це виражається в упевненості індивіда в тому, що батьки не люблять його або більше люблять брата і сестру, що його здібності гірші, ніж у товаришів, що він – постійний об'єкт осміяння з боку однолітків, вчителів, батьків. Глибинне переконання може виявлятися в упевненості в тому, що людина не виправдовує очікувань своїх близьких, вчителів, товаришів.

Глибинні переконання легше виявляються в ситуації сильної емоційної напруги і включаються при зіткненні із специфічними стресовими ситуаціями і обставинами. У зв'язку з тим, що негативні глибинні переконання зливаються в єдину асоціативну систему, особливо у пацієнтів з розладами особистості, їх важко коригувати і замінювати позитивними когніціями.

У когнітивній терапії прийнято виділяти дві категорії негативних глибинних переконань: переконання безпорадності і переконання неприйняття. Деякі глибинні переконання належать одночасно обом групам [5].

Переконання безпорадності – переконання особи у власній неспроможності («я ні на що не здатний, безсилий, неуспішний, не контролюю ситуацію, невдаха, мене не поважають, зневажають, я не такий, як усі»).

Переконання неприйняття – переконання у власній непривабливості для інших («я небажаний, поганий, мене не поважають і не люблять, мені ніхто не допомагає, мене всі кидають, обдурюють»).

Проміжні переконання – комплекс окремих думок і поглядів особи, що алогічно виражають відношення особи до певних сторін життя. Перебуваючи в структурі базових глибинних переконань, проміжні переконання приводять до появи автоматичних думок і систематичних когнітивних помилок, що визначають тактику поведінки людини, зміст її думок і оцінок. Вони погано усвідомлюються і вербалізуються, тобто нечітко описуються словами, і виявляються у формі стосунків, припущень і правил.

Стосунки – оціночні переконання, що стосуються якихось аспектів власної особистості або інших людей, супроводжуються сильними емоційними переживаннями, які виражаються в таких формах, як «це жахливо», «на мене потім будуть пальцем показувати», «як соромно, яка ганьба».

Припущення – переконання особистості, що стосуються умов досягнення цілей, вирішення завдань, виражені у формі: «Якщо я буду (не буду), це приведе до (позитивних або негативних) наслідків».

Правила – переконання повинності, які виражаються в розпорядженнях слідувати певним чином для досягнення цілей («Я повинен... не можна... мені потрібно...це мій прямий обов'язок»).

Когнітивне зрушення – зміна стану пацієнта, коли змінюється баланс позитивних і негативних базових переконань, концептуальних програм особистості. Наприклад, для тривожних осіб характерним є легке активування «програми виживання», тому індивід з домінуванням цієї установки з потоку зовнішньої інформації вважає за краще фіксувати увагу на сигналах небезпеки і блокувати сигнали безпеки. У результаті його поведінка часто виявляється в надмірній чутливості до фактів з невизначеним змістом або трохи напружених ситуацій як до реальних погроз і реагувати на них реакціями гальмування і уникнення. За-

лежно від типу особистості і виникаючих емоційних розладів такі програми можуть бути «депресивними», «тривожними», «панічними» і так далі.

Приховані (проміжні і глибинні) переконання визначають особливості сприйняття поточних і минулих ситуацій або подій і виражають відношення до них у формі автоматичних думок, які, у свою чергу, впливають на формування емоційних реакцій і вчинків індивіда.

Автоматичні думки – спонтанно виникаючі думки або образи, які, знаходячись у структурі потоку ситуативних довільних думок, ведуть до спотворення процесу оцінювання суб'єктом певних аспектів дійсності, способів вирішення проблем, стосунків до оточуючих людей і власної особи, до генерування негативних емоційних станів і непродуктивних форм поведінки.

Особливостями автоматичних думок є те, що вони:

- швидкоплинні, фрагментарні, часто набувають «стенографічної» форми, можуть існувати вербально і візуально у формі образів і уявлень або поєднуватися одна з одною;

- не усвідомлюються через слабку здатність особистості до рефлексії. Часткове усвідомлення може стосуватися тільки їх емоційного супроводу (смутку, тривоги, злості, роздратування, збентеження, сорому та ін.), який часто збігається із змістом автоматичних думок;

- можуть відповідати або не відповідати об'єктивним фактам, але висновки, які робить пацієнт, враховуючи, що він не може їх контролювати і обдумувати, як правило, неправильні;

- діють деструктивно, виступаючи в ролі прихованих мотивів, і індивід, слідуючи їм, часто не досягає мети, відмовляється від неї або вибирає неправильні способи її реалізації;

- мають тенденцію до нав'язливих повторень, тому навіть при усвідомленні особистістю неконструктивності останніх їх складно усунути і нейтралізувати.

Компенсаторні стратегії – вироблені пацієнтом форми поведінки, що дозволяють справлятися з негативними глибинними переконаннями. Компенсаторні стилі поведінки можуть бути різними: оптимальними, адаптивними і неадаптивними, такими, що призводять до виникнення проблем, що сприймаються індивідом як хворобливі і важковирішувані. Наприклад, пацієнт для нейтралізації і подолання своїх проблем і ігнорування переживань власної неспроможності може ставити завищені цілі, докладати надмірних зусиль у будь-якому виді діяльності, проявляти підвищену пильність до своїх недоліків і невдач, не звертатися по допомогу, оскільки подібна поведінка, із його точки зору, є прикладом слабкості характеру. В іншому випадку компенсаторна стратегія може виявлятися у відмові від діяльності, заниженні цілей, недостатній підготовленості до зустрічі з важливою подією, постійним очікуванням допомоги від інших людей.

Когнітивні помилки – систематичні логічні помилки в думках, що виникають на основі проміжних і глибинних негативних переконань, що легко виявляються при аналізі автоматичних думок.

Кращий спосіб розповісти пацієнтові про логічну помилку – звернути на неї увагу тоді, коли вона виявляється безпосередньо під час бесіди, підкреслюючи, що логічні помилки спотворюють факти і дозволяють лише на якийсь час відсунути існуючі проблеми.

Нижче наведений опис найбільш поширених видів когнітивних помилок, які трапляються в повсякденному житті в нормі і при психічній патології [33].

Амфіболія (від грецьк. *amphibolia* – двозначність, подвійність) – логічна помилка, в основі якої лежить вико-

ристання багатозначних мовних виразів. Трапляється у формі свідомих висловів, інколи є основою парадоксального («чорного») гумору, зустрічається при психічних розладах. Наприклад, хвора заявляє: «Я - цариця!». З'ясовується, що до такого висновку вона дійшла, оскільки «троянда – цариця квітів», а її ім'я Роза.

Гіперболізування - спотворене мислення, побудоване на перебільшенні ролі якихось якостей, станів, переживань індивіда або обставин в їх впливі на процеси організації і успішності (або неуспішності) свого або чужого життя. Можна виділити декілька варіантів гіперболізування.

Апеляція до минулого при прогнозуванні майбутнього - переконання індивіда в тому, що якщо щось було справедливим раніше, буде справедливим завжди.

Перебільшення сили - гіперболізація можливостей сили волі і особистої ініціативи в подоланні хвороби або життєвих труднощів. Люди з подібною позицією можуть вважати, що деякі психічні розлади, алкоголізм, наркоманія, депресія - це прояв безвілля, небажання «взяти себе в руки».

Сенситивність - гіперболізація емоцій і відчуттів, які можуть виникати у кожного, але у індивіда у спотвореному мисленні вони перетворюються на страхітливі і всеосяжні переживання. Наприклад, депресивні хворі поглинені власними негативними відчуттями і не вірять, що можуть видужати.

Увічнення - людина стверджує, що ніколи не буде щасливою, завжди відчуватиме страх, ніколи не радітиме, не змінить своїх поглядів на життя.

Надмірна персональна відповідальність - причину своїх неприємностей і невдач людина приписує собі. Гіперболізуючи власну провину, індивід вважає, що його

байдужість, безвідповідальність, неухважність, страх за-
подіюють шкоду іншим людям.

Дихотомізм мислення - категоричні і максималі-
стські оцінки подій, людей, їх вчинків, особистих якос-
тей, соціальних і культурних цінностей, які розглядають-
ся особою як взаємовиключні варіанти («добре» або «по-
гано», «все або нічого», «дуже розумний - дурень», «чо-
рне - біле», «чудово - огидно»).

Доведення «недоведеної підстави» - логічна по-
милка, що полягає в тому, що до аргументів доведення
включається положення, яке саме потребує доведення
або коли положення, що доводиться, намагаються вивес-
ти з помилкових посилок (аргументів).

Вибіркова абстракція - висновки, що базуються
на схильності особистості проявляти увагу до деталей,
вилучених з контексту події, вчинку, вислову при одно-
часному ігноруванні істотної інформації. Одним із
крайніх варіантів цієї логічної помилки є «тунельний зір»
- схильність сприймати тільки те, що відповідає на-
строю, хоча сприймана подія може бути лише части-
ною масштабнішої ситуації.

Наклеювання ярликів - помилка на базі упере-
джених стосунків між партнерами, які постійно прикле-
юють критичні ярлики, звинувачуючи один одного в не-
ухважності, грубості, дурості та інших недоліках, і гостро
на них реагують, неначе вони відображають реальні яко-
сті і схильності індивіда.

Помилка довільного висновку - помилка при до-
веденні, коли доводжувана теза не впливає логічно з
аргументів, а довільно приєднується до них за допомо-
гою слів «таким чином», «отже» і тому подібне

Патологізування - спотворена оцінка вчинків,
дій, особливостей особистості в результаті приписування
людині патологічних мотивів і ознак психічної або фізи-

чної патології. Особливо це помітно стосовно тих людей, які перебувають під спостереженням у психотерапевта або психіатра. Патологізування дозволяє реалізовувати свою схильність стигматизацій людей і виправдовувати власну ворожість до них.

Персоналізація - спотворена оцінка випадкових подій, приписування їм негативної дії стосовно власної особи через розвинене почуття провини або надмірної підозрілості. У таких випадках ситуації, що не мають до індивіда прямого відношення, сприймаються як персональна загроза. Людина відчуває себе причиною багатьох неприємностей.

Перфекціонізм – переконання індивіда в тому, що сенс існування людини полягає у прагненні до досягнення вищих стандартів у поведінці, професійній діяльності, рівні освіти і інтелектуальних досягненнях. Цінність особи і її основних орієнтацій, таким чином, визначається відповідністю вищеназваним стандартам і еталонам («Я маю бути краще за всіх у всьому», «Я не маю права на помилки»).

Пошук поважної причини – захист ірраціональної позиції за допомогою більш приємних, але не логічних аргументів. Щоб виправдати і підтримувати свої почуття і стосунки, індивід вигадує їм пристойні причини, шукає переконливі способи демонстрації своєї правоти. Це когніція, що самопідкріплюється, оскільки віра в неї на якийсь час може покращувати емоційний стан людини і в той самий час захищає особистість від раціонального вирішення проблеми. Наприклад, алкоголік свій потяг до алкоголю пояснює тим, що має право на випивку після важкого робочого тижня або до випивки його підштовхує дружина. Тривожний пацієнт свої страхи часто пояснює особливою особистою чутливістю або тим, що він є жертвою якихось психотравмуючих подій минулого.

«Після цього, отже, унаслідок цього» - логічна помилка, що полягає в тому, що проста послідовність розвитку подій сприймається індивідом як причинно-наслідковий зв'язок. Наприклад, деякі люди можуть вважати, що грім – причина блискавки. Така сама помилка може виникати під час діагностики, що приводить до її спрощення. Наприклад, якщо виникненню маревного психозу передувала психотравма, стан хворого може розцінюватися як реактивний параноїд, черепномозкова травма – травматичний психоз. Якщо у хворого мають місце ознаки алкоголізму, психотичні розлади автоматично кваліфікуються як алкогольний психоз.

Психологізування - помилка, що базується на прагненні індивіда пояснювати багато життєвих обставин, події, стосунки між людьми виключно психологічними причинами, що може приводити до спотворення висновків. Так, людина може вважати, що самотні люди відчують страх перед одруженням і мають сексуальні проблеми, одиничні випадки забудькуватості трактують як витіснення і прояв ворожості до себе. Подібна помилка частіше зустрічається у недовірливих, сенситивних осіб або людей, схильних до самоствердження через використання неглибоких психологічних знань.

Надузагальнення - розумовий процес генералізації окремих фактів, явищ, характеристик, які зустрічаються в окремих випадках, на всі випадки, які трохи схожі на них. На думку людини з таким спотворенням мислення, те, що справедливе (несправедливе) для даної ситуації, буде справедливе (несправедливе) і розумне (безрозсудне) для інших зовні схожих ситуацій; що правильне в одному випадку, буде правильне і в інших.

Посилання на традиції - твердження, що апелюють до правильності, надійності і розумності традицій, звичаїв, поглядів, деяких соціальних норм, визнаних бі-

льшістю людей. Людина у своїй аргументації посилається на традиційний досвід оточуючих (стосовно причини пристриту - «в це вірять багато людей», «моя тітка завжди говорила...»).

«Жахотифікація» («катастрофізація») - негативна оцінка подій, які вже відбулися, розвиваються або відбуватимуться, що базуються на приписуванні індивідом найгіршого результату зі всіх можливих варіантів. Людина з подібним спотворенням мислення схильна тільки до негативної оцінки різних сторін життя: інтимних стосунків, успіхів, свого здоров'я, особистих і моральних якостей інших людей, соціальної і політичної ситуації в країні і так далі.

«Мета виправдовує засоби» - переконання індивіда в тому, що до соціально корисних цілей можна йти будь-яким шляхом, використовуючи при цьому навіть обман і насильство, придушення права особи. Прикладом цієї форми помилок може служити переконання людини в тому, що позитивні наміри важливіші кінцевих результатів. Наприклад, вона може вважати, що жорстокість виправдана і корисна, якщо націлена на боротьбу з несправедливістю, що за допомогою терактів можна боротися за свободу.

4.1.2 Основні положення концепції РЕТ А. Елліса

Сперечатися набагато легше,
ніж розуміти.

Флобер

Назву методу, виражену в абревіатурі РЕТ (раціонально-емоційна терапія), а з 1993 року РЕПТ (раціонально-емоційно-поведінкова терапія), А. Елліс підкреслює у

взаємозв'язку трьох основних психічних сфер (мислення, емоцій і поведінки) при проведенні терапії. У широкому сенсі термін «раціональне» використовується Еллісом як синонім когнітивної пізнавальної здатності людини. Термін «поведінкова» був уведений для того, щоб підкреслити значущість цього напрямку при проведенні терапії і процедур консультування [68].

Теорія АВС. В англійській мові аббревіатура АВС в теорії А.Елліса походить від перших букв таких слів: А – activating experience – активуючий досвід; В – beliefs - переконання, вірування; С – consequences – наслідки (емоційні і поведінкові реакції на ситуацію або подію). Пізніше до своєї схеми А. Елліс додав нові елементи: D – disputing – дискусія ірраціональних установок, Е – effective - нова ефективна філософія життя.

Схему АВС в аббревіатурі слів української мови можна подати таким чином – **А** → **П** → **Р**, де:

А – активуючі ситуації і події, які в нормі впливають позитивно на особу (сприяють реалізації мети, сприймаються як позитивні) або оцінюються як деструктивні, перешкоджаючи реалізації поставлених індивідом завдань;

П – комплекс раціональних і ірраціональних переконань особи: одні підштовхують до домінування позитивних форм мислення, інші ґрунтуються тільки на негативних оцінках різних сторін життя («все погано», «мені не подобається», «це ганьба», «немає ніякого виходу» та ін.);

Р – наслідки реакцій індивіда на А у формі певних емоційних станів і поведінки. За наявності у індивіда раціональних переконань емоційні стани можуть виражатися у формі задоволення або переживання відчуття щастя, на поведінковому рівні – прагнення до А і його повторення. При домінуванні негативних переконань реакції на А емоційні наслідки можуть виражатися у формі тривоги, стра-

ху, агресії і в тенденції до відходження від хворобливих ситуацій, спробах усунути їх (поведінкові наслідки).

У РЕТ виділяють два види пізнання: *дискриптивне*, що відображає подію на рівні сприйняття і описових характеристик, і *оцінне* – пізнання, що включає оцінки у вигляді раціональних або ірраціональних когніцій. Ірраціональні оцінні когніції можуть призводити до подальшого спотворення емоцій і поведінки [69].

Слід пам'ятати, що пацієнт при описі психотравмуючої ситуації (А) нерідко зміщує подію, яка сталася реально, суб'єктивне сприйняття і його власну оцінку. Пацієнт може ухилятися від віддзеркалення самої суті А у зв'язку із страхом перед тим, що терапевт не зрозуміє його погляди або засудить їх. Іноді невизначеність опису А може свідчити про звичний когнітивний стиль пацієнта, що прагне до відходження від травматичних ситуацій. Крім того, виділяються поняття первинне і вторинне А. Первинне А – перша травматична ситуація, що призвела до виникнення у пацієнта емоційних проблем, хворобливих симптомів, розладів поведінки, вторинне А - коли останні стають активатором подальшого розвитку подій і запускають такий ланцюг реакцій, який можна виразити такою формулою $A1 \rightarrow P1 \rightarrow P1 \rightarrow A2 \rightarrow P2 \rightarrow P2$.

У теорії РЕТ використовується термін «**ірраціональні думки**» (установки), виникнення яких пов'язане з минулим індивіда, коли дитина ще не має можливості спростувати їх на поведінковому рівні через відсутність відповідного досвіду. На відміну від раціональних суджень, які включають такі характеристики – реалістичність віддзеркалення дійсності, довіреність, відсутність жорстких розпоряджень розвитку подій тільки певним чином, помірний емоційний супровід, можливість контролю над думками, емоціями і вибором рішень з боку суб'єкта, ірраціональні переконання включають такі ознаки [38].

Ірраціональні судження спотворено відображають реальність за рахунок гіперболізації якоїсь однієї сторони події або характеристики особистості, містять крайній ступінь оцінки ситуації і тому частіше виражаються такими словами, як «жах», «морок», «приголомшливо», «кінець світу» та ін.

В ірраціональних судженнях містяться імперативи особистості, вимоги, що не зазнають заперечень. Свобода вибору для особистості стає неможливою, оскільки інші варіанти розвитку ситуації або стосунків не розглядаються. Судження можуть бути звернені до світу («справедливості на цьому світі не доб'єшся»), до інших людей («мене ніхто не цінує і не розуміє»), до самого себе («я завжди, за будь-яких умов маю бути на висоті»).

Ірраціональні переконання поступово приводять людину до хронічної емоційної напруги, апатії, інших емоційних розладів, що різко знижує її можливість продуктивно вирішувати заплановані завдання і долати актуальні проблеми.

Ірраціональні переконання обмежують свободу вибору індивіда. Це відбувається через фіксацію тільки на одній меті або на одному факті, що заважає особистості побачити ширший контекст, в якому існує її актуальна проблема.

Елліс виділяє чотири основні групи ірраціональних думок, які можуть призвести до формування у пацієнта проблемної ситуації або навіть психічних розладів.

1. Установки повинності – переконаність пацієнта в тому, що він повинен реалізовувати засвоєні ним принципи і світоглядні погляди незалежно від того, що відбувається у навколишньому світі. Такі установки можуть бути звернені до себе, оточуючих і ситуацій. Наприклад, «у світі повинна панувати справедливість», «люди мають бути чесними і моральними». Категоричність і імперативність по-

дібних переконань частіше зустрічається в підлітковому віці.

2. Установки перебільшення (драматизації або катастрофізації) - схильність індивіда до надмірного гіперболізування окремих подій, ситуацій і фактів, особливо їх негативних наслідків, для особи або для суспільства в цілому. Установки перебільшення виражаються в крайній, максималістській, гротескній словесній формі: «ще жахливо... огидно... нестерпно... ганьба!».

3. Установки обов'язкової реалізації своїх потреб – переконаність особи в тому, що переживання повної самореалізації і щастя можливе лише за умови обов'язкового здійснення своїх бажань, володіння певними якостями і речами, реалізації поставлених цілей. Наявність такого роду установок приводить до того, що бажання набувають форми імперативів, які викликають дисонансні переживання, приводять до формування внутрішнього конфлікту і, зрештою, – до дезадаптації.

4. Оцінні установки – схильність індивіда до гіперболізації окремих характеристик поведінки людей і їх особистих якостей, прагнення розглядати цю частину (фрагмент) як ціле. Відношення пацієнта до локального аспекту якоїсь властивості іншої людини і поведінки стає, таким чином, його загальною оцінкою. Наприклад, «він обдурив мене, вірити йому не можна. Від нього можна чекати чого завгодно».

Холодні, теплі і гарячі когніції. Стійкість зв'язку думок і відчуттів може бути різною, і це багато в чому визначає інтенсивність і гнучкість поведінки індивіда. Враховуючи варіації цієї сторони когнітивної діяльності, А.Елліс виділяє холодні, теплі і гарячі когніції.

Холодні когніції - дискриптивні (описові) когніції, що передбачають байдужі або відносно нейтральні переживання. Холодні когніції, як правило, не спотворюють

оцінного відношення індивіда до ситуації і не викликають негативних емоцій.

Теплі когніції – комплекс раціональних поглядів індивіда, що відрізняються гнучкістю емоційно-когнітивних зв'язків. Судження про розвиток подій тим або іншим чином виражаються у формі побажань і переваг. Емоції і почуття, що супроводжують такого роду когніції, помірні за силою, не фіксуються у свідомості суб'єкта надовго і тому не здатні блокувати його поведінку. Вони легко усвідомлюються і коригуються.

Гарячі когніції - жорсткі емоційно-когнітивні установки, що діють як вимоги, розпорядження, накази, що супроводжуються переживанням сильних, інтенсивних відчуттів і жорстким програмуванням оцінного відношення індивіда до певних подій і фактів.

Прикладом для ілюстрації може служити виробнича ситуація, що супроводжується напруженими стосунками між співробітниками. Один індивід сприйме її як природну і прийнятну, що не має особливого значення (холодна когніція – «без притирання на роботі жити не можна»). Інший намагатиметься надати їй раціонального вигляду, з розумінням поставиться до колізій виробничих стосунків – «працювати разом і не посваритися – нудно і не цікаво. Здорові претензії одне до одного корисні. Інколи це стимулює» (теплі когніції). У сприйнятті і оцінках третьої особи звучатимуть образа і обурення («Це нестерпно! Він, молодкосос, посмів зробити мені зауваження. Він не згоден з тим, що я пропоную!») (гарячі когніції).

4.2 Принципи когнітивної терапії

У кого не усвідомлені принципи, у того не лише в голові сумбур, але і в справах нісенітниця.

М.Г. Чернишевський

1. Оцінка терапевтичних випадків (проблемних ситуацій) розглядається в термінах когнітивної терапії. Терапевт (консультант) спочатку виявляє поточне мислення пацієнта, що викликало у нього негативні емоції і проблемну поведінку (наприклад, прагнення до ізоляції, відмова від допомоги, схильність при обговоренні проблем демонструвати дратівливість, агресивність). Потім визначає сприяючі чинники, що впливають на сприйняття. Далі формулює *гіпотезу про формуючі події* і стійкі *способи їх інтерпретації*, які призвели до виникнення у пацієнта психічного розладу або важкої нерозв'язної для нього проблемної ситуації. Уявлення про пацієнта поступово диференціюється, в процесі сесії терапевт ділиться з ним своїми припущеннями, уточнює їх. Процес взаємодії постійно супроводжується *навчанням пацієнта розглядати свій досвід через призму когнітивної моделі*.

2. Когнітивна терапія вимагає створення міцного *терапевтичного альянсу*, до якого постійно повинен прагнути терапевт. На початкових етапах терапії багатьом пацієнтам складно встановлювати довірчі стосунки з терапевтом, оскільки їм часто не зрозумілі способи роботи психотерапевта, завдання, що стоять перед ними, нові поняття, які їм необхідно засвоїти. Для цього потрібні прояви теплоти, уваги, активізація терапевтом свого *емпатичного потенціалу*. Терапевт повинен співчутливо вислуховувати пацієнта, ніколи його не засуджувати, точно узагальнювати по-

чуті думки і оцінки, демонструвати реалістичний оптимізм [5].

3. Принцип співпраці і активної взаємодії.

Терапевт спонукає пацієнта відноситися до терапії як до командної роботи: разом вирішувати, яким питанням присвятити наступну сесію, як часто зустрічатися, які домашні завдання виконувати між зустрічами. На початку активність в розробленні порядку денного і в підведенні підсумків після кожної сесії проявляє терапевт, проте досягши позитивних результатів пацієнта заохочують до активніших дій (він може сам пропонувати теми для бесід, виявляти спотворення власного мислення, підбивати підсумки, визначати зміст домашніх завдань).

4. *Принцип орієнтації на мету, фокусування на проблемі.* Вже у процесі проведення першої сесії терапевт пропонує пацієнтові перелічити хвилюючі його проблеми і визначити, яких змін він потребує. Виявивши ті проблеми, що заважають адаптивній поведінці проблеми, терапевт пропонує пацієнтові *оцінити обгрунтованість думок, що перешкоджають досягненню його цілей* (це можуть бути думки про власну нікчемність, нерішучість, пов'язані з переживаннями самотності, непотрібності та ін.). Виявлення спотворень у сфері мислення і поступове *зміцнення навичок коригування власних думок* допомагає пацієнтові вирішувати актуальні для нього проблеми і покращувати стосунки з оточуючими. Таким чином, пацієнт навчається навичку адекватного сприйняття власних дисфункціональних думок, через які не може в адекватній формі використовувати раніше набутий досвід.

5. Принцип орієнтації на сьогодення. У процесі лікування терапевт і пацієнт, особливо на початкових етапах, повинні *фіксувати увагу на поточних проблемах*, що хвилюють або дезадаптують пацієнта. Обговорення і реалістична оцінка подій, що травмують пацієнта, і ситуацій у

даний момент часу веде до поліпшення самопочуття і редукції хворобливих симптомів. Таким чином, при виявленні проблем терапевт керується принципом «тут і тепер». У той самий час терапевтові доводиться звертатися до минулого пацієнта, якщо робота, що проводиться, виявляється неефективною і якщо терапевт переконаний, що йому необхідно визначити, як і коли виникли дисфункціональні думки пацієнта. Це дозволяє допомогти пацієнтові усвідомити власні погляди і установки, засвоєні в дитинстві, визначити їх обґрунтованість у минулому, сьогоденні і сформувати раціональніші уявлення про проблему, що йому заважає.

6. Сам собі терапевт. У когнітивній терапії особлива увага приділяється профілактиці загострень стану пацієнта. У зв'язку з цим когнітивну терапію можна розглядати як *повчальну програму*, основна мета якої - навчити пацієнта надавати допомогу самому собі в потрібний момент. Тому вже з перших сесій пацієнтові пояснюють суть когнітивної терапії і знайомлять з когнітивною моделлю формування поведінки. Терапевт навчає пацієнта тому, як виділяти цілі лікування, розпізнавати і оцінювати власні переконання, планувати зміну поведінки та ін.

У ході терапії пацієнт навчається проводити такі дії: відстежувати свої негативні автоматичні думки і уявлення; розпізнавати взаємозв'язок між власними думками, емоціями і поведінкою; аналізувати факти, що підтверджують або спростовують його уявлення; виробляти реалістичніші оцінки і уявлення; ідентифікувати і модифікувати дисфункціональні переконання, що настроюють на спотворення досвіду.

7. Короткостроковість когнітивної терапії. Як показує практика, термін лікування для більшості хворих і клієнтів з психологічними проблемами становить 4 – 14 сесій. Спочатку з пацієнтом зустрічаються щонеділі (якщо випадок

важкий, то частіше). Через місяць – два зустрічі можуть відбуватися 1 раз на дві неділі або за сумісною домовленістю раз на місяць. Після завершення лікування сесії можуть відбуватися щокварталу протягом року (так звані бустерні - підтримуючі зустрічі). При більш грубих розладах деякі пацієнти потребують тривалішого лікування (протягом 1-2 років і більше).

8. Принцип структурованості сесій. На кожній сесії терапевт прагне *дотримуватися певного плану*, що включає: оцінку настрою пацієнта і його асоціацій відповідно до поточних подій його життя; визначення *порядку денного*, в якому фіксується перелік тих питань, які необхідно обговорити, аналіз виконаних домашніх завдань і тем, над якими необхідно подумати пацієнтові поза сесією. У ході сесії психолог (терапевт) підводить *проміжні підсумки*. У тих випадках, коли стан поліпшується, терапевт стимулює активність пацієнта до самостійного аналізу і вирішення своїх проблем. Виниклий стереотип закріплюється, що дозволяє йому проводити самотерапію і після закінчення курсу лікування.

9. Когнітивна терапія навчає пацієнта *розпізнавати і оцінювати власні дисфункціональні погляди* і знаходити на них *раціональні відповіді*. Робота з пацієнтом примушує його засередитися на конкретних проблемах, розпізнавати ознаки дисфункціональних думок, оцінювати їх достовірність і корисність, продумувати подальші дії. При проведенні керованого дослідження терапевт разом з пацієнтом з'ясовує значення його думок стосовно себе, оточуючих і виникаючих життєвих проблем. Пацієнт сам ставить собі питання, на які прагне знайти відповіді самостійно або за допомогою терапевта. На яких фактах ґрунтується моє доведення? Чи можливі інші пояснення? Наскільки серйозна ця втрата? Чи забирає вона що-небудь дійсно важливе в моєму житті? Що поганого в тому, якщо стороння людина

погано думає про мене? Що я втрачу, якщо спробую наполегливіше відстоювати свої права? І так далі.

10. Когнітивна терапія і її техніка спрямовані на зміну мислення, настрою, емоційних станів і поведінки пацієнта. Для цього використовуються не лише *стратегії когнітивної терапії* (сократичний діалог, кероване дослідження, метод падаючої стріли, техніка з використанням уяви, рольові ігри, методи жорсткого, м'якого і об'єктивного заперечування ірраціональних ідей, домашні завдання і так далі), але і техніка, запозичена з *інших напрямів психотерапії* (поведінкової, гештальт-терапії, НЛП та ін.). Вибір техніки обумовлений специфікою проблеми кожного випадку пацієнта і тих завдань, які ставить перед собою терапевт.

4.3 Структура терапевтичної сесії

Коли ти говориш, слова твої повинні бути кращими за мовчання.

І. Хусрі

Процес консультування і лікування має бути зрозумілим для терапевта і пацієнта. Терапевт повинен чітко уявляти, як управляти пацієнтом, які прийоми і методи використовувати, які когнітивні зміни необхідно викликати, щоб результати в процесі терапії були ефективними. Пацієнтові необхідно розуміти, що потрібно чекати від терапії, на чому він винен зосередити свою увагу, які обов'язки виконувати разом з терапевтом, яких змін чекати найближчим часом і у віддаленому майбутньому. У зв'язку з цим кожна зустріч терапевта і пацієнта має бути підпорядкована певним правилам і принципам. Нижче наведені короткі характеристики основних положень і вимог, що становлять структуру терапевтичних сесій.

Порядок денний. Зміст кожної сесії повинен відбиватися на порядку денному - загальному плані роботи з пацієнтом, який включає теми планованих для обговорення з пацієнтом проблемних ситуацій, аналіз виконаних рекомендацій терапевта і завдання для наступного домашнього завдання. На порядку денному відбиваються цілі, методи терапії, порядок їх проведення, актуальні проблеми, дозволу яких потребує пацієнт насамперед і що може бути активоване такими питаннями: «Про що Ви хотіли б поговорити сьогодні?» або «Над чим нам з Вами варто попрацювати?». При цьому терапевт повинен звузити спектр проблем, що розглядаються, і виділити тільки ті, обговорення яких може істотно змінити стан пацієнта. Робляться проміжні і завершальні висновки, з'ясовується зворотний зв'язок – думка клієнта про результати і труднощі поточної сесії.

Порядок денний є важливим елементом продуктивної роботи терапевта, оскільки її ігнорування веде до неефективного використання робочого часу.

Оцінка стану клієнта включає вивчення його скарг, настрою, поточних переживань, автоматичних думок, функціонально пов'язаних з його проміжними і глибинними переконаннями. Оцінка настрою ґрунтується на суб'єктивному звіті клієнта, а також аналізі показників деяких опитувальників (для цього використовуються шкала депресії Бека, шкала тривоги Бека, шкала безнадійності Бека). Результати тестів можуть дати інформацію про проблеми клієнта (порушеннях сну, сексуальні дисфункції, спотворення самооцінки), які з різних причин він не хоче розкрити.

Аналізуючи скарги клієнта, оцінюючи його психічний стан, терапевт виділяє найбільш значущі моменти, які необхідно внести до порядку денного, розпочати обговорення проблем і зробити їх цілями терапії. Таким чином, головним завданням кожної сесії є визначення моделі кон-

цептуалізації проблем клієнта і складання плану терапевтичних втручань.

Складання плану терапії. Терапевт розробляє план лікування, ґрунтуючись на своєму баченні особи пацієнта, особливостей його когнітивної сфери, симптомів розладу. Від сесії до сесії він коригує свій план залежно від того, що вдалося з'ясувати у пацієнта, що досягнуте на попередній сесії, які результати були досягнуті під час виконання домашніх завдань. Таким чином, план лікування в міру необхідності може переглядатися і змінюватися. Аналізуючи конкретну проблему пацієнта, терапевт змінює план лікування згідно з його індивідуальними потребами. Все це дозволяє терапевтові структурувати кожну сесію, підтримувати намічену терапію і контролювати її результати. При плануванні сесій терапевт повинен тримати у своїй свідомості ряд питань, за допомогою яких вдається уточнювати різні аспекти взаємодії з пацієнтом.

- Що змінилося в стані пацієнта в порівнянні з початковим етапом терапії?

- Як треба змінити терапію, виходячи з індивідуальних особливостей пацієнта і динаміки розвитку його проблеми?

- У чому полягають труднощі концептуалізації проблеми пацієнта?

- Якого поліпшення вже досягнуто? Що змінилося в настрої і поведінці пацієнта?

Навчання когнітивної моделі. Одне з найважливіших завдань терапії – навчити клієнта когнітивної моделі для проведення самодослідження і залучення його до процесу терапії, тому вже на першій сесії уточнюються його уявлення і знання про цей напрям психотерапії. У зв'язку з тим, що більшість людей мають про терапію дуже скромні відомості, терапевт, підкреслюючи важливість стилю мислення людини, розширює її уявлення про зв'язок розумової

діяльності і емоційно-поведінкового реагування. Він пояснює, що більшість людей ці взаємозв'язки бачать таким чином: $A \rightarrow C$, де «А» - це активуючий стимул, поштовх із зовнішнього оточення, що запускають процес реагування. «С» - наслідок «А» у формі емоційних і поведінкових реакцій. Далі зображується нова схема: $A \rightarrow B \rightarrow C$, де «В» - переконання клієнта, його думки і уявлення про проблемну ситуацію, висновки і інтерпретації, які він робить стосовно «А». Щоб показати, як думки клієнта породжують певні емоції і відчуття, терапевт просить описати ситуацію, що супроводжується сильною емоційною напругою. Спочатку клієнта просять зосередитися на пусковій ситуації і визначити А і С. Потім пропонується відновити думки і уявлення у цей момент (В), пригадати, що він говорив, про що думав, коли був засмучений. Таким чином, озвучування внутрішнього діалогу, фіксація уваги на тому, як переконання впливають на емоції і поведінку (із записами цього матеріалу на папері), дають можливість клієнтові аналізувати і оцінювати точність взаємозв'язку В і С на власних прикладах. Надалі терапевт навчає пацієнта навикам виявлення і оцінювання власних автоматичних думок і негативних переконань, змін їх структури у контексті конкретних життєвих ситуацій, правил вирішення проблем. Контролюється ступінь упевненості клієнта в нових переконаннях і формах поведінки, що змінилися.

Процес освоєння когнітивної моделі продовжується у процесі всього курсу терапії. Невміння клієнта засереджуватися на своєму когнітивному світі і реакції самозвинувачення із цього приводу повинні блокуватися поясненнями терапевта, що виявляти свої думки непросто, оскільки вони швидкоплинні і погано усвідомлюються, що набуття будь-якої навички вимагає тренування і певного терпіння. Проте вміння аналізувати і оцінювати свої думки дозволить поступово навчитися керувати своїм мисленням.

Для закріплення навичок роботи з когнітивними моделями вже після закінчення першого сеансу терапевт пропонує виконати наступне домашнє завдання.

Завдання 1. Нижче наведені описи ситуацій **ABC**, в яких відсутня **В**. **Вам** необхідно уявити, якими думками (**В**) можна пояснити виникнення переживань (**С**) кожного персонажу в різних ситуаціях (**А**).

а) Викладач відчитав студента за запізнення на заняття. Після цього студент відчував себе пригніченим.

б) Пацієнтка відвідала 2 сеанси психотерапії і припинила лікування, вважаючи його нефективним.

в) У Андрія виник серцевий напад. Йому стало страшно.

г) Юрій був оштрафований за перевищення швидкості і сильно розсердився.

д) Наташа під час перегляду фільму несподівано розплакалася.

Завдання 2. Наведіть п'ять прикладів зі свого життя, в яких Ваші думки (**В**) викликали неприємні емоції (**С**). Опишіть їх в термінах **ABC**.

Домашні завдання. Спростування ірраціональних переконань і заміна їх раціональними в кабінеті терапевта ще не гарантує того, що в реальному житті клієнт керуватиметься новими поглядами. У зв'язку з цим домашні завдання є важливим способом закріплення досягнутих змін, що допомагає: зміцнити раціональні переконання, сформовані на етапі дискусії; виявити нові корисні раціональні переконання і звільнити пацієнта від ірраціональних переконань; формувати адаптивну поведінку, що відповідає новим установкам.

Домашні завдання виконуються у формі: спостереження за власними думками в реальній ситуації і їх письмовій фіксації; прослуховування аудіозаписів колишніх занять; виконання вправ з використанням уяви; проведення тренінгів згідно з тими інструкціями, які дає терапевт; ведення

щоденників, самостійного читання спеціальної літератури. При використанні бібліотерапії застосовуються підібрані інформаційні матеріали, спрямовані на підняття настрою, відвернення від неприємних хворобливих думок, що сприяють вихованню сили волі, оптимізму, впевненості в собі.

Підбиття підсумків – резюмування значущого матеріалу, що прозвучав під час зустрічі на проміжних етапах терапії і в кінці сесії. У завершальному підбитті підсумків підкреслюється, що в процесі сесії був визначений порядок денний, проведена оцінка стану клієнта, уточнені цілі терапії, досягнуті до цього часу зміни, з'ясовано, що ще залишається і що заважає досягненню позитивних результатів, дається оцінка виконаному домашньому завданню і так далі. Основні позитивні моменти, досягнуті в процесі сесії, повинні коментуватися терапевтом в оптимістичному тоні. Якщо підбиття підсумків на перших сесіях проводиться тільки терапевтом, то пізніше ініціатива в цьому питанні поступово віддається клієнтові.

У процесі взаємодії з пацієнтом можуть траплятися *труднощі, що заважають структурузації сесії*, про які слід пам'ятати.

Деякі пацієнти повільно навчаються того, чого слід чекати від терапії, не хочуть слідувати встановленим сесією правилам, що базується на їх дисфункціональних переконаннях про себе, терапевтові і процесі терапії.

Можлива зайва деталізація в описуванні й оцінці власних станів або подій тижня. У таких випадках терапевт коректно і настійно перериває монолог пацієнта і концентрує його увагу на обговоренні актуальних проблем, пояснюючи, що пацієнт повинен вчитися подавати огляд подій і важливих, із його точки зору, фактів минулого тижня, виділяючи головне, робити акцент тільки на суттєвих деталях.

Терапевт може стикатися з нездатністю пацієнта цілеспрямовано брати участь у визначенні порядку денного, відволікання і демонстрації опору під час цього обговорення, що утрудняє процес своєчасного виділення основних мішеней і цілей терапії.

4.4. Діагностика в когнітивній терапії

Діагностика досягла таких успіхів, що здорових людей практично не залишилося.

Бертран Рассел

Основним завданням діагностики у будь-якій сфері є визначення мішеней терапії. Мішень у когнітивній терапії визначається в когнітивних і поведінкових термінах і містить виявлення непродуктивних автоматичних думок, переконань і поведінкових реакцій пацієнта, які можуть бути модифіковані в процесі терапевтичних сеансів.

Діагностика складається з аналізу скарг пацієнта, які відбивають або суть його психологічної проблеми, або свідчать про певні форми клінічних розладів. У зв'язку з цим діагностика повинна орієнтуватися на два основні аспекти оцінки і кваліфікації проблем пацієнта – психологічний і медичний [8, 21].

Проблеми, з якими звертається пацієнт, можуть бути різної складності, виявлятися в різних сферах життєдіяльності, мати різну значущість для особи, тому важливим для терапевта є визначення того, з чим працювати. Зрозуміло, що займатися всіма проблемами індивіда одночасно не можна і потрібно починати з вибору певної конкретної мішені. Для визначення цього можна використовувати такі загальні принципи.

Складність проблеми. Необхідно враховувати ту шкоду, якої може завдати проблема життю пацієнта і наскільки обмеженими можуть бути адаптивні можливості індивіда для її подолання і нейтралізації.

Центральність проблеми – оцінка того, що вирішення проблеми (хворобливого стану) повторно призведе до ослаблення інших актуальних для пацієнта проблем.

Ефективність – оцінка терапевтичної резистентності проблеми. Не завжди базова проблема може бути вирішена відразу, її інертну структуру (наприклад, глибинні переконання) можна «розхитати», впливаючи на пластичніші і менш стійкі ланки когнітивної системи.

Комплекси проблем повинні вирішуватися поступово. На етапі вибору мішеней терапії потрібно визначити «сходини проблем», побудувати їх розв'язання у графічній і послідовній формі. На нижньому шаблі розміщується проблема, вибрана з вищезгаданих критеріїв, потім друга, третя і так далі. Тимчасово поліпшивши стан пацієнта і давши шанс повірити в можливість одужання, можна перейти до терапії і корекції його центральних проблем.

Принцип етапності в терапії дозволяє уникнути плутанини, оскільки одночасна робота з різними проблемами не дає позитивних результатів.

4.4.1. Автоматичні думки як «мішені» терапії

Автоматичні думки – щоденна і частіше спонтанно виникаюча продукція розумової діяльності людини, що містить комплекс різних довільних або неусвідомлюваних раціональних, що відповідають дійсності, і дисфункціональних помилкових ідей [35].

Дисфункціональні автоматичні думки є джерелом негативних емоцій і відчуттів, парадоксальних вчинків і дій, пусковим чинником несподівано виникаючих сварок, що здаються недостатньо мотивованими проявами агресивності та ін. Які автоматичні думки мають бути в центрі

уваги терапевта, щоб робота з ними була максимально ефективною, як їх оцінювати, як навчати пацієнтів виявлення їх у себе – це, мабуть, найскладніші завдання початкового етапу когнітивної терапії.

На перших заняттях пацієнтові заздалегідь пояснюється природа автоматичних думок, підкреслюється, що виявлення помилок мислення, їх критична оцінка і своєчасна корекція дозволяють поліпшити його психічну адаптацію. Знайомлячи пацієнта з відомостями, що стосуються походження, форм і змісту автоматичних думок, терапевт пропонує обговорити питання взаємозв'язку між його думками і відчуттями. Для цього терапевт просить пригадати свіжу ситуацію, що недавно сталася, коли пацієнт був засмучений і переживав такі емоції, як тривога, смуток, злість, і пригадати перше, що при цьому спало на думку. Пацієнтові пропонується оцінити, як виявлена автоматична думка відображає дійсність і як впливає на його настрій. Далі пацієнт повинен зосередитися на своїх відчуттях і визначити, як змінюватимуться настрої і стан, якщо поміняти думку, що є у нього. Підкреслюється, що основна мета когнітивної терапії – послідовне навчання пацієнта раціональних прийомів розпізнавання автоматичних думок, що виникають при поганому настрої (крок 1) і затим формування уміння оцінювати свої думки і змінювати їх, якщо вони були спотворені (крок 2).

Для закріплення навичку виявлення автоматичних думок терапевт як домашнє завдання пропонує пацієнтові записувати свої помилкові ідеї, робити це під час сесії, в проміжках між сесіями, під час аналізу проблемної ситуації або під час спонтанного настрою, що змінився. Основне запитання, яке ставить терапевт, орієнтуючись на невербальні сигнали пацієнта, щоб виявити його автоматичні думки: «Про що ви думаєте (подумали)?». «Про що я тіль-

ки - но (тоді) подумав?» - основне питання пацієнта до самого собі.

При виявленні й оцінюванні автоматичних думок пацієнта терапевт за допомогою уточнювальних і диференціювальних питань виділяє їх різні аспекти: значущість, форми реагування пацієнта на власні думки, вивчення обставин, в яких вони частіше виникають.

Актуальність автоматичних думок для пацієнта з'ясовується за допомогою таких питань:

- Наскільки ви довіряєте цій думці (0 – 100%)?
- Які емоції виникають у вас внаслідок цієї думки?
- Як інтенсивно ви переживаєте ці емоції (0 – 100%)?

Якщо пацієнт не зазнає сильних емоцій через цю думку, терапевт пропонує перейти до обговорення таких питань.

Ступінь фіксованості пацієнта на автоматичній думці з'ясовується за допомогою таких питань:

- Чи давно у вас з'явилася ця ідея?
- Які емоції виникли у вас після усвідомлення цієї думки?
- Що з вами відбувається після того, як виникає ця думка?

Типовість цієї думки для пацієнта перевіряється за допомогою таких питань, як:

- Чи часто вас навідують подібні думки?
- У яких випадках?
- Чи дуже такі роздуми вас турбують?

Уточнюються *обставини і деталі ситуацій*, в яких виникають автоматичні думки.

- Що сталося перед тим, як ви так подумали?
- Які слова або дії (когось) викликали таку думку?
- Що ви відповіли на його (її, їх) слова?

З'ясовуються *способи реагування пацієнта* на автоматичні думки.

- Що ви можете зробити в цій ситуації?
- Що в цьому випадку ви хотіли б зробити?
- Як ви виходили з подібних становищ раніше?

Робляться спроби визначити переконання, що лежать в основі автоматичних думок. Терапевт уточнює: «Якби ця думка відповідала дійсності, що це означало б для Вас?».

Після того як терапевт визначає, що автоматична думка значуща і спричинює негативні переживання, пацієнтові пропонується теж її оцінити. Терапевт уточнює, чи існують у пацієнта докази, що підтримують цю ідею, а також докази, які суперечать їй. Це допомагає пацієнтові подивитися на власну думку з різних боків і викликати переживання сумніву в її істинності. Уточнюється, які наслідки несе ця думка і які наслідки можуть виникнути, якщо змінити мислення.

Пізніше терапевт оцінює, наскільки пацієнт довіряє первинній автоматичній думці і які емоції у зв'язку з цим відчуває. Пацієнтові пропонується обговорити зміни в його емоційній і розумовій сферах, які сталися в процесі роботи над автоматичними думками. Підкреслюється, що уміння виявляти і оцінювати автоматичні думки – це навик, для закріплення якого потрібні час і практика.

Далі терапевт і пацієнт спільно формулюють і потім записують на окремій картці відповіді на автоматичні думки у формі чітких позитивних тверджень. Ці позиції повинні містити раціональні твердження, що протистоять змісту автоматичної думки індивіда (*техніка «пошук адаптивної відповіді»*).

Як ілюструючий приклад можна навести проблему часто виникаючих конфліктів у сім'ї молодої інтелігентної жінки, з якою вона звернулася за допомогою до консультанта.

У результаті виховання за типом домінуючої гіперпротекції, постійного контролю з боку батьків, формування залежності і невротичного стилю поведінки у нашої пацієнтки швидко і легко, часто поза реальною конфлікт-

ною ситуацією, виникають бурхливі емоційні реакції. Цим станам передують думки, які вона інколи, як докір, висловлює вголос, але частіше не говорить цього і тому поведінка її здається неадекватною: «Скільки можна мене принижувати?!», «Ви забуваєте, скільки мені років!», «Ви завжди робите мене дурепою!».

У пацієнтки відмічається низький поріг сприйняття до ситуацій, що зовні здаються нейтральними, коли батьки продовжують давати поради, що і коли вона повинна купити собі і власній дитині, як одягатися, і, як їй здається, в жорсткій формі дорікають за те, що вона робить щось всупереч їх повчанням. Бурхливі сцени з докорами з обох боків, у свою чергу, підсилювали атмосферу взаємної ворожості в сім'ї. Натяки на її невміння приймати самостійні рішення навіть з боку сторонніх людей роблять її емоційно лабільною.

Співвідношення автоматичних думок і адаптивної відповіді у нашої пацієнтки можна виразити таким чином.

Автоматичні думки. Скільки можна мене принижувати?! Ви завжди вважаєте мене дурепою!

Адаптивна відповідь. Мене ніхто не принижує. Просто батьки досі бачать у мені дівчинку, якій потрібно підказувати, як жити. Цей батьківський стиль характерний для багатьох сімей, однак я не повинна бути такою непримиренною до їх спроб завжди залишатися батьками. Я не хочу, щоб подібні стосунки повторились у мене з моєю дитиною.

Цей досвід роботи з автоматичними думками може допомогти пацієнтові виконувати домашні завдання. Якщо пацієнт зазнає негативних емоцій, то аналогічно він може

записати свої автоматичні думки і сформулювати адаптивну форму відповіді, попрацювати з нею пізніше, погоджувати її зміст із терапевтом. Закріплення навичку формування адаптивної відповіді на автоматичну дисфункціональну думку може стимулюватися питанням, яке терапевт часто ставить пацієнтові: «Як ви відповісте на цю думку?».

Коли пацієнтові важко об'єктивно оцінити свою автоматичну думку, потрібно допомогти від неї дистанціюватися. В цьому разі терапевт пропонує вибрати пацієнтові кандидатуру уявного друга (або родича), придумати йому ім'я, уявити, що у друга виникли такі самі, як у нього, думки і постаратися дати йому раціональну пораду (*техніка «допоможі другу»*).

Виявлення і корекція когнітивних спотворень. У основі дисфункціональних автоматичних думок і переконань лежать певні комплекси допущених пацієнтом когнітивних помилок. Навчившись визначати когнітивні помилки, що лежать в основі спотворених висновків, пацієнт може своєчасно виправляти власні автоматичні думки. У зв'язку з цим терапевт пропонує пацієнтові обговорити цю проблему, вивчити стандартний набір когнітивних помилок (дихотомічне мислення, катастрофізація, навішування ярликів, персоналізація, зобов'язаність тощо), описаних А. Беком і його колегами, і потім показує, як автоматичні думки узгоджуються (збігаються) з тим або іншим типом когнітивних помилок. Знаходячи когнітивні спотворення, терапевт пропонує як домашнє завдання прагнути фіксувати увагу на типових для даного пацієнта когнітивних помилках, виділяти їх загальну дію і співвідносити зі своїми автоматичними дисфункціональними думками. Записуючи результати такої роботи на папері, у пацієнта виробляється навик перевірки достовірності власних автоматичних думок.

Перевірка вигоди автоматичної думки. У багатьох випадках терапевт стикається з тим, що пацієнт довіряє власній помилковій ідеї. Щоб викликати сумнів у достовірності виявленої автоматичної думки, терапевт пропонує пацієнтові навчитися виявляти її переваги і недоліки. Для цього він повинен відповісти на запитання, чи приносить йому ця думка велике задоволення, чи підвищує успішність діяльності, чи покращує настрій? Якщо немає, тоді пацієнт повинен визначити, які негативні дії вона може викликати і після цього знайти на неї адаптивну відповідь. Терапевтом підкреслюється важливість цієї процедури для нейтралізації негативних автоматичних думок.

Виконавши роботу з автоматичною думкою, терапевт просить пацієнта оцінити ступінь довіри до нового, адаптованого твердження – відповіді на проблемну думку, а також зміну інтенсивності її емоційного супроводу. Якщо пацієнт недостатньо упевнений у новій відповіді і знає негативних переживань, терапевт повинен шукати *причини терапевтичних невдач*.

Це може бути викликано тим, що терапевт не приділяв достатньої уваги виявленню ключових автоматичних думок і уявлень пацієнта, оскільки: не вдалося озвучити всі докази пацієнта, що підтверджують автоматичні думки; автоматичні думки могли бути одночасно глибинними переконаннями клієнта, зміна яких можлива тільки із застосуванням різноманітної техніки. Невдачі в роботі з викривленими думками можуть бути спричинені банальною недовірою пацієнта до рекомендацій і дій терапевта.

Щоб допомогти виробити більш адаптивні погляди на світ, навчити виявляти й оцінювати автоматичні дисфункціональні думки, терапевт пропонує пацієнтові реєструвати свої спотворені думки і відповіді на них у спеціальному бланку РДД (*роботи з дисфункціональними думками*). Маючи можливість записувати ключові моменти те-

рапевтичних сесій, працювати з автоматичними думками в міжсесійному періоді, звертатися до записів за необхідності пізніше, пацієнт має шанси покращувати власні когнітивні здібності і бути більш адаптивним під час вирішення виникаючих проблем.

Перш ніж ознайомити з бланком РДД, терапевт повинен переконатися в тому, що пацієнт дійсно засвоїв когнітивну модель і упевнений в її дієвості. Більше того, пацієнт повинен продемонструвати свою здатність розпізнавати автоматичні думки, знання термінів у рамках когнітивної моделі терапії, у протилежному разі йому буде важко і нецікаво працювати з бланком РДД.

Бланк РДД вводиться в роботу в два етапи: на першій стадії здійснюється ознайомлення з першими чотирма колонками, на другій стадії – з двома останніми. До початку роботи зі всіма колонками бланка пацієнт на прикладах декількох ситуацій повинен самостійно заповнити перші чотири колонки. Перш ніж навчити пацієнта заповнювати дві останні колонки, терапевт повинен в усній формі оцінити як мінімум одну його автоматичну думку і переконатися, що стан пацієнта поліпшився.

Запитання, які пацієнт повинен ставити собі для формування адаптивної відповіді:

1. Які докази істинності автоматичної думки? Чи існують докази того, що ця думка помилкова?

2. Що найгірше може статися? Чи зможу я пережити це? Який найкращий результат? Який найреалістичніший варіант розвитку подій?

3. Які наслідки моєї переконаності в істинності цієї автоматичної думки? Що станеться, якщо я поміняю своє мислення?

4. Що я зможу зробити?

5. Якби в подібній ситуації опинився _____ (ім'я друга) і у нього були подібні думки, що я міг би сказати йому?

Терапевт попереджає пацієнта, що засвоєння цієї методики вимагає певного тренування, а помилки, що допускаються при заповненні бланка, спочатку трапляються практично у всіх. Далі пацієнта інструктують, як правильно заповнювати колонки бланка РДД (рис. 3).

У першій колонці зазначаються сьогоднішня дата і час, коли виникла значуща ситуація. Можна вказати також день тижня.

У другій колонці необхідно коротко описати ситуацію, яка викликала появу автоматичних думок і змінила настрій. Це може статися під час бесіди з кимось при безпосередньому спілкуванні, по телефону або після того, як бесіда вже відбулася.

У третій колонці, призначеній для запису автоматичних думок, пацієнт повинен записати конкретні слова або образи, що спали на думку. Відповідаючи на друге запитання в цій колонці, слід оцінити упевненість пацієнта в цій думці у відсотках.

У колонці, де пацієнт повинен оцінити свої емоції, що виникли у відповідь на думку, він повинен визначити й оцінити їх інтенсивність переживань у відсотках. При цьому колонки можуть не завжди строго заповнюватися зліва направо. Пацієнт може спочатку відзначити неприємну емоцію, а потім автоматичну думку, якою вона була викликана.

Коли пацієнт зуміє успішно заповнювати перші чотири колонки бланка РДД безпосередньо на сесії, терапевт рекомендує продовжити цю працю домашнім завданням, спочатку по одній автоматичній думці щодня.

На наступних сесіях перевіряється виконання домашніх завдань, детально уточнюються стани, пережиті й описані пацієнтом у бланку РДД, і залежно від якісних і кількісних характеристик проводиться корекція їх оцінки. Після підтвердження вміння оформляти цю частину бланка РДД

правильно, терапевт переходить до навчання пацієнта адекватно заповнювати дві колонки, що залишилися.

Дата	Ситуація	Автоматичні думки	Емоції	Адаптивна відповідь	Результати
	<p>1. Яка подія або спогад спала вам на думку?</p> <p>2. Чи були у вас неприємні фізичні відчуття і якщо так, то які саме?</p>	<p>1. Які думки або уявлення виникли у вас?</p> <p>2. Наскільки Ви були переконані в їх істинності в той момент, коли вони виникали?</p>	<p>1. Що ви в той момент відчували (смуток, тривогу, злість, ін.)?</p> <p>2. Наскільки яскраво була виражена кожна з цих емоцій?</p>	<p>1. Яке когнітивне спотворення ви допустили?</p> <p>2. Використовуйте питання, наведені нижче, щоб сформулювати відповідь на автоматичні думки.</p> <p>3. Наскільки ви переконані в кожній відповіді?</p>	<p>1. Наскільки ви переконані тепер в істинності кожної автоматичної думки?</p> <p>2. Які емоції ви зараз відчуваєте? Оцініть їх в континуумі 0 – 100%.</p> <p>3. Якими будуть ваші подальші дії?</p>

Рисунок 3 - Бланк для роботи з дисфункціональними думками

Спочатку робота проводиться в усній формі. За допомогою запитань, розміщених нижче, пацієнта просять сформулювати адаптивні відповіді і записати їх в п'ятій колонці бланка. Пацієнт записує адаптивні відповіді і відзначає ступінь своєї віри в правдивість кожного твердження.

В останній, шостій за рахунком колонці пацієнт повинен порівняти свою віру в автоматичні думки з власними адаптивними відповідями і відзначити ті зміни (у %), які при цьому сталися (у переконаності їх істинності, емоційному супроводі, поведінкових тенденціях та ін.). Для подальшого тренування пацієнтові пропонується використовувати бланк РДД у роботі і з іншими автоматичними думками.

Одним із важливих завдань терапевта при систематичному виконанні цього виду роботи є *зміцнення позитивної мотивації* пацієнта. Якщо пацієнт правильно заповнює бланк, терапевтові не потрібно підвищувати його мотивацію ще більше. Якщо бланк заповнений неправильно, терапевт повинен визначити, чому виникли труднощі, і діяти відповідно до отриманих відомостей. Невдачі роботи з бланками РДД можуть бути викликані появою у пацієнта великої кількості автоматичних думок, що утруднює здатність до своєчасної і короткої фіксації під час їх появи. У зв'язку з цим пацієнтам рекомендується постійно носити бланк РДД із собою.

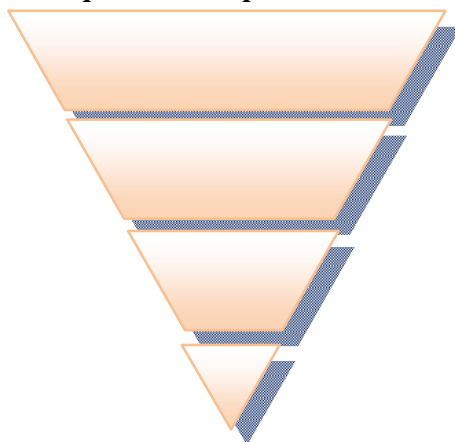
Труднощі виявлення й оцінки автоматичних думок можуть бути спричинені також тим, що: пацієнтові не вдається адаптивно реагувати на свої автоматичні думки; оцінка автоматичних думок і формування адаптивної відповіді може здійснюватися пацієнтом поверхнево; автоматичні думки можуть бути одночасно глибинними переконаннями особи і, отже, мало усвідомлюваними образами.

4.4.2. Виявлення проміжних і глибинних переконань

Автоматичні думки є похідними масштабніших і системно організованих конструкцій, якими є переконання. Образно їх можна уявити таким чином: автоматичні думки є лише осколками «айсбергів», які періодично відколюються, обсипаються, але своє величезне тіло довгий час приховує під водою.

Переконання утворюють безліч шарів різних позицій індивіда, які стосуються різних аспектів життєдіяльності, що переплітаються: виражають ставлення особи до власної персони і своїх можливостей, відбиваються в оцінці власної ефективності, індивідуального стилю інтерпретації подій і фактів, лежать в основі уявлень про себе, власного «Я», відображають рівень самоповаги, готують вибір способів дій для досягнення цілей, здійснюють регуляцію поведінки. Одні з них розміщені поверхнево (проміжні переконання) і слабо усвідомлюються індивідом, інші – під ними (глибинні практично неусвідомлювані ідеї, базові переконання, центральні принципи) і можуть бути подані у формі перевернутої піраміди.

Проміжні переконання



Глибинні переконання

Для виявлення проміжних переконань пацієнта існує декілька способів і прийомів.

Переконання = автоматична думка. Це той випадок, коли автоматична думка є спонтанно виявленим проміжним або навіть глибинним переконанням. Пацієнтові пропонується відповісти, про що він думає, коли стикається-

ся з необхідністю вирішити складне завдання і це з якихось причин не вдається зробити. Відповідь, виражена у формі автоматичної думки, може містити одне з центральних переконань індивіда, що несподівано «сплигло на поверхню».

Метод незавершеного речення. Терапевт, ґрунтуючись на попередньому вислові пацієнта, пропонує закінчити частину розпочатого речення. Це може мати такий вигляд. Він говорить: «Отже, в Вас з'явилася думка (цитую першу частину думки, в якій висловлюється бажання пацієнта)? А якщо при цьому ви не змогли б це виконати?». Відповіді на це запитання під час обговорення схожих ситуацій узагальнюються. Пацієнтові пропонується навести декілька прикладів подібних ситуацій, щоб показати, наскільки поширене його переконання.

Техніка падаючої стріли – прийом, що дозволяє терапевтові поступово і цілеспрямовано знімати когнітивні бар'єри пацієнта, щоб підійти до його глибинних ідей. Спочатку терапевт виявляє його типові автоматичні думки, потім просить припустити пацієнта зробити припущення, що вони означають для нього. Це допомагає виявити проміжні переконання. Далі терапевт ставить серію запитань, поки не вдається виявити одне або декілька важливих переконань пацієнта.

«Якщо це правда (те, що пацієнт не зміг справитися з важливим завданням або проблемою), то що це означає (для пацієнта)?». Відповіді, що прозвучали, можуть свідчити про глибинне переконання пацієнта. Терапевт продовжує повторювати запитання в близьких за змістом варіаціях.

«Що поганого в тому (що вас засмутило більше за все), що (обставини не складаються так, як хотілося б пацієнтові)?». Відповіді на такі запитання можуть дати інформацію про переконання, що стосуються уявлень

пацієнта про ставлення тих, хто оточує пацієнта, або пацієнта до самого собі.

«Що найгірше може статися, якщо (подія розвиватиметься за гіршим варіантом)? Що це говорить про вас?».

Застосування техніки падаючої стріли потрібно закінчувати тоді, коли виявлене важливе (проміжне або глибинне) переконання. Критеріями виявлення названого переконання можуть бути такі ознаки, як різке погіршення настрою пацієнта або опис свого переконання майже однаковими фразами, що звучали до цього.

Для виявлення глибинних переконань терапевт застосовує ту саму техніку, що і для виявлення проміжних переконань. Використовується техніка падаючої стріли, пошук загальної теми в автоматичних думках. Виявляючи глибинні переконання, терапевт оцінює, наскільки вони сильні для пацієнта, чи піддаються змінам, яким чином впливають на його життя. Переконавшись, що пацієнт здатний сприймати потрібну інформацію, терапевт у порядку експерименту ознайомлює його з частиною своєї концептуалізації, роз'яснює природу і той вплив, які чинять на пацієнта глибинні переконання.

Визначення самоочікувань

Самоочікування – важливий елемент вивчення мотиваційної сфери клієнта. В основі самоочікувань (рівня претензій до себе і навколишніх людей) лежать когнітивні установки особистості, що суб'єктивно склалися, від яких багато в чому залежить вибір цілей і засобів їх досягнення, зокрема під час розв'язання хворобливих проблемних ситуацій. Для виявлення самоочікувань можна використовувати такий прийом.

Клієнтові пропонується якомога глибше зосередитися на одній з актуальних для нього проблемних ситуацій. Коли ситуація достатньо повно пропрацює на рівні

різних модальностей, він повинен позначити крапкою на десятибальній шкалі, зображеній нижче, її значущість.

(0) _____ (5) _____ (10)
 Найгірша подія Найкраща подія

Далі клієнт повинен визначити ставлення до найкращого і найгіршого результатів своєї проблемної ситуації і відзначити її значущість за цим параметром на такій самій шкалі.

(0) _____ (5) _____ (10)
 Найгірший результат Найкращий результат

Клієнтові пропонується уточнити, де знаходиться точка «зони прийнятності» - той результат, який його задовольняє і оцінюється як позитивний і прийнятний.

Використовуючи подібну процедуру, можна оцінювати концептуальні установки клієнта при опрацюванні інших актуальних для нього проблемних ситуацій.

Визначення уявлень клієнта про власну ефективність

Клієнта просять розслабитися і зосередитися на актуальній для нього проблемній ситуації. Потім йому пропонують висловити свою думку з приводу успішності або неуспішності власних дій для подолання проблемної ситуації і, як у попередньому випадку, відобразити його на десятибальній шкалі.

(0) _____ (5) _____ (10)
 Мало шансів на успіх Багато шансів на успіх

Значущість цього аспекту і коментар клієнта дозволять виявити його позиції про власну ефективність. Оцінка власної успішності може бути завищеною, заниженою, парадоксальною, суперечливою та ін.

У зв'язку з тим, що такі психологічні характеристики, як самоочікування (Соч) і самоефективність (Сеф), взаємозв'язані і відображають зміст і активність різних моти-

ваційних рівнів, їх співвідношення можна відобразити в розміщеній нижче таблиці.

Співвідношення Соч і Сеф	Варіанти			
	1	2	3	4
Самоочікування	+	+	-	-
Самоефективність	+	-	+	-

На когнітивному рівні оцінка ситуацій, ставлення до вибору форм їх подолання у клієнта можуть бути виражені в таких позиціях:

1. «У мене грандіозні плани і вони мені по плечу».
2. «Я хочу цього досягти, але не упевнений, що зможу це зробити».
3. «Я знаю, що результат буде один і той самий, хоча сумніви щодо можливостей подолати виниклі труднощі у мене є».
4. «Це нерозв'язна справа, у мене немає сил боротися з нею».

Визначення атрибуції

Атрибуція – важливий механізм, що бере участь у сприйнятті, дозволяє адекватно і неадекватно інтерпретувати причини поведінки інших людей або виникаючих подій. При нестачі відомостей про спостережувані ситуації і факти виникає «добудовування» інформації і приписування її залежно від когнітивних установок особистості. Домінування ірраціональних переконань призводить до спотворення процесів атрибуції і неправильної оцінки причинно-наслідкових зв'язків проблем, що виникають у клієнта.

Для виявлення особливостей атрибуції клієнта використовують такий прийом. Його просять зосередитися

на актуальній ситуації і відповіді на запитання, що, на його думку, спричинило її виникнення. Клієнтові пропонують подумати і назвати всі можливі причини, які, з його точки зору, призвели до виникнення проблемної ситуації. Список причин має бути великим.

Потім терапевт допомагає пацієнтові знайти «за і проти» кожного пункту списку. Після цього разом із пацієнтом відбираються причини, які мають більше доказів «за» і менше – «проти».

Аналіз отриманих результатів дозволяє виявити ті (зокрема дисфункціональні) переконання пацієнта, які відображають його здатність до адекватної або неадекватної інтерпретації причин виникнення хворобливих проблем.

Виявлення пояснювального стилю клієнта

Пояснювальний стиль – індивідуальна система інтерпретацій подій і фактів, якими керується індивід. Це відносно стійка системно організована когнітивна характеристика особистості, що залежить від співвідношення її раціональних та ірраціональних установок. Для виявлення особливостей пояснювального стилю клієнта можна застосовувати такий прийом.

Клієнтові пропонують скласти список своїх центральних проблем (це можуть бути проблеми конфліктних взаємин, спілкування, труднощів подолання перешкод, негативного ставлення до себе тощо).

Після цього терапевт пропонує клієнтові вирішити, скільки з уміщених до списку проблем найближчим часом не зможуть змінитися. Потім клієнт повинен визначити, які проблеми він відносить до базових, а які – до специфічних, менш значущих.

Нарешті за підтримки терапевта клієнт повинен визначити, чим викликані проблеми: їх створив сам клієнт чи вони обумовлені зовнішніми обставинами.

Далі терапевт повинен допомогти клієнтові знайти альтернативне пояснення. Якщо клієнт оцінює свою проблему як внутрішню і постійну, її слід перетворити на зовнішню і тимчасову. Якщо клієнт розглядає свою проблему як зовнішню і скороминущу, потрібно показати, що внутрішні умови (специфічні якості особи, погляди і позиції) визначають її стійкість. При використанні цього прийому слід звернути увагу клієнта на зміни у сфері емоцій і відчуттів, які виникають під час трансформації його пояснювального стилю.

Визначення життєвих орієнтирів

У процесі соціалізації людина стикається з великою кількістю подій і фактів, які для нього мали і мають певне значення на сьогоднішній день. Усе залежить від того, які висновки він зробив. Деякі з них стають життєвими орієнтирами – своєрідними маяками, що освітлюють життєвий шлях людини.

З'ясування спотворень у цій сфері когнітивної конструкції є дуже важливим завданням для терапевта. Методика вивчення життєвих орієнтацій пацієнта полягає в такому.

Терапевтові необхідно зібрати 3 списки критичних подій із життя людини: 10 – у дитинстві, 10 – у підлітковому періоді, 10 – у зрілому віці. Події, внесені пацієнтом до списку, можуть мати негативне забарвлення (наприклад, смерть близької людини), бути позитивними, з погляду випадкового спостерігача звучати як нейтральні, хоча для пацієнта - безумовно важливими.

Далі кожен випадок із списку повинен розглядатися в термінах А і С, тобто з'ясовуватися, що сталося і які емоційні переживання при цьому виникали. Так опрацьовуються всі 30 подій.

Наступне завдання – знайти В для кожної із ситуацій. Пацієнта просять пригадати, про що він думав, до

яких висновків схилився, коли переживав ту важливу для себе подію. Визначаючи В, терапевт повинен звертати увагу на різні типи переконань пацієнта, що стосуються його очікувань, самоінструктування, оцінки власної ефективності, пояснювального стилю тощо.

Потім необхідно повернутися на початок списку і пропрацювати його до кінця, звертаючи увагу на повторення загальних тем (зміст В). При цьому необхідно враховувати, що оцінки ситуацій у процесі розвитку можуть виражатися в різних вербальних формах, хоча зміст тверджень зберігається незалежно від віку.

У висновку терапевт повинен скласти основний список ідей пацієнта, що містять основні теми В. Кожну думку потрібно пронумерувати і записати окремо. З цим списком переконань терапевт працює, використовуючи більшу частину когнітивної і поведінкової техніки.

*Визначення переконань, що покладені
в основу Я-концепції*

Питання, пов'язані з вивченням Я-концепції, самоповага, самосвідомість – це фундаментальні психологічні проблеми, які розглядаються в рамках різних психологічних концепцій. Значущість цієї сфери в когнітивній терапії підкреслюється в таких словах Р. Мак Маліна: «Весь світ і людей у ньому вони бачать крізь призму Я-образів, і саме цей погляд може зробити життя щасливим або перетворити його на власний концентраційний табір» [С.70]. Таким чином, Я-концепція розглядається як одне з найважливіших джерел переконань, позицій, поглядів особистості до різних сторін власної персони, навколишнього світу та інших людей.

У основі становлення Я-концепції лежать різні механізми: рефлексії («Я на власні очі», «Я порівняно з іншими людьми»), пам'яті («Я у минулому»), антиципації («Я в майбутньому»), емпатії («Я очима інших»). Уявлення

про себе залежно від віку змінюються, але вже до зрілості набувають характеру стійких утворень і стають потужними мотиваторами поведінки. У Я-концепції закладений комплекс переконань особистості стосовно різних елементів власної зовнішності, здібностей, можливостей, моральних та інших психологічних якостей. Проблеми виникають тоді, коли в структурі Я-концепції є істотні або навіть патологічні спотворення і дефекти (комплекси Я).

У когнітивній терапії для вивчення Я-концепції пацієнта використовується такий метод. Терапевт повинен: скласти список провідних ідей, використовуючи матеріал життєвих орієнтацій клієнта; вибрати ті переконання (В), які прямо звернені до «Я»; визначити позитивне або негативне значення, якими виявляється кожне з цих переконань.

Зробити це можна таким чином. Якщо, наприклад, у списку життєвих орієнтирів є переконання (В): «Коли мені доводилося отримувати погану оцінку в школі, незважаючи на спокійне ставлення до цього в нашій сім'ї, я довгий час відчувала себе винною перед батьками», то в рамках Я-концепції його слід віднести до негативних установок «Я» з домінуванням відчуття провини.

Техніка виявлення глибинних переконань

Спочатку клієнта просять глибоко розслабитися і зосередити увагу на своєму внутрішньому світі. Далі терапевт пропонує у фокусі уваги уявити ситуацію (А), що хвилює його, і зосередитися на комплексі тих відчуттів, які вона викликає.

Коли клієнт подасть сигнал, що це удалося, фокус його уваги зміщується на емоції і відчуття, пов'язані з ситуацією (С). Пацієнта просять якомога глибше пережити цей емоційний стан.

Після цього клієнта просять зосередитися на своїх думках. Можна запитати його: «Про що ви зараз подумали,

коли чітко уявили ситуацію і знову пережили свої емоції?». Терапевт просить клієнта записати свої думки і переконання, які виникли у цей момент.

У зв'язку з тим, що на цьому етапі клієнт продукує, як правило, поверхневі, проміжні переконання, терапевт продовжує уточнювати: «І що з того, що?..» або «Чому це так важливо, щоб?..». Він ставить одне і те саме запитання, поки не виявить у клієнта його глибинне переконання або серію центральних ідей. Проте починати терапевтичну роботу з центральними переконаннями не рекомендується, оскільки вони на початкових етапах терапії клієнтами не усвідомлюються.

Складання когнітивних карт

Когнітивна карта – спосіб цілісного графічного відображення комплексу переконань пацієнта зі встановленням між ними причинно-наслідкових зв'язків певного типу.

Для складання когнітивної карти необхідно мати список основних ідей пацієнта. Разом із клієнтом кожна думка зіставляється з іншими думками із списку. Терапевт спільно з клієнтом уточнює, чим вибрані думки схожі і чим відрізняються одна від одної. Після цього необхідно визначити, які з вивчених думок можуть бути глибинними або проміжними, яка думка може бути першою (виступає як причина), яка йде за нею (є наслідком першої), яке переконання може свідчити про певну форму компенсаторної стратегії, сукупність яких переконань складає ядро проблеми пацієнта. Найскладнішою під час складання когнітивних карт є можливість максимально точного зіставлення когніцій пацієнта.

Наприклад, поєднання переконань, відображених на рис. 4, свідчить про те, що у пацієнта є два базові негативні переконання (неприйняття і безпорадності), які він, з одного боку, намагається компенсувати твердженням «Я самостійна людина», з іншого – демонструє сильну потребу в

залежності («Я потребую опіки»). Внаслідок внутрішніх суперечностей, типових для цього пацієнта, характерним для нього є легке виникнення емоційного дискомфорту і непослідовності в стосунках з оточуючими. Він ставиться до них вороже й одночасно боїться людей, оскільки упевнений у їхній нещирості й агресивності. Активізація таких базових емоцій, як страх і тривога, веде до формування і генералізації у пацієнта поведінки у формі стійкого уникнення небезпек і, як наслідок, – до появи фобічних нападів і вегето-соматичних дисфункцій.

Через деякий час можна проглянути вже оформлену карту і залежно від нової інформації, отриманої терапевтом, внести до неї зміни або доповнити новими елементами. У клієнтів з проблемами іншого роду будуть інші конфігурації когнітивних карт.

4.4.3. Когнітивні моделі психічних розладів

Психічні розлади мають різноманітну клінічну картину, викликані специфічними ланками патогенезу, які беруть участь у їх розвитку, стабілізації стану і регресі психопатологічних симптомів. З появою когнітивної терапії, розвитком її теоретичних поглядів виникла тенденція до формування когнітивної парадигми походження деяких форм психічної патології. Основу деяких форм психічної патології, таким чином, почали розглядати з точки зору порушень когнітивних елементів психіки.



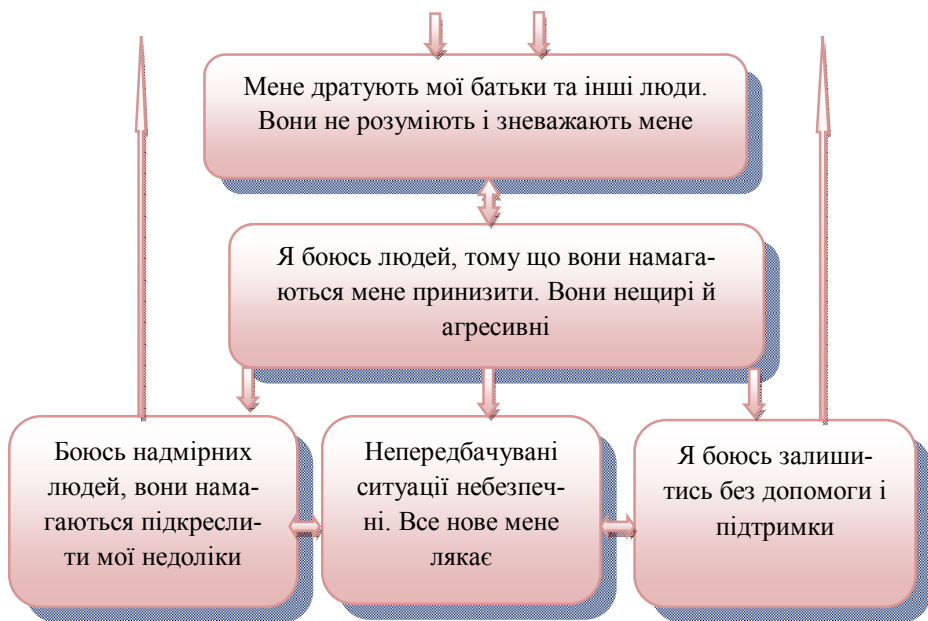


Рисунок 4 - Когнітивна карта пацієнта з невротичними розладами

Одним із найбільш вивчених розладів з погляду теоретичних уявлень і лікувальних можливостей когнітивної терапії є депресія. Незважаючи на те, що при депресивних станах наголошується комплекс системних розладів на афектному, моторному, мотиваційному, вегетативному, біохімічному рівнях, когнітивні розлади є ядром депресії, які впливають на викривлення у пацієнта способів сприйняття, оцінок і контролю реальності.

Когнітивна модель депресії містить три основні компоненти, що пояснюють її психопатологічну структуру: 1) когнітивну тріаду; 2) схеми; 3) когнітивні помилки, що призводять до спотвореної переробки інформації [4].

1. Концепція когнітивної тріади депресії

Когнітивна тріада складається з трьох основних когнітивних установок, які визначають ставлення пацієнта до самого себе, власного майбутнього і свого поточному досвіду.

Негативне ставлення до себе – комплекс негативних самооцінок, що виражаються в тому, що пацієнт вважає себе за неповноцінного, негативного, обділеного або невиліковно хворого. Свої невдачі він схильний пояснювати уявними психологічними, етичними і фізичними дефектами, які, з погляду пацієнта, зробили його нікчемним і нікому не потрібним. Пацієнт запевняє в тому, що позбавлений всього того, що приносить людині щастя і відчуття задоволеності.

Негативна інтерпретація свого поточного досвіду – упевненість пацієнта в тому, що навколишній світ ставить до нього непомірні вимоги і всіляко перешкоджає досягненню життєвих цілей. У будь-якому досвіді своєї взаємодії з середовищем він бачить тільки поразки і втрати, часто тенденційно і помилково трактує свою значущість у побутових, професійних, інтимних ситуаціях.

Негативне ставлення до свого майбутнього, яке уявляється хворому як низка тяжких випробувань і страждань. Він переконаний, що до кінця життя йому випало терпіти тільки труднощі, розчарування і нестатки. Майбутнє для нього позбавлене сенсу, оскільки, окрім провалу і невдач, його там нічого не чекає.

Окрім зазначених розладів, у хворих спостерігаються й інші когнітивні спотворення. Хворі упевнені в тому, що їх нехтують люди, відчують себе ізгоями, доля яких знаходиться в стані самотності. Їх песимізм і відчуття безнадійності, ядро депресії, визначає їх низький рівень домагань, очікування негативного результату й уникнення проблем, які здаються їм нестерпними і нерозв'язними. Їх за-

нижена самооцінка породжує переконання у власній нікчемності і безпорадності в порівнянні з іншими людьми. Часто через те, що вони сприймають себе як безголових і непотрібних людей, хворі думають про себе як про тягар, що не має права на життя.

2. Структура депресивного мислення

У когнітивній терапії для розуміння структури і походження ірраціональних переконань використовується поняття «схема», під яким розуміють сукупність інтегрованих переконань і уявлень особистості, що дозволяють однаково розуміти й інтерпретувати однакові події. Схема, таким чином, є умовою однакового тлумачення однотипної ситуації, тому при домінуванні спотвореної схеми порушується сприйняття індивідом навколишніх стимулів або відбувається розширення діапазону їх актуалізації.

У депресивного пацієнта його патологічна схема різко спотворює когнітивні процеси, унаслідок чого індивідуальний досвід структурується порівняно примітивними способами. Неприємні події розростаються до глобальних проблем, значення і сенси в потоці його свідомості набувають виключно негативного забарвлення. Думки стають категоричними, інертними, проте хворий наполегливо тримається за свої руйнівні ідеї, незважаючи на наявність в житті позитивних чинників. У важких випадках депресивні когнітивні схеми набувають автономної структури, що є причиною продукування хворим нескінченного потоку одних і тих самих гнітючих ідей.

3. Когнітивні помилки депресивних хворих

Переконаність пацієнта в достовірності своїх негативних ідей зберігається завдяки систематичним когнітивним помилкам, які, як відомо, перекручують факти і не дають можливості правильно інтерпретувати дійсність.

Довільний висновок – помилка, в основі якої лежить схильність пацієнта робити умовиводи і висновки всупереч

фактам, що підтверджують їх, або за наявності протилежних фактів.

Вибіркове абстрагування – висновок, заснований на якомусь одному фрагменті, вирваному з контексту ситуації при ігноруванні її істотніших аспектів.

Генералізація – глобальний висновок на підставі одного або декількох ізольованих фактів і перенесення його на решту зовні схожих ситуацій.

Переоцінювання або недооцінювання – гіперболізування значущості або важливості подій, що призводить до збоченого сприйняття фактів і їх неправильної інтерпретації.

Персоналізація – неадекватна схильність пацієнта до співвідношення зовнішніх випадків, подій або явищ з власною персоною.

Абсолютизм, дихотомія мислення - схильність пацієнта мислити крайнощами, ділити події, людей, вчинки на дві протилежні категорії – «погане – хороше», «досконалий – неповноцінний», «святе – грішне» і так далі. Кажучи про себе, пацієнт зазвичай вибирає негативну категорію.

Розлади особистості

Пацієнти з розладами особистості є досить поширеною групою хворих. Вивчення патологічних осіб має непросту історію, в якій спочатку домінував описовий або клініко-психопатологічний підхід. Унаслідок цього були описані основні типи особистісних розладів, пізніше з'явилися спроби зрозуміти їх природу і походження. У формуванні патологічної особистості ще на початку двадцятого століття почали виділяти три основні чинники (соціальний, психологічний і біологічний), внесок яких у процес спотворення структури особистості при різних варіантах розладів не рівнозначний. У одних випадках переважає вплив біологічних умов – спадковості, «грунту», в інших –

соціально-середовищні й індивідуально-психологічні чинники. Складним питанням залишається проблема структури особистості, в якій умовно виділяють емоційно-ціннісну, когнітивну і поведінкову складові. У зв'язку з цим протягом багатьох років домінуючим був комплексний психопатологічний аналіз кожного типу, який дозволив виділити й описати основні елементи особистості, а також визначити їх роль у формуванні патологічної поведінки.

Когнітивний підхід – ще одна спроба зрозуміти функціонування особи, але з урахуванням когнітивних процесів і їх спотворень. Когнітивний підхід дозволяє розглядати особистість як психологічну структуру, наділену певним *стилем мислення* і набором властивих кожному типу *когнітивних схем*.

Нижче наведений короткий опис типів патологічних особистостей з урахуванням індивідуально-типових особливостей їх когнітивних і поведінкових компонентів [23, 30].

Унікаючий розлад особистості

Патологія особистісної структури при даному типі розладу ґрунтується на *внутрішньому конфлікті*: індивід прагне до близьких стосунків з іншими людьми, хоче відповідати їх інтелектуальному і професійному рівню і при цьому відчуває страх бути скривдженим, знехтуваним, боїться зазнати невдачі. *Головною загрозою* для них є уявлення про те, що люди вважатимуть їх за обманщиків, а тому звинуватять, принизять або відкинуть їх. *Стратегія поведінки* пацієнтів виражається в уникненні спілкування й активної участі в чому-небудь.

У пацієнтів з цим видом розладу наголошуються такі ірраціональні переконання: *глибинні* – «Я погана, нікчемна, неприваблива людина», «Якщо хтось пізнає мене ближче, він відкине мене», «Якщо я захочу зробити щось

нове й у мене не вийде, це буде катастрофа»; *проміжні* – «Не бери участі в ризикованих справах», «Уникай неприємних ситуацій», «Якщо я роблю щось неправильно, мені треба забути про це будь-яким способом (можна відвернутися, випити тощо)».

Залежний розлад особистості

Основним елементом структури особистості цього типу є *спотворене уявлення про себе*. Пацієнти, що належать до цього типу, вважають себе за безпорадних, слабих, некомпетентних, і тому намагаються *прив'язатися до сильнішої людини*, яку, як правило, ідеалізують, сприймають за дбайливу і компетентну людину. *Головною загрозою* для них є травма, пов'язана з відкиданням або відмовою. У зв'язку з цим їх *головна стратегія поведінки* полягає в культивуванні залежних стосунків, спробах підкорятися і догоджати тій людині, від якої виникла залежність.

Ірраціональні переконання даного типу особистості подані таким спектром: *глибинні* – «Я безпорадна людина», «Я дуже самотня (самотній)», «Я потребую підтримки людей»; *проміжні* - «Я нормально себе відчуваю, якщо поряд зі мною є хтось компетентний», «Не кривдь того, хто тебе підтримує», «Якщо мене відкинуть, я відчуватиму себе нещасною людиною».

Пасивно-агресивний розлад особистості

В осіб цього типу основний *внутрішній конфлікт* виражається, з одного боку, – в прагненні до незалежності, з іншого – бажанні отримувати вигоду, яку дає влада. Іншими словами, такі люди, намагаючись підтримувати дружні взаємини з іншими, стають покірними, але, відчувши це, і зрозумівши, що втратили незалежність, починають протидіяти будь-яким спробам дотримувати вимоги і підкорятися їм. *Головною загрозою* для них є побоювання, що вони втратять схвалення інших людей і в той же час –

втрачати незалежність. *Стратегія поведінки* цих пацієнтів полягає в тому, щоб змінювати власну незалежність через приховану опозицію до людей, наділених владою, й одночасно – пошук різних способів заступництва властей.

Когнітивна сфера подана такими формами ірраціональних переконань: *глибинними* – «Я ненавиджу начальство», «Не терплю, коли потрібно знаходитися під контролем інших людей», «Горджуся тим, що буваю внутрішньо незалежним»; *проміжними* – «Влада завжди повинна підтримувати людину і піклуватися про неї (про мене)», «Якщо я виконуватиму їх вимоги, я втрачу відчуття свободи», «Ніколи не слід виконувати «під козирок» те, що від тебе вимагає начальство», «Якщо я зробив роботу добре, начальство повинне це якось відзначити».

Обсесивно–компульсивний розлад особистості

Люди цього типу схильні до здійснення *хворобливо-го контролю* над виникаючими ситуаціями і власними діями, ретельного планування своїх цілей і засобів їх досягнення, дотримання порядку заради порядку. Ними рухають складові *внутрішнього конфлікту*: з одного боку - надмірно розвинене відчуття обов'язку, з іншого – постійне переживання власної безпорадності. *Головною загрозою* для себе вони вважають власні помилки, упущення, недосконалість, некомпетентність, які можуть призвести до катастрофи, якщо ситуація вийде з-під контролю і вони не зможуть справитися з дорученою справою. У зв'язку з цим *стратегія їх поведінки* визначається безліччю правил, стандартів і вимог, які вони повинні виконувати, сприймаючи їх як обов'язок і особисті зобов'язання.

Їх когнітивний внутрішній світ багато в чому визначається деонтичними ірраціональними переконаннями: *глибинними* - «Щоб вижити, я повинен дотримувати порядок і систему правил», «Якщо мені не удасться це зробити,

я вважатиму себе за невдачу», «До роботи і доручених справ потрібно ставитися з великою відповідальністю»; *проміжними* - «Будь-який прорахунок призведе до невдачі», «Я повинен завжди контролювати ситуацію», «Мені потрібно все робити правильно», «Чому мені весь час не таланить?», «Щоб виконати все, що заплановане, я повинен постійно себе підштовхувати».

Параноїдний розлад особистості

Головною відмітною особливістю цього типу людей є патологічне відчуття недовіри і підозрілість по відношенню до навколишніх людей. *Стратегія їх поведінки* побудована на переконанні, що багато людей вороже настроєні проти них і схильні до підступних дій. У зв'язку з цим вони часто бувають обережними й у висловах, вчинках, вираженні почуттів інших людей шукають натяки ворожості і хитромудрих інтриг. Оскільки періодично вони в неадекватній формі звинувачують у спричиненні якоїсь шкоди своїх уявних «противників» і «ворогів», то у відповідь теж отримують певну порцію негативного відношення, що підкріплює їх хворобливі переконання. *Основні погрози* хворих пов'язані з їх підозрою, що ними маніпулюють, їх контролюють, принижують або вступають у таємні союзи для боротьби з ними.

Когнітивна сфера подана такими *глибинними переконаннями*, як: «Людя́м не можна довіряти», «Вони обманщики», «Будь наготові». *Проміжні переконання* подані такими комплексами: «Його вислів я зрозумів дуже добре. Він не збирається мені прощати», «Він(а) хоче обдурити мене», «Якщо я не буду обережним, мною зможе користуватися кожен».

Нарцисичний розлад особистості

Основний розлад цього типу приховується в спотвореному уявленні особи про себе. Характерним для них є сприйняття себе як унікальної особистості, яка займає або повинна займати особливе положення в суспільстві і має право на особливе положення і прихильне ставлення. *Стратегія поведінки* таких людей полягає в тому, щоб зробити все можливе для зміцнення власного положення і розширення свого впливу на оточуючих. Для досягнення своєї переваги вони схильні до досягнення слави, влади, престижного положення і суперництва з тими, хто прагне до такого ж високого статусу. *Головною загрозою* для них є ситуації, коли інші люди не дивляться на них з почуттям захоплення або не поважають їх. При виникненні таких ситуацій, окрім реакцій гніву, вони можуть використовувати різного роду маніпуляційні механізми, зокрема у формі короткочасних депресивних реакцій.

Когнітивна сфера цієї групи пацієнтів подана специфічними формами ірраціональних переконань: *глибинних* – «Я людина особлива, останні – просто сірі мишки», «Я талановитіший і розумніший за інших, та інші повинні це визнати», «Особлива людина повинна мати більше прав і пільг»; *проміжні* – «Я просто ігнорую тих людей, які не визнають моєї значущості», «Правила та умовності не для мене».

Гістріонічний розлад особистості

Назва цієї особової патології походить від латинського *hystrio*, що означає актор. *Головною особливістю* цього типу особи є *демонстративність* – схильність надмірно емоційно, тенденційно, награно, театральнo сприймати життєві ситуації, романтизувати стосунки, намагатися чарувати інших людей своїми діями, афектацією, поривами, оригінальністю думок. *Стратегія поведінки* таких людей полягає в прагненні звертати на себе увагу оточуючих і

добиватися визнання. Жінки через схильність до кокетування, еротизації стосунків, манірності, природної пластичності користуються успіхом у багатьох чоловіків. Чоловіки теж відрізняються особливим артистизмом і умінням виражати себе в ефектних позах, жестах, театральних інтонаціях у вираженні своїх почуттів і думок. *Загрозою для них* є ситуації, коли на них не звертають увагу. Як правило, в таких випадках вони відчують тривогу або страх бути знехтуваними. Одна з пацієнок так виразила ці переживання: «Якщо я пройшлася по вулиці і відмітила, що сьогодні на мене ніхто не звернув увагу, - значить, цей день прожитий даремно».

Когнітивна сфера гістріонічних особистостей характеризується добре розвиненою уявою і подана такими дисфункціональними переконаннями: *глибинними* – «Щастя полягає в тому, щоб інші захоплювалися мною», «Є люди, які створені для обожнювання. Одна з них – я»; *проміжними* – «Я дуже приваблива, дотепна і цікава людина», «Мені образливо, що люди бувають такими сірими і нудними», «Я не винна, що чоловіки так мене люблять», «Хто б міг ще так прикрасити вашу компанію?».

Шизоїдний розлад особистості

Основною особливістю шизоїдів є їх схильність до уникнення спілкування з людьми і комфортне самопочуття в стані самотності. Ці люди прагнуть до автономного існування, самоти і незалежності і вважають себе за самодостатніх одинаків. Залученість до групи вони переносять важко, оскільки поведінка людей сприймається ними як нав'язлива і обмежуюча їхню свободу. *Стратегія їхньої поведінки* полягає в тому, щоб триматися від людей подалі і не бути втягнутими у які-небудь дружні або просто товариські стосунки. У професійній сфері вони допускають певне спілкування, яке за межами вирішення ділових про-

блем носить формальний характер. *Загрозою для себе* вони сприймають ситуації спроби людей зближуватися з ними, провести разом час, оскільки подібна поведінка сприймається ними як намагання вторгнення в їх внутрішній світ і загроза для внутрішньої свободи.

У когнітивній сфері можуть бути істотні спотворення. Виділяють шизоїдів з багатим і бідним аутизмом, тобто людей з добре або слабо розвинуеною уявою. Їхні ірраціональні переконання відображають їхні основні установки до себе і навколишнього світу: *глибинні* – «Я за вдачею самотній вовк», «Спілкування з людьми приносить один клопіт і засмучення», «Я не потребую людей, вони часто мене дратують»; *проміжні* – «Я давно відмітив, що люди люблять користуватися мною», «Мої фантазії інколи цікавіші за реальність», «Дотримуйся дистанції», «Не розумію тих, хто страждає через відсутність друзів».

4.5 Методи, прийоми і техніки когнітивної терапії

Переконання має бути цінним тільки тому, що воно істинне, а зовсім не тому, що воно наше.

В.Г. Белінський

Терапевтові доводиться працювати як з окремими ірраціональними переконаннями, так і з їх комплексами, які формують проблеми пацієнта або є в одних випадках основною, в інших - факультативною патогенетичною ланкою виникнення психічної патології.

Виявивши дисфункціональне переконання, терапевт визначає, чи є воно центральним або периферичним. Робота починається з проміжного переконання, оскільки воно в

порівнянні з глибинним податливіше для терапії. Щоб зміни при проведенні терапії були стійкими, вибирається переконання найактуальніше для пацієнта. Для цього терапевт просить пацієнта оцінити важливість переконання у відсотках (від 0 до 100%) і з'ясовує такі моменти: які масштаби його впливу на життя пацієнта; чи здатний пацієнт оцінити його об'єктивно; чи готовий він до роботи над цим переконанням; коли (на сьогоднішній або наступній сесії) можна починати терапію [2].

Щоб почати процес зміни переконання пацієнта, потрібно переконатися в тому, що він навчився виявляти і змінювати власні автоматичні думки, а також розуміє їх природу. Коротко цей процес можна подати таким чином. Терапевт підкреслює, що переконання індивіда не дані йому від природи, а є часткою засвоєного життєвого досвіду, тому їх можна переглянути і змінити. Далі терапевт говорить про конкретне переконання пацієнта, яке потрібно змінити. Уточнюється, коли і як засвоєні ідеї, що лежать в основі переконання, чи є такі переконання у когось із знайомих пацієнта. Як правило, у когось таких переконань немає, і це дає можливість терапевтові підкреслити, що людина, яка засвоїла інші переконання, не має тієї проблеми, яка є у пацієнта. Тому якщо пацієнт за допомогою терапевта погодиться відмовитися від дисфункціональних переконань і зуміє замінити їх раціональнішими, це дозволить подолати і нейтралізувати хворобливу й актуальну для нього проблему. Перш ніж показати пацієнтові його дисфункціональну ідею, що вимагає корекції і заміни раціональнішим переконанням, терапевт повинен *викликати сумнів у її помилковості*. Тільки в цьому разі у пацієнта з'являється готовність до її обговорення і зміни. Для цього терапевт повинен перетворити проміжне переконання пацієнта, подане у вигляді правил і стосунків, у форму припущень. Наприклад, терапевт говорить: «Ви упевнені, що

маєте бути обережними з людьми, оскільки вони підступні (правило), і промахи з вашого боку можуть призвести або до ганьби, або до розорення (відношення)?». Або обговорення іншого переконання: «Я вас зрозумів таким чином, що чесною людиною має бути завжди (правило), оскільки таємне стає явним з впливаючими з цього наслідками (відношення)». Отримавши підтвердження пацієнта в упевненості цих ідей, терапевт продовжує: «Подумайте, наскільки ви зараз довіряєте своїй ідеї: «Якщо я підозріло ставитимуся до людей, боятимуся їх, то які відчуття з їх боку отримаю у відповідь. Адже у вашому житті є безліч прикладів вільного і дружнього спілкування». У другому випадку сумнів пацієнта формується такою фразою: «Припустимо, що якщо вам потрібно повідомити про смертельне захворювання вашої дочки, чи будете ви дотримуватися правила завжди говорити правду?». Далі пацієнта запитують, наскільки відсотків змінилася його упевненість у правильності обговорюваних переконань?

Щоб підсилити процес сумніву, терапевт повинен *обговорити з пацієнтом переваги і недоліки проблемного переконання*. Як ілюстрацію можна навести випадок студентки, що звернулася на консультацію з комплексом проблем, в основі яких лежала жорстка, прищеплена їй матір'ю з дитинства перфекціоністська установка. Переконання звучало так: «Я маю бути у всьому краща за всіх». Ця позиція породжувала труднощі спілкування в групі, з молодими людьми, викладачами, сприяла переживанню відчуття самоти, своєї відмінності від однолітків й інших людей. У зв'язку з цим терапевт і повинен викликати у пацієнта сумнів в помилкових ірраціональних переконаннях і потім запропонувати методи терапії, які дозволять їх модифікувати.

Т. Ви вважаєте, що успіх людини залежить від того, що вона буде краща за всіх у всіх сферах своєї діяльності.

А якщо ваші старання бути краще за всіх не приведуть до успіху? Що тоді?

П. Тоді я буду ще наполегливішою у своєму бажанні. Ви не уявляєте, скільки часу я витрачаю, щоб бути відмінницею.

Т. Ви не вважаєте, що це екстремальне переконання. Щоб бути успішним, треба постійно собі й іншим доводити свою перевагу. Напевно, ви вже зараз не можете похвалитися хорошим міцним сном, емоційною врівноваженістю, участю в простих радощах життя. Так це чи ні? Чи не завелика це ціна вашої успішності?

П. Напевно, так.

Т. А зараз уявіть, що станеться, якщо навіть за всіх старань Ви не виявитесь кращою?

П. Я буду погано себе почувати. У мене виникне відчуття огиди до себе, відраза, пригніченість, може бути депресія.

Т. Давайте підіб'ємо підсумки. Ви у своєму житті керуєтеся проблемним переконанням, яке ситуаційно давало вам деякі переваги. Проте від нього необхідно відмовитися. Прагнення бути кращим – це природна потреба кожної людини, але ваше прагнення веде до безвиході і, як ви побачили в процесі нашої бесіди, формування внутрішнього конфлікту. Внутрішній конфлікт через деякий час призводить до стійкої хронічної емоційної напруги, сомато-вегетативних порушень і неминуче - до неврозу. Ви згодні, що це переконання необхідно змінити?

П. (подумавши). Так.

Наступним завданням когнітивної терапії є *створення нових переконань*. Для цього складається список проміжних і глибинних переконань, які заважають пацієнтові адаптуватися до життя. Далі терапевтом разом із пацієнтом формулюються адаптивні гнучкі ідеї, логічно пов'язані з його старими проблемними переконаннями. Відбір

ідей здійснюється повільно, зважено. Упевненість у справедливості кожного переконання оцінюється пацієнтом суб'єктивно (від 0 до 100%). Таким чином, до списку вносяться дві групи переконань: старі дисфункціональні і нові адаптивні з високим рівнем довіри до кожного з них, вираженим у відсотках.

№	Старе переконання	Нове адаптивне переконання
1	Я самотня і нікому не потрібна людина	Самота – це переживання дефіциту своєї значущості, тому людина повинна відновити пошук сенсу в стосунках з людьми. Всі ми комусь потрібні: батькам, дітям, друзям, прирученим тваринам
2	Моє головне правило: все або нічого	Крайність, максималізм, імпульсна упертість – ознаки обмеженості і дурості. Не хочу, щоб мене вважали за такого
3	Багато хто бачить у мені дурну і слабку істоту	Я достойна людина, у мене, як і у всіх, є свої сильні, позитивні і слабкі сторони. Просто мені потрібно частіше показувати свої достоїнства
4	Я не бачу сенсу у своєму житті	Сенс може бути в оточенні красою, в самореалізації, в тому, що ти комусь потрібний, у любові. Кожного разу, коли ця думка зазвучить

		знову, потрібно тільки вирішити, на що я можу і хочу спертися
5	Я постійно ревную свою дружину і часто розумію, що для цього немає реальних причин	Це сигнал для самого себе, оскільки я сам хочу піти «наліво». Це захисний механізм, як пояснив мій психолог. Довіру породжує доброзичливість – це факт.
6	Я нікому не вірю	Не вірити – не дивуватися, і означає – не радіти, а я Хома - невірющий, такий собі трохи похмурий стари-ган

У вільний час пацієнт як домашнє завдання щодня перечитує обидва переконання, порівнює їх, моделює у своїй уяві доцільність використання у власній поведінці, відзначає ступінь власної довіри до кожного з них.

4.5.1 Універсальні способи роботи з ірраціональними ідеями

Існує комплекс універсальної техніки, яка дозволяє змінити ірраціональні проміжні і глибинні переконання пацієнта і в той же час використовуються в інших видах психотерапії: сократичний діалог, ролеві ігри, техніка, засновані на використанні релаксації, застосування копінг-карток, техніка на основі активації процесів уяви, використання можливостей домашнього завдання.

4.5.1.1. Сократівський діалог – один із засобів когнітивної терапії, що дозволяє змінити переконання паціє-

нта. П. Дюбуа в передмові до своєї книги «Психоневрози і їх лікування» писав: «...раціональна терапія є «перевихованням», за допомогою якого потрібно розвинути і зміцнити розум хворого, навчити його правильно дивитися на речі, утихомирювати його почуття, змінюючи уявлення, що викликали їх. Для цього немає іншого засобу, окрім переконання за допомогою діалектики, яке можна було б назвати сократівським методом» [53].

Сократівський діалог – це своєрідна форма інтелектуальної дуелі, в ході якої коригуються непослідовні й ірраціональні думки пацієнта. В процесі діалогу терапевт крок за кроком, використовуючи логічну аргументацію, підводить пацієнта до зміни системи його дисфункціональних переконань. Терапевт ставить запитання так, щоб пацієнт давав тільки позитивні відповіді, що підводить його до прийняття раціональної думки, яка на початку бесіди не приймалася і викликала опір.

Наприклад, виявивши ірраціональне переконання, терапевт пропонує пацієнтові оцінити його і говорить: «Отже, ви на 90% упевнені в тому, що якщо (далі коротко описується проблема), то у вас змінюється ставлення до себе (уточнюється, як). Це так?» Як правило, пацієнт це підтверджує.

Далі, щоб підсилити тенденцію пацієнта до раціонального вибору, в процесі діалогу терапевт може використовувати протилежні за ефективністю метафоричні образи, які за своїми загальними характеристиками схожі на пацієнта. Один з образів, що уявляються, діє раціонально, інший у контексті актуальної проблеми робить помилки. Порівняння стилів поведінки різних образів дозволяє схилити пацієнта до вибору раціонального шляху поведінки. Щоб закріпити цей вибір, терапевт пропонує пацієнтові відзначити, чи змінилося його самопочуття, уточнює, наскільки змінилася довіра до такого вирішення проблеми.

На наступному етапі терапевт просить пацієнта записати своє «старе» переконання і відзначити, наскільки пацієнт довіряв йому на початку бесіди (90%). Запитує: «А наскільки ви упевнені в ньому зараз? Запишіть – 90% і поруч поставте ту оцінку, яка відповідає вашій новій думці». Далі терапевт просить пацієнта сформулювати нове переконання, допомагає оформити його точніше, визначити ступінь довіри до нього і записати це. Порівняння дає можливість зробити вибір.

Головне завдання сократичного діалогу, незалежно від того, в рамках якої концепції він використовується, полягає в розширенні свідомості, тому пацієнтові пропонується як домашнє завдання перечитувати свої записи, роздумувати над тим, як дисфункціональні ідеї перешкоджають вирішенню виниклих проблем, а адаптивні сприяють їх розв'язанню. Далі в домашніх умовах під керівництвом терапевта пацієнтові пропонується діяти в рамках альтернативного переконання, виробленого і прийнятого ним самим.

4.5.1.2 Ролева гра

Ролева гра – універсальна техніка, заснована на можливості залучення пацієнта в різні форми нормативної поведінки для вирішення різних терапевтичних завдань. Ролева гра дозволяє людині моделювати різні ситуації, близькі до тих, з якими йому доводиться стикатися в реальному житті.

Когнітивна терапія вдається до ролевої гри у багатьох випадках з різними цілями. За допомогою ролевої гри терапевт виявляє автоматичні думки пацієнта, допомагає сформулювати адаптивну відповідь, змінити проміжні і глибинні переконання. Ролева гра корисна для навчання спеціальної техніки і вироблення пацієнтом власних соціальних навиків. При слабому розвитку соціальних

навиків тренування проводиться одночасно з терапевтом, інколи їхні ролі можуть мінятися. Пацієнт може виступати в ролі тієї людини, з якою у нього виникають труднощі спілкування, терапевт може виступати в ролі пацієнта.

У ролевій грі клієнт може узяти на себе роль терапевта, що дозволяє йому дистанціюватися як від своєї неправильної позиції, усвідомити власні прийоми психологічного захисту перед лицем терапевта. Ролева гра дає можливість приділяти більше уваги джерелам своїх хибних інтерпретацій, показувати, як інколи пацієнт, прагнучи зберегти самоповагу, активно чіпляється за власні помилкові думки.

Перш ніж навчати пацієнта соціальних навиків, терапевт оцінює рівень їх розвитку. Багато пацієнтів точно знає, що потрібно робити і говорити, але внаслідок негативних когнітивних конструкцій (наприклад, «Я завжди виглядаю нікчемною, оскільки не можу відстояти свої погляди. Мені завжди важко образити співбесідника») роблять це в неадекватній формі.

Таким чином, обігруються різні ситуації, будучи в різних «іпостасях», пацієнт набуває і відточує уміння коригувати свої когнітивні й поведінкові установки і виражати їх у спілкуванні.

4.5.1.3 Релаксація

Релаксація (від лат. *relaxatio* – розслаблення) – стан неспання, що характеризується зниженою психофізіологічною активністю, яка відчувається у всьому організмі, або в будь-якій його системі. Для досягнення релаксації існує безліч методик: методи аутогенного тренування, нервово-м'язова релаксація, медитація, різні форми біологічно зворотного зв'язку.

Багатьом пацієнтам корисно навчитися виконання техніки релаксації, оскільки це дозволяє краще виявляти, вирішувати виникаючі проблеми і підвищувати ефектив-

ність використання пацієнтом деякої техніки для боротьби з ними в стані релаксації. Нижче даний опис техніки релаксації за Джекобсоном – перевіреної і ефективної методики.

4.5.1.4 Копінг - картки

Копінг-картки – це форма корекції ірраціональних думок і переконань, що допомагає справитися з важкими ситуаціями шляхом раціональної когнітивної самоорієнтації особистості.

Для складання копінг-карток використовуються листки паперу розміром приблизно 8×12 с. Готові копінг-картки пацієнт зберігає в гаманці, на столі, прикріплюючи на видному місці, щоб мати можливість перечитувати їх щодня або кожного разу за потреби.

Копінг-картки можуть бути декількох типів. Вони є записаними з одного боку специфічними для суб'єкта автоматичними думками або переконаннями, з іншого – адаптивними відповідями, поведінковими стратегіями у формі варіантів дій у певній проблемній ситуації або активізуючими пацієнта самоінструкціями. Пацієнт складає копінг-картки, використовуючи свої можливості і застосовуючи їх з користю для себе. Нижче наведені загальні характеристики копінг-карток кожного типу.

Картка 1: автоматична думка – адаптивна відповідь.

Терапевт після обговорення з пацієнтом допомагає йому скласти картку, за допомогою якої можна переключити увагу з автоматичної думки на текст адаптивної відповіді, що підвищує вірогідність того, що він міцно за-своїть його зміст. Робити це можна не лише в міру необхідності, тобто при виникненні проблемних думок, але і регулярно – до 3 разів на день (перед сніданком, обідом і вечерею).

Картка 2: копінг – стратегії.

Копінг – стратегії – це комплекс прийомів, які пацієнт може застосувати, зіткнувшись із важкою ситуацією. Така картка обов'язково складається разом із терапевтом. Обговорюючи стиль поведінки пацієнта у скрутних ситуаціях, терапевт уточнює, як би той вчинив, якби йому потрібно було їх подолати. Потім вносить додаткові пропозиції, описуючи варіанти стратегії поведінки для пошуку раціонального виходу. Наприклад, якщо ситуація викликає тривогу або страх, якщо вона спричинює у людини гнів або здається взагалі нерозв'язною тощо.

Картка 3: активізуючі самоінструкції.

Цей тип картки використовується тоді, коли у пацієнта є дефіцит мотивації. Наприклад, якщо пацієнт не може зробити якісь кроки, щоб почати дію, якщо він боїться чіхось реакцій, прогнозує невдачу і це знижує його активність. Картка також складається терапевтом, але за активної участі пацієнта з урахуванням його індивідуального стилю думок і поведінки.

4.5.1.5 Уява в когнітивній терапії

Автоматичні думки виникають не лише у вигляді спонтанних виникаючих слів або фраз, але і формі уявних картинок і образів. У образах відбиваються зображення якихось *дій*, які можливі або неможливі в реальному житті, *стосунків* до когось або чогось, або виражених у формі відчуттів та інших переживань.

Як і ірраціональні автоматичні думки, образи можуть накладати таку саму негативну дію на поведінку, тому разом із роботою над думками терапевт повинен навчити свого пацієнта здатності протидії ним.

У зв'язку з цим терапевт повинен навчити пацієнта виявляти спонтанно виникаючі образи, пояснюючи, що

робити це спочатку складно, оскільки образ – це уявна картинка, фантазія, уявлення, швидкоплинний спогад, що короткочасно фіксуються в свідомості, і тому рідко усвідомлюється. Інколи емоція є відлунням виникаючого образу. Залишаючись неусвідомленими і такими, що не пропрацювали, негативні ірраціональні образи підтримуватимуть дезадаптивний стан у пацієнта. Розвиваючи здатність раціонально відповідати на образи, пацієнт може навчитися контролювати свої емоційні стани.

Для тренування з виявленням негативних образів пацієнта спочатку просять описати нейтральні або позитивні образи, наприклад, вигляд з вікна, якісь приємні спогоди (море, квіти, ліс) і далі переходять до роботи над образами травмуючої ситуації. Ці уявлення можуть бути такими, що лякають, тривожними або сумними і проблема полягає в тому, що вони сприймаються як «сигнали» значущих фактів. У одних випадках їх виникнення у свідомості пацієнт сприймає як ознаку існуючого неблагополуччя, в іншому випадку думає, що з ним може статися щось погане в майбутньому. Переконавшись, що негативні образи виникають часто і заважають пацієнтові, терапевт ознайомлює його з технікою роботи з образами за допомогою уяви. Головне, щоб пацієнт міг подивитися на хворобливу ситуацію іншими очима, навчився в думках її купірувати і тим самим знизити гостроту емоційного ставлення до неї.

Техніка з використанням уяви

Завершення образу – техніка, під час якої терапевт, стимулюючи уяву пацієнта, спонукає його розвивати спонтанно виникаючий негативний образ до тих пір, поки:

- пацієнт у думках пройде кризову точку, тобто ті труднощі, бар'єри, перешкоди, що виникають на шляху реалізації мети, і досягне раціонального вирішення критичної ситуації;

- пацієнт дійде у своїй уяві до переживань катастрофічного розвитку подій.

У першому випадку терапевт стимулює послідовність дій, що розгортаються в уяві, просить їх описувати, уточнює при цьому настрої. Нарешті процес уявної реалізації мети зупиняється на *образі найгіршого моменту*. Терапевт просить описати відчуття, які при цьому виникають. Далі пацієнт на прохання терапевта повинен детально описувати ті труднощі, які виникають у реальному житті під час проходження цього критичного моменту. Уточнюється, що є перешкодою або полегшує цей процес. Нарешті, в уяві вдається закінчити важку справу (вирішити завдання, наблизитися до мети), привести уявну ситуацію до розумного результату.

При опрацюванні катастрофічного сценарію (наприклад, теми смерті, фінансових втрат, розриву любовних, дружніх стосунків зі «значущим іншим») терапевт м'яко, але наполегливо визначає його значущість для пацієнта. Щоб зрозуміти значення втрати, терапевт просить уявити, що станеться після катастрофи, що трапилася. Далі пропонується побачити раціональні моменти (оптимістичніші сцени), які можуть виникнути після катастрофи, що трапилася, у далекому майбутньому (наприклад, як змінюватимуться переживання дітей, що втратили матір). Інколи під час обговорення значення катастрофи розкривається нова, глибша проблема особистості і глибинне переконання, що лежить в її основі.

Стрибок у майбутнє – техніка, яка за допомогою уяви дозволяє пацієнтові по-новому поглянути на складності специфічних видів діяльності, які в реальному житті викликають труднощі, невпевненість і негативні переживання.

Терапевтичний прийом полягає в тому, що пацієнтові пропонують у думках перенестися в якийсь

період найближчого майбутнього і уявити, що труднощі вже подолані, а справа, щодо досягнення якої пацієнт відчував невпевненість унаслідок передбачуваної складності або недооцінки своїх можливостей, нарешті завершена.

Пацієнтові пропонується назвати свої дії, які необхідні для досягнення мети і правильного вирішення завдання. Ті дії, вчинки, процедури або стосунки із значущими іншими, які, на думку пацієнта, з різних причин йому погано вдавалися, або не вдавалися зовсім, він за інструкцією терапевта, повинен «проглянути», як це буває при сповільненій зйомці. Це дозволяє фіксувати увагу індивіда на тому, що інколи нешкідливі деталі та факти можуть гіперболізуватися і серйозно перешкоджати розв'язанню проблем. По ходу уявних дій, які врешті-решт приводять до позитивного результату, уточнюються настрої і стан пацієнта, підкреслюється, що нею можна користуватися і в домашніх умовах.

Зміна образу – техніка, що дозволяє за допомогою уяви змінювати образ негативної ситуації, продумувати її раціональний шлях розвитку, досягти ефективнішого фіналу і тим самим купірувати супроводжуючі її хворобливі переживання.

Техніка передбачає декілька етапів. Пацієнта просять пригадати неприємну подію і яскраво, детально відтворити її у своїй уяві. Як правило, вона супроводжується негативними переживаннями і відчуттями. Далі терапевт пропонує пацієнтові уявити себе в ролі режисера, який може змінити динаміку уявної картини, виходячи з власних можливостей і бажань. Шляхи вирішення негативної ситуації, які обирає пацієнт, можуть бути різними. Ситуацію можна змінити дивним чином, тобто уявляти в її розвитку те, чого насправді не станеться. Ситуація в уяві пацієнта може розвиватися реалістично або так, як це йому

б хотілося. Уявлення можуть містити й інші альтернативні способи розв'язання ситуації.

Зі всіх змодельованих в уяві варіантів розвитку складної ситуації терапевт разом із пацієнтом обирає найбільш оптимальний шлях її дозволу. Під час розбирання різних варіантів виходу з негативної ситуації терапевт уточнює, як почуває себе пацієнт по ходу розвитку кожного варіанта сценарію. Якщо по ходу розвитку важких сценаріїв трапляються образи (це можуть бути картинки складних взаємин із батьками, вчителем, директором школи, колегами), які перешкоджають реалізації мети і викликають тривогу, терапевт навчає пацієнта прийомів їх нівеляції в уяві. Для цього в образі негативної, «бар'єрної» фігури потрібно провести ті зміни, які спотворять її значущість, – зробити незграбно високою або низенькою, перетворити на карлика. Уявним «персонажам» можна придумати безглуздий одяг, зачіску, колір волосся і «змусити» носити їх, змінити тембр голосу (зробити його високим, писклявим або, навпаки, низьким, басистим) тощо.

Таким чином, модифікація образів – складових негативної ситуації, зміна їх значущості дозволяють знайти оптимальний шлях її вирішення.

Уявне вирішення проблеми – техніка, близька до такого варіанта, як «завершення образу». Пацієнт у своїй уяві повинен із самого початку пройти шлях подолання негативної ситуації. При виникненні перешкод, наприклад, якщо це людина, від якої залежить сприятливий результат, пацієнтові слід налагодити з ним контакт і спробувати змінити його позицію. І так крок за кроком, поки пацієнтові не удається справитися зі складною ситуацією. В деяких випадках пацієнтові корисно уявити самого себе, який застосовує для вирішення проблеми вже освоєні в процесі терапії навички (наприклад, здатність викликати релаксацийний стан, використовувати формули самонавіяння, мо-

делювання певних навиків у ролевій грі, читання копінг-карток).

Є дуже проста, але достатньо ефективна техніка усунення і нейтралізації хворобливих образів.

Зупинка уявної картини – техніка, що перериває неприємний образ за допомогою різних нескладних способів. Наприклад, образ, який нав'язливо з'являється у свідомості пацієнта, різко перекривається раптово виникаючим дорожнім знаком «Стоп» або обривається уявним наказовим вигуком «Стоп!». При цьому пацієнтові рекомендується зробити гучний звук: ляснути в долоні, різко ударити в дзвінкий металевий предмет, який може відіграти роль «гонгу».

Заміна образу – техніка, що вимагає регулярних тренувань, коли неприємні образи швидко замінюються приємними спогадами тих картин або осіб, які суб'єктивно є однозначно позитивними, радісними і привабливими. Пацієнта просять уявити, що неприємна уявна картина – всього лише кадр на екрані телевізора. Тому, перемкнувши канал, можна уявити себе на пляжі в мальовничому місці, в екзотичному саду з райськими птицями під час зустрічі з коханою і дуже близькою людиною. Застосування цієї техніки доцільно поєднувати з виконанням релаксаційних вправ.

Для багатьох клієнтів кращим підходом є переплетення лінгвістичної і образної технік, оскільки така комбінація дій ефективніша, ніж кожна з них окремо. Образи здійснюють загальні зрушення когнітивної сфери в патернах («схемах»), лінгвістична техніка більшою мірою націлена на зміну специфічних думок.

У запропонованій нижче техніці використовуються по можливості обидві складові когнітивної діяльності.

Змішана техніка

Як і в попередніх методах, усе починається з визначення ірраціональних ідей пацієнта. Робити це краще з використанням вербальних методів, оскільки деякі ідеї дуже важко висловити і описати в образах. Далі терапевт разом із пацієнтом придумує контраргументи або заміщувальні раціональні думки, покликані купірувати його ірраціональні ідеї.

Наступним завданням є визначення здатності пацієнта до уяви (візуалізація). Для цього рекомендується використовувати спеціальні тести, але якщо пацієнт показує низький рівень цієї функції, рекомендується використовувати схему побудови образів, описану Лазарусом.

Щоб допомогти пацієнтові перейти від ірраціональних до раціональних переконань, потрібно використовувати конкретні образи, за допомогою яких можна швидко змінити сприйняття негативних ситуацій.

Нижче наведений список основних типів образів, використовуваних як раціональну заміну ірраціональних ідей пацієнта.

Образи подолання, в яких клієнт уявляє себе таким, що успішно справляється зі складними ситуаціями, використовуються для корекції пасивного, уникаючого мислення («Уявіть собі, що ви просите свого начальника про підвищення вашої зарплати»).

Розслабляючі образи, що містять сцени природи і плотську візуалізацію, використовуються для зіставлення думкам, що продукують страх або тривогу. Часто використовуються як частина когнітивної десенсибілізації.

Образи досягнень, у яких клієнт уявляє, що він виконав яке-небудь завдання досконало, протиставляються ірраціональним думкам про беспорядність і невдачливість («Уявіть собі, що у вас вдалих, щасливий шлюб»).

Образи подетального подолання, які сфокусовані на частковостях, допомагають клієнтам, які відчують себе

подавленими внаслідок нерозв'язних проблем. Використовуючи цей метод, клієнт може розбити головну проблему на серію дрібніших і уявити собі, як він долає ці невеликі труднощі. Наприклад, клієнт може розділити проблему купівлі машини на 20 маленьких завдань і уявити собі послідовне успішне завершення кожної з них, починаючи з купівлі автомобільного каталога для покупців нових машин і закінчуючи вдалою купівлею ідеального автомобіля.

Моделючі образи можуть використовуватися у разі, якщо клієнт зазнає складнощі в уявленні складових кроків вирішення проблеми або оволодіння тим або іншим навиком. У цій техніці клієнт малює в уяві людину, яка зразково виконує дане йому завдання. Наприклад, клієнт може проаналізувати і потім візуалізувати удар справа Віталія Кличка або навик ведення суперечки Юлії Тимошенко.

Неприємні образи використовуються в обумовленні відрази, відчуження й уникнення як противага небажаних поведінці («Уявіть, що ваша звичка палити викликає у ваших дітей емфізему»).

Ідеалізовані образи використовуються, коли клієнти не можуть подумати про свою кінцеву мету («Де б ви хотіли жити через десять років, з ким? Що б вам хотілося робити?»).

Уявлення про винагороду підкріплюють реалістичне мислення («Що станеться хорошого, якщо ви завершите проект?»).

Нівелювальні образи зменшують негативні ефекти неприємної, страхітливої візуалізації («Уявіть свого начальника в костюмі качки і крякаючого».)

Реконцептуалізуючі образи змінюють інтерпретацію подій («Уявіть, що ваша дружина не була на вас сердита, просто у неї були неприємності на роботі»).

Негативні і позитивні образи — візуалізація негативних ситуацій на позитивному фоні, як і обумовлення

вищого порядку, може змінити емоційну валентність ситуації («Уявіть, що ваш противник критикує вас, а ви сидите в тропічній лагуні в теплий сонячний день»).

Коригувальні образи виправляють помилки, допущені клієнтом у минулому («Уявіть, як би ви це зробили, якби довелося це робити знову»).

Узагальнені коригувальні образи дозволяють клієнтові виправити всі минулі інциденти певного типу. Наприклад, пасивний клієнт може уявити, що він поведився асертивно в ті моменти, коли відходить від проблеми.

Образи майбутнього примушують клієнта озирнутися на сьогодні з майбутнього часу, прояснюючи таким чином головні цінності («Уявіть, що вам 85 років, і ви озираєтеся на прожите життя. Що ви тепер визнаєте важливим і що - нічого не значущим?»).

«Аварійні» уявлення навчають клієнта справлятися з гіршими можливими наслідками події («Що може статися найгіршого в результаті того, що ви втратите роботу?»).

Візуалізація маловірогідних образів припускає, що клієнт уявляє собі всі можливі «жахливі» події, які з ним можуть статися, для того щоб навчитися відходити від спроб контролювати все навколо. Цей прийом у парадоксальній техніці застосовується часто («Що жахливого може з вами статися, коли ви читаете недільні комікси? Коли ви приймаєте ванну? Коли лежите у своєму ліжку?»).

Уявлення асертивних відповідей може бути зіставлене для контрасту з уявленнями пасивних, агресивних і пасивно-агресивних реакцій, так, щоб клієнт побачив наслідки кожної з відповідей («Уявіть, що ви пасивно, агресивно або упевнено просите, щоб вам повернули ваші гроші»).

Уявлення підсумкових наслідків вимагає, щоб клієнти візуалізували подію, що спричинила неспокій, через тиждень, місяць, рік після того, як вона сталася, щоб ви-

значити відстрочені наслідки («Якщо ви накладете на себе руки, уявіть, як сильно переживатиме ваша дівчина вісім років потому?»).

Емпатичні уявлення навчають клієнта сприймати світ з погляду іншої людини («Як до вас ставиться людина, яку ви образили?»).

Катарсичні образи дозволяють клієнтам уявити, що вони виражають не проявлені раніше емоції, такі, як гнів, любов, ревності або печаль («Уявіть, що ви кричите у відповідь на справедливе зауваження вашого друга»).

Уявлення нульової реакції припускає, що клієнт візуалізує, як він сприймає у фобічних ситуаціях тільки нейтральні наслідки. Ці образи часто використовуються в процедурах погашення умовних зв'язків («Уявіть, що ви встали перед всіма присутніми в залі і вийшли. Уявіть, що ніхто цього не помітив і нікому до цього не було справи»).

Фантастичні образи вирішують в уяві такі проблеми, які неможливо вирішити в реальності («Уявіть, що ваша померла бабуся з'явилася зараз перед вами. Яку вона вам дасть пораду? Як вона поставиться до того, що ви зробили?»).

Превентивні образи використовуються для того, щоб підготувати клієнта справитися з проблемами, з якими він може зіткнутися в майбутньому, наприклад, смерть, нехтування значущою особою, фізичне захворювання, бідність і так далі.

Негативні зміцнювальні образи викликають уявлення про страшну ситуацію, яка позбавляє ситуації ще жакливішої («Уявіть, що, тримаючи в руках змію, ви позбавляєтеся критики ваших однолітків»).

Образи безпеки дають клієнтові відчуття упевненості в загрозовій ситуації («Коли ви знаходитесь в літаку, уявляйте собі, що мама тримає вас у теплій рожевій ковдорчці»).

Образи, що пересичують, використовуються в процедурах прихованої повені, відтворюють одну і ту саму візуалізацію знову і знову, поки клієнтові не набридає її уявляти («Протягом наступних двох тижнів по 50 разів на день уявляйте собі, що ваша дружина кохається з кожним чоловіком, якого ви зустрічаєте»).

Альтернативні образи використовуються, коли клієнт повинен визначитися між двома лініями поведінки («Уявіть, що буде схоже ваше життя в Нью-Йорку і в Києві, і зіставте ці два образи»).

Уява негативних наслідків виявляє неприємні ефекти того, що здається клієнтові позитивним («Уявіть, що, ставши відомим, ви виявляєтеся спійманим у власному будинку, не маючи можливості нікуди вийти, тому що вас переслідують папараці»).

Уявлення, що протистоять спокусам, перетворюють бажані об'єкти на неприємні («Уявіть, що сигарета, яку ви палите, - це невеликий довгастий предмет брудно-зеленого кольору, вирізаний з тканини пухлини печінки»).

Образи, що випереджають час, дозволяють клієнтам відсторонитися від травмуючої події, уявляючи, що вони перемістилися в часі (наприклад, на півроку вперед) і озираються на подію («Уявіть, як ви ставитиметеся до того, що ваш друг кинув вас через шість місяців»).

Щоб здійснити когнітивні зміни за допомогою цієї техніки, потрібно пов'язати специфічні образи з ірраціональними ідеями пацієнта. Наприклад, якщо у пацієнта домінує переконання «Життя моє не клеїться», він повинен візуалізувати тільки нейтральні наслідки своїх дій і поривів, зосереджуватися на сценах, у яких ніхто не помічає його невдач, і взагалі нікому немає справи ні до його провалів і помилок, ні до його успіхів. Можна уявляти, що в житті взагалі нічого не відбувається. Таким чином, ак-

туалізуються в основному такі образи, як нівелюючі і нульові реакції.

Якщо центральним переконанням пацієнта є «Я залежу від інших людей», як коригувальні образи повинні виступати ідеалізуючі образи. Пацієнт повинен активно візуалізувати сцени свободи, незалежності, відсутності прихильності до кого-небудь, схильність до імпульсних або розкутих вчинків.

Пацієнтові (клієнтові) з егоцентричними установками рекомендується візуалізувати емпатичні образи, тобто уявляти ситуації, в яких він під час спілкування прагне максимально наблизитися до іншої людини і зрозуміти її точку зору. Терапевт просить уявити і постаратися пережити ситуацію, як до нього може ставитися людина, яку він недавно образив.

Клієнт повинен практикуватися у візуалізації до тих пір, поки обраний образ не стане чітким і яскравим. Після роботи з образами рекомендується звернутися до лінгвістичного компонента. Після цього терапевт просить пацієнта оцінити свій стан: «За допомогою образів вам удалося змінити емоції. Подумайте і скажіть, що змінилося у Ваших ірраціональних думках? Які з них ще зберігаються?».

4.5.1.6 Домашні завдання

Домашнє завдання – універсальний та інтегровальний компонент когнітивної терапії, що дозволяє розширювати можливості когнітивних і поведінкових змін пацієнта, навчати його навиків протистояння складним проблемним ситуаціям у перервах між сесіями. Домашнє завдання дає можливість пацієнтові отримувати нові знання про формування і способи змін розумових процесів і стереотипів поведінкового реагування, терапевтові – оцінювати успішність і ефективність виконаної роботи. Успішність вико-

нання домашнього завдання самим пацієнтом сприяє підвищенню у нього відчуття упевненості в собі.

Дослідження, що проводилися, підтверджують, що пацієнти, які виконували домашні завдання в процесі когнітивної терапії, досягали поліпшення станів швидше за тих, хто цього не робив.

Багато пацієнтів виконують домашні завдання охоче і легко, в інших відмічаються опір і неприйняття такого виду занять, особливо якщо було потрібне виконання завдань у письмовій формі. Щоб підвищити вірогідність участі пацієнта в підготовці домашнього завдання, терапевт повинен:

- пристосовувати домашнє завдання до потреб і можливостей пацієнта;
- логічно обгрунтовувати доцільність, необхідність виконання домашнього завдання;
- передбачати й усувати можливі перешкоди в процесі виконання домашнього завдання;
- проводити роботу з негативними переконаннями пацієнта стосовно виконання домашніх завдань.

Чим обумовлені конкретні рекомендації і вимоги до виконання домашніх завдань?

Перш за все це визначається потребами пацієнта, змістом цілей терапії, комплексом уявлень терапевта (когнітивною концептуалізацією) щодо конкретного пацієнта і терапевтичного досвіду, що є у нього.

На першому етапі терапії провідну роль у визначенні тем домашнього завдання відіграє терапевт, проте у міру зміцнення когнітивної компетентності ініціатива поступово віддається пацієнтові. Терапевт спонукає його приймати рішення і обирати теми для подальшого обговорення і їх виконання в домашніх умовах. І пацієнти, які звикли самостійно планувати домашні завдання до кінця

кожної сесії, швидше за все будуть це робити і після закінчення курсу терапії.

Як домашні завдання можуть бути різні завдання і вимоги.

Підвищення і розширення поведінкової активності пацієнта. Особливо це актуально для пацієнтів з інертним способом життя. Потрібне відновлення тих видів діяльності, які приносили задоволення, збагачення життя новими заняттями. Для цього пацієнт може скласти розклад, що складається з декількох прийнятних пунктів, зокрема завдання вироблення нових навиків для втілення їх у реальному житті (наприклад, обговорити із значущою особою важливі проблеми, які він до цього вирішити не міг, моделюючи при цьому різні форми взаємодії).

Виявлення автоматичних думок і їх подальший аналіз. Пацієнт кожного разу, коли змінюється його настрій, ставить собі запитання: «Про що я зараз думав?». Спочатку виявлені думки записуються в окремому блокноті, пізніше, коли пацієнт ознайомиться з новою формою роботи з автоматичними думками, рекомендацією терапевта, фіксує їх у бланку для роботи з дисфункціональними думками (РДД). А своєчасний пошук адаптивних відповідей на свої ірраціональні думки покращує стан пацієнтів. Пізніше, коли пацієнт навчається і цього прийому, терапевт пропонує записувати автоматичні думки у свої копінг-картки, щоб обдумувати і перечитувати їх у домашніх умовах.

Огляд пацієнтом останньої терапевтичної сесії, який передбачає читання записів, зроблених під час терапевтичної сесії або після неї, а також прослуховування (якщо він є) аудіозапису сесії. Все це допомагає пацієнтові закріпити отримані знання і навички. Записувати автоматичні думки і дисфункціональні переконання, виявлені на сесії, необхідно з новими адаптивними відповідями на них. Якщо пацієнт використовує аудіозаписувальний пристрій,

для заощадження часу йому можна рекомендувати прослуховування кінця сесії, де зазвичай обговорюються висновки і ті питання, які терапевт рекомендує вирішити під час домашніх завдань.

Підготовка до наступної терапевтичної сесії вимагає від пацієнта виконання деяких правил: необхідності організувати свої думки відповідно до знайомого і стандартного порядку питань і вимог терапевта. При цьому слід пам'ятати про пацієнтів, для яких утруднена можливість коротко формулювати деякі теми. Таким пацієнтам слід запропонувати робити попередні записи перед початком кожної сесії і в думках продумувати її зміст.

Відповідність домашнього завдання індивідуальним потребам пацієнта. Домашнє завдання має бути ретельно продуманим і враховувати індивідуальні особливості даного пацієнта. В одних випадках, при низькій мотивації до терапії, пацієнт не може виконати його швидко. Якщо завдання для пацієнта важке, краще розбити його на окремі частини. Наприклад, рекомендується прочитати всього 1 розділ популярної книги, що рекомендується, з когнітивної терапії, заповнити чотири перші колонки РДД, подзвонити подрузі, піти за покупкою до магазину. Пацієнт, схильний до уникнення, під час проходження перших сесій не повинен виконувати поведінкові завдання, тому що сприймає їх як тиск із боку терапевта. Тривожний пацієнт лякатиметься будь-якого завдання, яке здається йому об'ємним. У зв'язку з цим домашні завдання для нього, щоб не викликати хворобливої самокритики і відчуття безнадійності, повинні починатися з чогось легкого.

Ефективність самостійних занять, які пацієнт найчастіше виконує в домашніх умовах, залежить від дотримання ряду вимог і правил:

- завдання виконуються цілеспрямовано, їх форма і зміст повинні визначатися темою, що пропрацювала на сесансі терапії;

- завдання повинні доповнювати одне одного і закріплюватися шляхом багатократного виконання кожного з них;

- дотримується принцип зворотного зв'язку – пацієнт повинен обов'язково повідомляти про кількість виконаних завдань, труднощі, що виникли під час їх виконання;

- обсяг і труднощі домашніх завдань повинні порівнюватися з можливостями і мотивацією пацієнта.

В арсеналі когнітивної терапії існує великий арсенал конкретної техніки, спрямованої на корекцію і трансформацію ірраціональних ідей. Залежно від терапевтичного стилю, що проводиться, з використанням сильних, інтенсивних або м'яких емоцій, проведення техніки на фоні непорушного, безпристрасного стану пацієнта, техніки і методи терапії ділять на декілька груп: з використанням жорсткого, м'якого, так званого об'єктивного спростування. Нижче послідовно викладена техніка кожної з цих груп.

4.5.2 Техніки жорсткого спростування

Жорстке спростування в когнітивній терапії – комплекс прийомів і техніки, що використовують для зміни деструктивних поглядів пацієнта, жорсткі раціональні контраргументи на фоні сильних емоційних дій. Для пояснення цього процесу Мак Маллін використовує аналогію про «розплавлений віск». Згідно з пропонованою ним метафорою, думки людини схожі на воскові зліпки, які можуть швидко міняти свою конфігурацію, переплавлятися в нові форми під час дії інтенсивних емоційних переживань

(страху, гніву, відрази, презирства тощо). Тільки за допомогою сильної емоційної атаки можна «розтопити» ірраціональні думки і на їх місце «залити» нові когніції, спростувальні старі, і такі, що викликають позитивний емоційний відгук у пацієнта.

Як жорсткі контраргументи можуть виступати підібрані терапевтом і пацієнтом когніції у формі окремих слів, коротких фраз, філософських притч, за допомогою яких пацієнт, привівши себе у відповідний емоційний стан, «змиває» власні ірраціональні думки потужним потоком. На принципі жорсткого спростування побудовано декілька технік.

4.5.2.1 Техніка проведення контратаки

Перед тим як використовувати метод контратаки, терапевт повинен виконати декілька завдань: підготувати пацієнта до можливості вираження почуття гніву та інших сильних емоцій, за допомогою яких у формі інтенсивної атаки він зможе подолати ірраціональні ідеї; разом із пацієнтом скласти список контраргументів і серед них вибрати найпереконливіше спростування.

Далі, за присутності терапевта, використовуючи його інструкції, пацієнт практикує техніку контратаки, моделює (настроює) власну поведінку, поки не досягне певного рівня напруження. Терапевт підкреслює, що відповіді пацієнта повинні відповідати основній меті – контратаці на ірраціональні ідеї за допомогою драматично лунаючих, емоційно заряджених контраргументів.

Після попереднього тренування і засвоєння основних правил проведення контратаки терапевт підсилює всі дії: спочатку контратака проводиться з розслабленими м'язами, потім зі злегка напруженими, потім із дуже стиснутими. Одночасно посилюється емоційне напруження, змінюється модуляція голосу, поступово підвищується тон, збільшується його гучність. Голос пацієнта повинен відоб-

ражати гнів, обурення, різкий опір своїм ірраціональним переконанням.

Атака на ірраціональні думки може здійснюватися за допомогою уяви. Терапевт пропонує пацієнтові вступити в боротьбу з ірраціональними ідеями на уявному рингу. Модельована «сутичка» повинна супроводжуватися стійкими думками пацієнта про те, що якщо він в цьому поєдинку не «завалить» ірраціональне переконання, воно перемаже його, що і відбувалося до цих пір. Тому, щоб перемогти, пацієнт повинен максимально мобілізувати свої відчуття гніву, презирство, відрази і «бити», «шматувати» небажану думку, уявляючи її у формі огидних і жалюгідних образів, атакуючи з усіх боків. Головне, щоб у цій сутичці настав такий момент, коли ірраціональне переконання впаде «бездиханним» або втече, волаючи про пощаду.

Техніку контратаки рекомендується з обережністю застосовувати у клієнтів з високим рівнем тривожності й у хворих із психічними розладами, оскільки її використання може підсилити і без того високий рівень тривоги. У таких випадках більш прийнятним буде використання методів м'якого заперечування. Крім того, пацієнт повинен чітко розуміти, що він атакує свої переконання, а не самого себе.

4.5.2.2 Контртвердження

Упевненість у собі – важлива умова успішного вирішення проблем, оптимального спілкування, високих досягнень щодо поставлених цілей. У психології в цій галузі виділяють два основні поняття: упевненість людини в спілкуванні з іншими людьми й упевненість особистості в собі (асертивність).

Існує безліч технік і способів тренування упевненості в собі, але акцент у них нерідко робиться на тренуванні упевненості індивіда в спілкуванні з іншими людьми. Тренінг упевненості в когнітивній терапії полягає

в роботі з помилками, в подоланні суперечностей, внутрішніх конфліктів. Що відбувається з людиною, яка зробила помилку і яка усвідомлює це? Терапевт пояснює, що існує чотири основні способи реагування на зроблену помилку, що примушують пацієнта бути:

- *пасивним* – ігнорувати свою помилку і вдавати, що нічого не сталося. Проте це не вигідно, оскільки індивід, швидше за все, повторюватиме одну і ту саму помилку і тому не досягне своїх цілей;

- *агресивним* – займатися непродуктивним самопри-
ниженням, вважати себе за дурного і нетямущого. Така по-
зиція знижує самоповагу і може призвести до того, що ін-
дивід боїтиметься здійснювати дії в тій сфері, в якій здійс-
нена помилка;

- *пасивно-агресивним* – карати себе надмірним
вживанням алкоголю, переїданням, марнотратством гро-
шей, непродуманими покупками. Цей спосіб украй непро-
дуктивний, оскільки індивід, як правило, не усвідомлює
своєї помилки і взагалі не думає, як її можна виправити;

- *асертивним* – уміти чесно визнати свою помилку,
але сприймати цей промах тільки як недолік міркувань, а
не свого характеру. Які властивості входять у поняття
«асертивна особистість»? Це індивід, що демонструє само-
повагу, пошану до інших людей і злагоди загалом. Це лю-
ди, для яких характерна ефективність спілкування, в якому
виявляються чесність, відвертість і прямота. Найважливі-
шим елементом у структурі асертивної особи є розвинене
відчуття гідності й уміння узяти на себе відповідальність.
Самовпевнена позиція індивіда у відповідь на помилку
може виражатися таким чином: «Я зробив промах, але йо-
го можна легко виправити, якщо я відповідально ставити-
муся до своїх рішень».

До ефективної техніки розвитку асертивності (упевненості особистості в собі) з погляду когнітивної терапії належать рольові ігри і репетиція з аудіокаетою.

Для *проведення рольової гри* необхідно скласти список внутрішніх суперечностей і конфліктів, які можуть виникати у пацієнтів, і після цього дати можливість потренуватися в озвучуванні чотирьох різних варіантів своїх внутрішніх реакцій. Увага пацієнта повинна акцентуватися на комплексі емоцій, які викликає кожен із цих підходів. Перші три позиції у вирішенні суперечностей і конфліктів, як правило, програшні, але пацієнт, проаналізувавши їх, повинен у цьому переконатися сам. Нарешті він доходить висновку, що його завдання полягає в тренуванні асертивних якостей – уміння брати відповідальність за те, що становить його проблему, на себе, за великим рахунком – стати творцем своєї долі.

Р. Мак Маллін наводить приклад необхідності проведення тренінгу упевненості в собі у хворих, що страждають на наркоманію. Один із них (чоловік), як і більшість хворих, зовні агресивний, але не здатний протистояти тягучості і залежності від наркотиків. Він не бореться, коли виникає ломка, і готовий на все, щоб прийняти наркотик. Мак Маллін пропонує йому навчитися уміння упевненості в собі, для чого пацієнтові необхідно подивитися на свою проблему таким чином. Він повинен уявити собі наркотичну «ломку» як сутичку, в якій безжалісний монстр (бандит-садист, огидна істота) постійно роздирає його вже декілька років. Щоб почати з ним боротьбу, пацієнтові необхідно уявити себе сильним, вольовим, упевненим у собі героєм, постійно вселяти, що в цій «війні не на смерть, а на життя» він обов'язково виграє цей поєдинок. Для перебування в стані мобілізаційного настрою пацієнтові рекомендується скласти відповідний текст і носити його постійно з собою. Текст може містити індивідуальні варіації, але бути

приблизно таким: «Я був слабою, невпевненою, немічною людиною і це призвело до краху – я став безнадійним наркоманом. Я не міг протистояти ломці, залежності, всьому тому, що пов'язане із вживанням наркотиків. Проте життя водночас може круто помінятися. Я давно повинен був зробити цей вибір, і я його зробив. Я ненавиджу цю ворожу силу, яка штовхає мене в прірву. Я люто, як уособлення всесвітнього зла, ненавиджу його, і всіма гідними засобами знищу це потворне тупе чудовисько. Я повільно, але упевнено йду по шляху власного відродження. Я упевнений у собі й у мене вистачить сил, щоб перемагати хворобу».

Під час репетиції з *аудіокасетою* пацієнти практикують свої упевнені відповіді, записують їх на касету і прослуховують до тих пір, поки зміст і тон не здадуться їм гідними схвалення.

У завершальній частині тренінгу необхідно допомогти пацієнтові *знайти свого внутрішнього вчителя*, особистого наставника, який міг би забезпечити внутрішній діалог із самим собою, з яким можна попросити поради, поділитися наболілим, «поплакати в жилет», обговорити свої наміри, шляхи раціонального подолання власних проблем тощо.

4.5.2.3 Диспут і заперечування

Дискутування – керована терапевтом суперечка, під час якої відбувається розділення раціональних та ірраціональних переконань пацієнта і поступова відмова від їх використання. В процесі дискусії виділяють два етапи:

- 1) критичне обговорення різних аспектів ірраціональних установок клієнта;

- 2) заміна ірраціональних переконань на більш адаптивні, внаслідок чого у клієнта формується нова філософія життя.

Проведення диспуту повинне ґрунтуватися на таких правилах:

- Дискутування повинне відбуватися в характерному для клієнта темпі, що дозволяє йому обдумувати питання. Часто, не маючи часу для зважування питань і відповідей на них, клієнт формально бере участь у процесі дискусії.

- Необхідно пам'ятати, що деякі питання, які піднімаються під час диспуту, можуть викликати у клієнта сильне емоційне напруження, ставити в безвихідь, заважати оцінювати проблему комплексно. У зв'язку з цим терапевт повинен контролювати стан пацієнта, звертаючи увагу як на його вербальні вислови, так і на невербальні сигнали (міміку, пози, жести і так далі).

Під час проведення диспуту реконструкція ірраціональних установок здійснюється на когнітивному, фантазійному і поведінковому рівнях.

Когнітивний диспут – процес спростування ірраціональних установок з використанням сократичного діалогу, дидактичних прийомів, позитивного досвіду інших людей і так далі. Запитання, які ставить терапевт, спрямовані на виявлення суперечностей ірраціональних переконань, їх алогічності, нереалістичності і глибини впливу на переживання і поведінку клієнта.

У процесі дискусії застосовуються такі *дидактичні прийоми*, як розповіді, мікролекції, притчі, метафори, використання аналогій, за допомогою яких загострюється увага клієнта на когнітивних схемах, що створюють проблему. Важливим способом дистанціювання від проблеми є *гумор*, використання під час обговорення актуальних для клієнта проблем гротеску, перебільшення, несподіваних аналогій.

Образний диспут – моделювання дискусії з використанням уяви, яка реалізується за допомогою декількох способів.

Негативний варіант – в уяві пацієнта моделюється один з гірших варіантів проблемної ситуації (А) та активуються колишні негативні переживання (П). За появи неприємних хворобливих емоцій і відчуттів пацієнт повинен зосередитися на власних думках. Далі пацієнтові пропонується знижувати негативні емоційні переживання до мінімального рівня й одночасно фіксувати ті раціональні переконання, за допомогою яких удалося зменшити їх інтенсивність. Для закріплення результатів пацієнт повторює вправу, засновану на регуляції емоційних переживань шляхом зміни власних переконань від ірраціональних до позитивних, в домашніх умовах.

Техніка позитивної уяви – занурення в психотравмуючу ситуацію з моделюванням в уяві пацієнта позитивного ставлення до себе. Індивід зі страхом почервоніння повинен уявити себе упевненим і дещо агресивним і, якщо в цьому стані він відчуває себе комфортно, терапевт запитує: «Що ви сказали собі у цей момент?». Далі разом із терапевтом пацієнт формулює для себе нову когнітивну установку, яка допоможе подолати проблемну для нього ситуацію. Це може бути, наприклад, така формула: «У мене є немало позитивних якостей, які дають підставу поважати себе. І хоча думкою інших людей нехтувати не варто, з цього дня найважливішим є моє власне ставлення до себе!».

Щоб полегшити перехід від роботи на рівні уяви до реальних ситуацій, пацієнтові пропонується уявити проблемну ситуацію і пригадати свої звичайні ірраціональні думки. Далі пацієнт повинен проводити активну внутрішню суперечку з самим собою, укріплюючи установки іншого Я, які дозволять справитися з цією ситуацією. Ряд

терапевтів вважає, що результати образної дискусії будуть стійкішими, якщо проводити його під час занурення пацієнта в стан релаксації або гіпнотичного трансу.

Поведінковий диспут – основна форма реконструкції переконань пацієнта, які формуються унаслідок здійснення багатократних дій, протилежних ірраціональним установкам. Наприклад, людині, що відчуває страх бути путою, пропонують перебувати в стані постійного спілкування з оточуючими. Людині з перфекціоністським комплексом рекомендують навмисно все робити погано, тим, хто страждає від підвищеної соромливості, – голосно розмовляти з оточуючими, в аптеці просити показати предмети, що мають відношення до сексу тощо.

Закріплення раціональних установок і виявлення їх на рівні поведінки є одним із найважливіших ознак успішності терапії, що проводиться.

5.5.2.4 Форсування вибору

Існує немало ситуацій, вирішення яких можливе лише у тому випадку, коли індивід своєчасно приймає рішення і робить правильний вибір. Роблячи це, він відмовляється від непродуктивних форм поведінки і переконань, що лежать в їх основі. Проте можуть бути й інші випадки, які інколи тривають роками, коли індивід не може зробити вибір, і така непродуктивна позиція відбивається на його здоров'ї, психічному стані близьких людей, веде до краху життя. Наприклад, жінка, незважаючи на нестерпні умови подружнього життя, не маючи реальних можливостей для виправлення ситуації, відмовляється від розлучення, травмуючи тим самим не лише себе, але і своїх дітей.

Це можуть бути ситуації нерозділеного і фатального кохання, коли він або вона не можуть подолати свою нерациональну нерозділену любовну пристрасть, постійно перебуваючи в ілюзорній надії на прозріння коханої людини і виправдовуючи її холодність і жорстокість. Людина,

знаючи негативних почуттів, роками може займатися ненависною роботою і не кидати її, жити в хронічно нещасливому шлюбі, не може кинути палити, страждаючи, скажімо, від раку легенів, не відмовляється від алкогольної або наркотичної залежності, від яких теж виникає немало страждань.

Чому люди, зазнаючи страждань, свідомо розуміючи порочність і безглуздя своїх бажань і думок, не хочуть змінитися і більше того, навіть дійшовши до крайності, чинять опір таким змінам і не можуть прийти до правильного рішення.

Зробити так, щоб пацієнт міг рішуче і твердо зробити свій вибір, блокувати механізми втечі від вирішення проблеми і тим самим різко змінити своє життя – це одне з важких завдань психотерапії загалом. У когнітивній терапії також існують свої прийоми, що полегшують цей процес.

Пацієнт може стати на шлях прийняття форсованого вибору і рішучих дій при збігу таких обставин: проблема має бути доведена до максимальної точки, що граничить з абсурдом; індивід втомився з нею боротися; всі спроби уникнути втечі від радикальних змін не ведуть до вирішення проблеми; пацієнт усвідомлює цей факт і розуміє, що якщо ситуацію не змінити, настане крах його особистого життя і, можливо, близьких йому людей.

Техніка форсування прийняття раціонального вибору і терапевтичних змін передбачає декілька етапів.

- Проблема або хворобливий стан мають бути доведені до крайності, до апогею і переживатися пацієнтом тільки негативно, як страждання, нещастя, особлива особиста драма, яку він хоче категорично подолати.

- За допомоги терапевта в процесі роботи має бути розроблене чітке уявлення про альтернативну лінію поведінки, що містить комплекс переконань і дій, які пацієнт

використовуватиме тоді, коли йому вдасться зробити свій раціональний вибір.

- Клієнт повинен мати чітке уявлення, що він перебуває в пастці, в яку загнав себе своїми старими і неадекватними думками, особистими особливостями, і тому єдиний вихід з цієї ситуації – прийняти радикальне рішення відмовитися від установок, що дезадаптують.

У форсуванні вибору можуть відігравати ситуації за типом «останньої краплі» - думки про відповідальність перед батьками, дітьми, гостре переживання відчуття провини, страх, що його проблема відіб'ється на фізичному і психічному здоров'ї «значущого іншого», що його активної участі й уваги потребує близька людина. Знайти в індивідуальному когнітивному наборі саму «хвору точку» і використовувати її для запуску вольових і безповоротних рішень – також одне з важливих завдань терапевта і свідчення його досвіду і мистецтва.

- Щоб пацієнт не відмовився від вибору, терапевт не повинен прагнути полегшити його стан (призначати заспокійливі медикаменти, проводити паліативну психотерапію і тим самим у черговий раз зменшувати емоційне напруження).

4.5.2.5 Техніка когнітивної повені

Когнітивна повінь – ще одна із технік з групи жорсткого спростування. Поняття «повінь», що використовується в поведінковій психотерапії, передбачає такий сенс. Зустріч індивіда з неприємним стимулом, що викликає стан тривоги, страху, паніки, визначає і природну тактику поведінки у формі уникнення. Людина відсторонюється, тікає від джерела страху, прагне не стикатися з ним у майбутньому. При цьому страх і супроводжуючий його комплекс поведінкових реакцій нейтралізуються лише на якийсь час, але не зникають повністю. Техніка повені побудована на тому, що пацієнт, стикаючись із ляка-

ючим стимулом, не має можливості (не має права) втекти і повинен бути з ним достатньо тривалий час. Тоді емоційні реакції на страх послабшають або зміняться унаслідок: стомлення, відсутності зміцнювального безумовного рефлексу або реактивного гальмування.

Когнітивна повінь – різновид цієї техніки, проведення якого здійснюється на когнітивному рівні, але суть залишається тією самою – пацієнт занурюється в стан страху з одночасним блокуванням реакції уникнення. Тільки залишаючись у стані страху, тривоги і долаючи його, пацієнт може зрозуміти, настане катастрофа, на яку він очікує, чи ні. Це ж допоможе усвідомити, що в основі страхів лежать його ірраціональні когнітивні установки і помилкові переконання, які заважають позбавитися власних неадекватних реакцій і дій.

Якщо ж клієнтові дозволити вихід з експерименту до його завершення, він вважатиме, що врятував його саме відхід від стресових переживань.

Виділяють декілька технік когнітивної повені.

1. *Образна повінь*

Терапевт пропонує пацієнтові в спокійному і розслабленому стані в найяскравіших деталях уявити сцену, що лякає його (це можуть бути несподівана зустріч із твариною, поїздка в метро, вихід на сцену для публічного виступу, контакт з якимсь об'єктом та ін.). Одночасно від пацієнта вимагається, щоб він фіксував у свідомості ті думки, оцінки, емоції, які виникають у відповідь на загрозову ситуацію.

Далі пацієнтові пропонується перебувати в цій ситуації і прагнути утримувати весь комплекс своїх переживань і думок до тих пір, поки умовна реакція природним чином («сама собою») не послабшає.

Фіксуючи увагу на поліпшенні стану, терапевт підкреслює, що кожного разу, коли у пацієнта виникне стан ірраціонального страху і тривоги, він повинен свідомо утримувати його до того часу, поки не втомиться це робити. Пацієнтові рекомендується занурюватися у свій страх у різний час доби, уявляючи одну і ту саму сцену і багато разів переживаючи ті самі думки і відчуття.

Для швидшого й ефективнішого купірування страхів може використовуватися гіпноугестивний метод, що дозволяє поєднувати в стані трансу навіювання комплексу переживань і думок, характерних для повені і релаксації.

2. Вербальна повинь

Пацієнтові рекомендується описати свій посттравматичний досвід у всіх найдрібніших деталях, починаючи з того, за яких обставин виник страх, які моменти його підтримують, в яких ситуаціях він слабшає, якими відчуттями супроводжується. Необхідно акцентувати увагу на тому, в яких органах або системах вони виявляються слабше і в яких – сильніше, що (або присутність когось) допомагає послабити страх. Потрібно детально зупинитися на тих думках і образах, які при цьому виникають, на ставленні до страху самого пацієнта та його родичів і так далі. Обговорювати проблему страху пацієнта з різних сторін треба довго і бажано до тих пір, поки він сам не втомиться про нього говорити.

3. Прицільна повинь

Метод схожий на попередню техніку, проте в цьому випадку пацієнт повинен вибірково зосередитися на одному зі своїх станів, що заважає йому (наприклад, на стані тривоги). Пацієнт повинен відтворити всі фізичні відчуття і психічні переживання, пов'язані з тривогою: прискорене серцебиття, напруження м'язів, утруднене дихання, нудота, тремтіння в руках, запаморочення, тремтіння голосу та ін.

Цей стан повинен утримуватися пацієнтом до тих пір, поки симптоми не зникнуть самі по собі.

Це вправа, як і дві попередні, повинні виконуватися в середньому тричі протягом півгодини.

4. *Негативна практика*

Пацієнтові пропонується безперервно висловлювати свої ірраціональні думки до тих пір, поки він не втомиється або йому набридне це робити. Припиняти заняття потрібно тільки тоді, коли сам пацієнт категорично відмовиться продовжувати обговорювати цю тему.

5. *Ієрархія*

Терапевт повинен допомогти пацієнтові скласти список страшних для нього ситуацій і пов'язаних з ними лякаючих думок в ієрархічному порядку – від менш до більш лякаючих. Далі пацієнтові рекомендується жваво, яскраво уявити найменш страхітливу ситуацію з наявного списку. У цьому стані пацієнт повинен перебувати доти, поки він не повідомить, що ситуація сприймається як абсолютно нейтральна.

Процедура триває далі - пацієнт переходить до більш страхітливої ситуації і так далі. Найголовніше під час проведення цієї техніки – це те, що пацієнт сам повинен визначати час перебування в лякаючій сцені і перебувати в ній до тих пір, поки не перестане відчувати сигнали свого тіла.

4.5.2.6 Когнітивне обумовлення відрази

Відраза – сильне відчуття, здатне надавати інтенсивну дію на сомато-фізіологічні і психічні процеси. Відраза переживається як відторгнення шкідливих об'єктів, особливо якщо вони пов'язані з уявленнями індивіда про їх зараженість.

Актуалізація відчуття відрази в когнітивній терапії і використання його для боротьби з ірраціональними переконаннями має своє теоретичне обґрунтування. Якщо по-

милкові переконання асоціюватимуться з неприємними стимулами у формі образів, емоцій, відчуттів, ядро яких становитиме відчуття відрази, то думки, що генеруються ними, позиції, погляди блокуватимуться або виявлятимуться у формі негативних і суперечливих переживань.

Існує декілька технік, заснованих на когнітивному обумовленні відрази.

Самопокарання

У цій техніці використовується список ірраціональних переконань пацієнта, який складався раніше. Пацієнт повинен детально у вигляді конкретної сцени письмово описати ситуацію, в якій частіше за все виявляються його певні переконання. Подробиці опису сцени необхідні для того, щоб клієнт міг легко візуалізувати і поринути в її «атмосферу». Далі пацієнт повинен уявити одну зі сцен, в якій його ірраціональні думки виявляються максимально. Після досягнення у пацієнта відповідного настрою терапевт починає управляти цим процесом: «Будь ласка, уявіть якнайгірші наслідки від ваших помилкових думок. Можливо, ви їм довіряли до цих пір, але давайте подивимося, як вони вже змінили ваше життя. Ці думки, що спотворюють реальність, напевно не дозволили вам реалізувати свої можливості таким чином, як вам цього б хотілося. Подумайте, чи вплинули вони на вашу самоповагу, чи не відчуваєте ви себе завдяки цим думкам дурною, безглуздою, слабкою людиною, що викликає у деяких людей, можливо, відчуття відрази і презирства? Як вони відбилися на стосунках з близькими людьми й оточенням взагалі? Коли б не ці багатолітні помилки, яким ви з тупою завзятістю вірили, як би по-іншому склалося ваше життя? Уявіть собі, що ці «дорогоцінні ідеї» - як сміття, яке ви щодня бачите, засмічують життя і не дозволяють бути вільною людиною».

Текст інструкції, що стосується негативного впливу ірраціональних думок на життя пацієнта, повинен викликати максимально відштовхувальні емоційні асоціації. Ефект буде ще кращим, якщо пацієнт вголос детально прокоментує те, що породжує його уяву.

Неприємну сцену для кожної ірраціональної думки слід повторювати як мінімум тричі.

Стандартні відштовхувальні образи

Основне завдання цієї техніки – переплетення неприємних образів, що викликають відразу з ірраціональними ідеями так, щоб між ними виникли міцні асоціативні зв'язки. Для цього можна використовувати стандартні образи, які у кожної людини мають індивідуальну ієрархію: продукти таких актів, як блювання або дефекація; комахи (таргани, мухи, черв'яки, личинки), дрібні гризуни або змії, що рухаються, розповзаються по підлозі або виповзають з біологічних тканин; екскременти, продукти виділення (кал, слиз, виділення з органів); мертві і зруйновані тіла людини або тварин; вигляд брудних і пітних ніг; шкіра, що лущиться, відшаровується струпи; зіпсовані продукти.

Кращі образи, що викликають відразу або огиду, – ті, які вибирає сам пацієнт, виходячи з досвіду власних страхів і неприязні. Враховуючи це, терапевт складає індивідуальну для даного пацієнта ієрархію огидливих, таких, що викликають страх і навіть жах, образів до терпиміших і спокійніших.

Далі потрібно тільки уміло пов'язати ці неприємні уявлення та образи з ірраціональними думками пацієнта.

Як ілюстрацію коротко опишемо клінічну історію з власної практики. На прийом звернулася дівчинка 14 років у супроводі матері. Протягом 2 місяців до нашої зустрічі дівчинку турбував сильний і частий кашель, через який вона практично не ходила до школи. Спочатку кашель як симптом знаходив підтвердження педіатрами як наслідок

респіраторного захворювання. Проте після проведеної достатньо інтенсивної терапії симптом кашлю все ж зберігався і навіть посилювався, хоча клінічно, інструментально і лабораторно його соматична основа не підтверджувалася. Скорочуючи історію, ми дійшли висновку, що кашель є істеричним симптомом, що виконував маніпуляційну роль. Своїм станом дівчинка намагалася привернути увагу батька, що пішов із сім'ї. Таким чином, аналіз клінічних, психологічних та інших відомостей показав, що дівчинка потребувала психотерапії, під час проведення якої найдієвішим прийомом виявилася техніка когнітивного обумовлення відрази. Симптом кашлю зник після того, як у свідомості дівчинки він почав зв'язуватися з огидними змінами її зовнішності, якою вона дуже дорожила. У гіперболізованій формі лікар описував ті зміни, які відбуватимуться, якщо кашель збережеться, – зміняться колір і якість шкіри, склер очей, зміняться постава, хода, з'явиться огидний запах із рота. Описувалися ранні ознаки постаріння, реакції оточуючих і особливо молодих людей – від відчуття жалості до відрази від того, як вона виглядатиме. Кашель зник після двох сеансів застосування цієї техніки, і треба визнати, що інші дії були менш ефективними.

4.5.2.7 Приховане уникнення

Приховане уникнення – техніка, в основі якої лежить підкріплення будь-яких дій, спрямованих на уникнення неприємних емоцій. Як підсилювальний чинник у когнітивній терапії є раціональні думки пацієнта. Відомо, що індивід схильний триматися за будь-яку думку, яка застерігає його від тривоги, напруження і неспокою. Він може, наприклад, зменшити стан напруження при зустрічі з проблемою такими фразами: «Слава Богу!», «Геть, печаль, тривога», «Моя хата скраю», «Ну, не судилося» та ін. Позитивна дія підкріплюючих дій, в даному випадку у формі

ідей, збільшує вірогідність їх використання в майбутньому.

Проведення цієї техніки передбачає такі дії.

Пацієнт, як і раніше, повинен скласти ієрархію проблемних ситуацій та ірраціональних думок, що корелюють з ними.

Далі на прохання терапевта він повинен вибрати зі складеного списку проблемну ситуацію і ті ірраціональні думки, які з нею пов'язані. Пацієнт повинен пов'язати свої ірраціональні думки з негативними образами, емоціями або зовнішніми стимулами (пригадати недавню сварку, уявити образ виповзаючих черв'яків з туші померлої кішки та ін.), головне, щоб переживання були сильними і неприємними.

За допомогою багатократного асоціювання між ірраціональними ідеями і негативними емоціями пацієнта має бути вироблений міцний і надійний асоціативний зв'язок.

Надалі пацієнтові пропонується уявити ту саму проблемну ситуацію, але ірраціональну думку, яка виникала при цьому, потрібно замінити на раціональну. Проте асоціація проблемної ситуації і раціональної (розумною, мудрою, правильною) думки повинна виникати до появи негативних емоцій. Якщо пацієнт переконаний у ній і щиро її приймає, то неприємні афектні супутні емоції проблемної ситуації не з'являються.

Щоб закріпити ефект і виробити навик виконання даної техніки, терапевт пропонує пацієнтові продовжувати заняття в домашніх умовах. Для цього він поступово проходить весь шлях вищеописаного тренування з кожною проблемною ситуацією зі складеного списку. Тим самим він закріплює навик протистояння негативним наслідкам виникаючих проблем за допомогою власних раціональних думок.

Є багато простих за змістом раціональних думок, які можуть допомогти індивідові уникнути негативних переживань. Є безліч мудрих думок, сентенцій і притч, які призначені для цього ж. У кожної людини є свої раціональні правила. Нижче наведені деякі з них.

- Я можу бути щасливим, навіть якщо не все в моєму житті йде гладко.

- Я можу насолоджуватися життям навіть у тому разі, якщо моє дитинство було не дуже радісним.

- Людина повинна прощати себе за минулі помилки. Це гуманно з її боку.

- Я не винен у тих подіях, які не можу контролювати.

- Часом мені буває погано, але щоб відчувати себе бадьоро і бути оптимістичним, я не повинен позбавлятися поганих емоцій, тому що вони теж частина мого життя.

- Я не повинен сприймати серйозно чийсь недоліки і достоїнства, і якщо я на це заслуговую, то можу від душі посміятися і над собою.

- Неможливо бути у всьому краще за всіх.

- Якщо я не досягну слави, світ не зміниться і людство про це не сумуватиме. Людей більше цікавлять їх власні шукання.

- Озираючись назад, я чітко розумію, що багато, що хвилювало мене у минулому, виявляється незначним і наївним.

- Чим більшого я досягну, тим більше заздрості я відчую з боку людей. Хвалитися – безглуздо, скромність все-таки прикрашає людину.

- Ніколи не треба ідеалізувати людину, предмети, стосунки, навіть достоїнства. Багато цінностей відносні і часто виглядають брехливо.

- Бути чесною людиною набагато корисніше. Людина з чистою совістю спокійно спить і частіше буває задоволена собою.

- Якщо сумно, значить, щось важливе на якийсь час втратило для мене сенс. Я шукаю сенс - і життя знову іскриться яскравими фарбами.

- Не можна переживати і відповідати за все на світі.

- Я завжди повинен прагнути зрозуміти ближнього і навчитися прощати його.

- Щастя, як правило, буває недовгим, тому треба радіти кожній щасливій хвилині.

- Треба ніколи не забувати, що головне в житті кожного з нас – це боротьба з ілюзіями, як із власними, так і з чужими.

- Коли я піду, виїду, переїду, перейду, відлечу або відійду, всі відразу ж забудуть про мої дрібні помилки або невеликі витівки.

- Я можу бути товще за всіх і в цьому є щось корисне – мене багато хто запам'ятає. Я можу бути ідіотом, і в цьому теж буде раціональне зерно – я, не сприймаючи всієї складності життя, буду найщасливішим. Головне – це моя точка зору.

4.5.3 М'які техніки спростування

На відміну від попередньої групи технік спростування, заснованих на зміні мислення унаслідок інтенсивної емоційної дії, трапляються проблемні і клінічні ситуації, коли потрібне спокійне заперечування. Атакуючі методики нерідко підсилюють тривогу, викликають неспокій, важко переносяться, викликають опір пацієнта. У таких випадках для заперечування ірраціональних думок потрібне, навпаки, використання спокійних емоцій.

4.5.3.1 Заперечування в стані релаксації

Метод 1

На першому етапі пацієнт спочатку за допомогою терапевта, а потім самостійно навчається правил і техніки релаксації, які подані у формі різних комплексів. Це можуть бути методика Джейкобсона та інші.

Наступний крок – складання разом із терапевтом ієрархії ірраціональних переконань, які викликають тривогу. Ієрархія переконань має бути подана від менш неприємних думок, що викликають страх, до дуже тривожних ірраціональних ідей.

Далі клієнт повинен зосередитися на найменшому тривожному переконанні, постаратися чітко уявити його і після того, як йому це удалося, починати глибоке м'язове розслаблення. Розслаблення потрібно довести до такого ступеня, щоб ірраціональна ідея не викликала тривогу.

Терапевт контролює цей процес таким чином:

«Уявіть власну думку якомога яскравіше, образніше. Щоб це було легко зробити, намалюйте в уяві конкретну ситуацію, яка була у вашому минулому і в якій ваша думка виявлялася частіше і сильніше. Думайте про свою думку, проникайтеся нею, вона повинна заповнити всю вашу свідомість і переживатися яскраво і виразно. Коли це станеться, дайте мені сигнал – підніміть вказівний палець правої руки. Дуже добре! Тепер ви повинні розслаблятися, робити це із задоволенням, використовуючи ту техніку, яку вже засвоїли. Повне розслаблення і стан спокою – ось що у результаті має бути досягнуте. Коли ви повністю розслабитесь, дайте мені знати, як і раніше, піднявши вказівний палець, або просто скажіть про це. Так! У вас непогано вийшло, а зараз ви повинні це зробити ще раз. Уявіть яскраво свою помилкову думку, і коли вона буде відчута «всіма фібрами душі», починайте розслаблятися, але при цьому пориньте в атмосферу іншої сцени, в якій ця думка часто з'являлася. Розслабляйтеся, розслабляйтеся. Дуже добре!».

Після того як робота над однією ірраціональною думкою у супроводі декількох ситуацій закінчується, пацієнт рухається вгору відповідно до складеного ним списку ієрархії.

Метод 2

Цей варіант техніки – різновид заперечування ірраціональних ідей у стані релаксації з використанням самонавіяння.

Методика починається, як і в попередньому випадку, з релаксації. Далі пацієнтові пропонується чітко уявити сцену із списку, сконцентруватися на виникаючих відчуттях, прислухатися до того, які ірраціональні думки у нього виникають у цей момент. Завдання цього періоду – об'єднати уявлення образу сцени і ключової помилкової думки, що виникає в цьому випадку. Коли ці переживання пацієнта «дозріють», він повинен подати якийсь сигнал терапевтові.

Терапевт своєю позою, голосом, змістом інформації, що повідомляється, підсилює процес релаксації пацієнта і просить знову попередити, коли він повністю розслабиться. Далі терапевт говорить: «Зараз ви повністю розслаблені і в цьому спокійному стані в думках поговорите з собою. Робіть це м'яко, дбайливо, з добрими почуттями, як це робила ваша мама, коли проявляла ніжність і любов у ставленні до вас. У цьому стані скажіть собі, що ваші думки, пов'язані з виникненням страхів або тривоги, неправильні, помилкові, такі, що заважають вирішувати багато життєвих питань. Скажіть собі: «Мій дорогий (моя дорога), ти даремно боїшся цього стану. Твої страхи – лише плід фантазії, насправді нічого небезпечного в цій ситуації не має. Розслабся і якийсь час ні про що не думай, як це було в дитинстві, коли таких страхів у тебе не було.

Я розумію, страхи заважають, але ти здатний позбавитися від них сам. Уяви собі свій страх у вигляді скабки в

пальці. Акуратно витягни її звідти і нічого не бійся. Щоб позбутися від страху, треба бути твердим і терплячим. Розслабляйся і скоро ти відчуєш, що тривога ослабіла і розсівається, як дим, як спливаюча хмара».

Ця техніка повторюється більше двох разів, пацієнт знову уявляє драматичну сцену приблизно в такій самій послідовності, терапевт контролює тільки процес релаксації. Якщо розслаблення і спокій легко досягаються, пацієнт переходить до роботи з іншими сценами зі складеного списку.

4.5.3.2 «Антикатастрофіювальна» техніка

У світі є немало людей, які мають схильність спотворювати реальність у формі катастрофізації, тобто надмірного перебільшення якнайгіршого результату майбутніх подій, крайніх оцінок небезпеки напружених життєвих ситуацій. Навколишній світ для таких людей уявляється постійним джерелом загрози, неминучої кари, передчуття драматичного або трагічного результату подій безпосередньо з ними чи з близькими людьми. Цей стиль сприйняття й оцінки веде до переживання постійної тривоги і хронічної боязні дійсності, яку вони сприймають як щось загрозливе і безвихідне. Крім того, катастрофічна інтерпретація є одним із патогенетичних елементів панічного розладу, соціофобій, obsесивно-компульсивного синдрому.

Техніка боротьби з катастрофізацією

Пацієнта під час консультування просять перелічити ситуації, які він сприймає як катастрофічні (наприклад, публічний виступ, можлива оцінка оточуючими деяких деталей своєї зовнішності, манери поведінки, ознак психічного або фізичного нездоров'я, фізичні дефекти та ін.). Далі терапевт просить пацієнта відзначити, яку втрату, із його точки зору, може принести йому кожна ситуація. Для

зручності, наочності і можливості порівняти свої оцінки передбачуваної втрати для кожної ситуації краще відобразити «хрестиком» на прямій континууму, зображеного нижче, де 1 – це відсутність втрат, а 10 – жахливі втрати.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Скласти прямі можна, вимірюючи «катастрофічність» кожного переконання для пацієнта. Терапевт пропонує оцінити, наскільки для пацієнта катастрофічно було, якби... І далі на вищезазначеній прямій клієнт оцінює втрату від ситуацій, які він відносить до катастрофічних, - наприклад, «всі побачили цей прищ», що нагнивав на моїй шиї, «аудиторія почула мій нервовий, стрибаючий голос», «подруги відчували, як погано пахнуть парфуми, які я вчора купила», «побачать, що я, чоловік, панічно боюся собак, і потім насміхатимуться наді мною».

Після дискусії, що спростовує перебільшення, терапевт просить пацієнта уявити кращий можливий результат для кожної ситуації і відзначити його на тому самому континуумі від 1 до 10. Нехай клієнт вирішить, спираючись на минулий досвід, що наймовірніше – якнайкращий результат або катастрофа.

Крім того, пацієнтові можна рекомендувати використовувати континуум для передбачення небезпеки в майбутній ситуації, якої він боїться. В цьому разі пацієнт може порівняти свої оцінки і з'ясувати, наскільки точно він може передбачати ступінь небезпеки. Часті вправи в антикатастрофіціюванні допомагають пацієнтові оцінювати передбачувані небезпеки реалістичніше.

Щоб зменшити тривожність, пов'язану з неадекватною оцінкою небезпеки банальних ситуацій, терапевт може іронічно відмітити, що якби люди могли жити з такою «філософією», вони б не вижили, оскільки, боячись падіння метеоритів, досі ховалися б в печерах і не їли, щоб не отруїтися.

4.5.3.3 Методи прихованого згасання

Приховане згасання застосовується для купірування фобій різного змісту (агорафобії, клаустрофобій, соціофобій та ін.) і засноване на таких уявленнях про генезис цих станів. Фобічні стани запускаються умовними стимулами, які можуть виглядати як зовні нейтральні обставини або процеси, взагалі приховані від спостереження, оскільки їх роль відіграють ірраціональні автоматичні думки пацієнта. У поданій нижче загальній схемі (рис. 5) формування і самоактивування фобій показаний взаємозв'язок їх основних ланок і комплементарних елементів.

4.5.3.4 Метод сформованого прихованого згасання

Пацієнт, перебуваючи у спокійному стані, на прохання терапевта повинен уявити всі компоненти стимулу, що запускає фобічну реакцію. Це можуть бути якісь зовнішні обставини й автоматичні думки, які виникають перед початком фобії. Далі терапевт просить пацієнта зосередитися, подумати і пригадати ті автоматичні ірраціональні думки, які він вважає за найбільш значущі під час виникнення фобічного стану. Пропонується записати ці думки у формі списку.

Комплекс умовних стимулів	Безумовні стимули
---------------------------	-------------------

<p>УС – зовнішні обставини (запахи, м'язове напруження, нестача повітря, наявність якогось об'єкта та ін.); УС1,2,3,N – негативні думки і переконання про небезпеку, безпорадність, самотність, можливість виникнення непритомності, хворобливого стану, раптової смерті тощо).</p>	<p>Стресові ситуації або екстремальна подія, перенесені пацієнтом, що загрожували його здоров'ю або життю. Супроводилися хворобливими відчуттями і переживаннями – болем, відчуттями нестачі повітря, задишкою, нудотою, втратою свідомості, блюванням, позивами до дефекації та ін.</p>
---	--

Умовно-рефлекторні реакції

Виникнення інтенсивних емоцій тривоги і страху і на їх основі фіксація реакцій і станів уникнення – пересування в автомобілях, поїздах, ліфтах, виконання певних дій (керування транспортом), контактів з певними об'єктами і явищами

(тваринами, людьми, предметами), перебуванням у певних умовах (відкритих просторах, закритих приміщеннях) та ін.

Рисунок 5 – Взаємозв'язок основних ланок формування фобій

Далі терапевт просить розбити виділені думки на складові частини так, щоб пізніше, зв'язуючи їх знову, початкова думка або переконання пацієнта не викликали у нього негативної емоції. Наприклад, чоловік, фобія якого виражалася в тому, що він не міг сідати за кермо свого автомобіля і самостійно пересуватися на ньому, як раніше, перед тим як підійти до машини, думає: «Я просто ганчірка, боягуз. Я себе ненавиджу через власну нікчемність. Я перестав бути чоловіком». Терапевт дробить думки пацієнта на окремі частини. Він запитує: «Скажіть, ви можете відлетіти на Місяць?» і, отримавши відповідь, продовжує: «Тоді можна сказати, що ви нікчемна людина, тому що не здатні полетіти на Місяць. Так?». «Говорячи про сміливість, я вважаю, що ви погодитеся, що небагато чоловіків зможуть увійти до клітки з левом. Їх теж можна вважати за боягузів, правда?». Якщо пацієнт при цьому стверджує, що у нього «нічого не виходить», то цю думку терапевт може теж розчленувати на частини: не виходить вчасно поїсти, почитати, сходити на футбол, полагодити кран і так далі.

Завдання терапевта – розфокусувати думки пацієнта, відокремити негативну емоцію від ірраціональних думок і зробити так, щоб вони сприймалися спокійно. Якщо в самозвітах пацієнта наголошується, що його стан ще зберігається, потрібно, щоб його ірраціональні думки були розбиті ще на дрібніші фрагменти і потім знов інтегрувалися.

Окрім думок, що активують фобію стимулом можуть бути образи, що викликають страх. Методика сформованого прихованого згасання може застосовуватися і щодо ірраціональних образів. Р. Мак Маллін наводить приклад використання цієї методики у хворих, що страждають ліфтофією. Рекомендується боязнь їздити в ліфті розчленувати на образи великого, порожнього ліфта, що піднімає пасажирів на один поверх угору. Пацієнта просять уявити себе в ліфті в різних ситуаціях: як запис по телевізору, як образ себе в ліфті, за яким він сам стежить з майбутнього, яким він виглядає в ліфті, якщо пацієнт дивиться на себе разом зі своїми друзями тощо. Дроблення залякуючих образів, таким чином, дозволяє ослабити або усунути емоційні переживання загрозливої ситуації.

4.5.3.5 Приховане підкріплення

Підкріплення – важливий механізм фіксації певних реакцій і станів. Когнітивне підкріплення – дуже часта форма регуляції поведінки людини, яка виконує безліч функцій. Ми можемо сказати собі: «Ай да Пушкін!», і ця фраза відіграватиме роль самопохвали і схвалення за щось корисне, зроблене суб'єктом. Когніції можуть виконувати функцію підкріплення як у відповідь реакції («Я отримав це місце, отже, мої професійні можливості оцінили високо»), бути мотивом поведінки («Ніхто з цим не справиться краще, ніж я»), виражати ставлення оточуючих («Мені довіряють і я не можу їх підвести»). Таким чином, якщо раціональні переконання і твердження, що підвищують са-

мооцінку, підкріплюються, то вірогідність їх повторення в майбутньому зростає, а ірраціональних, навпаки, - зменшується.

Приховане підкріплення закріплює раціональні переконання, і якщо це робиться часто і свідомо, допомагає індивідові бути більш адаптивним. У когнітивній терапії існує техніка, здатна допомогти пацієнтові підкріплювати власні раціональні переконання.

Техніка прихованого підкріплення

Пацієнтові пропонується створити ієрархію проблемних ситуацій і супутніх думок (до 10 компонентів). Для кожної ситуації необхідно створити список раціональних переконань.

Коли цей етап пройдений, пацієнт у стані релаксації повинен придумати якнайкращий спосіб, який дозволить справитися з кожною ситуацією. Знаходячись «усередині» ситуації, він повинен уявити найреалістичніші переконання, емоції і дії, які оптимальним чином могли б її вирішити. Терапевт у цьому разі інструктує пацієнта таким чином: «Постарайтеся добре настроїти свою уяву і якомога яскравіше і виразніше уявити сцену першої проблемної ситуації. Вона повинна спливати у вашій свідомості дуже реалістично. Старайтеся, і скоро вся сцена, де ви дієте розумно, думаете правильно, відчуваєте себе упевнено і комфортно, з'явиться як реальна. Ви знаєте, що ваші думки, відчуття і вчинки адекватні цій ситуації. Так само в цій ситуації вчинило б багато розумних і упевнених у собі людей. Дійте в цій ситуації так, як вам би цього хотілося, як здається допустимим і правильним. Продовжуйте моделювати сцену до тих пір, поки не навчитеся відтворювати її у своїй свідомості легко і швидко».

Після того як пацієнт набуває навичку легкої і швидкої візуалізації цієї сцени, терапевт просить продовжити експеримент з новою, схожою на початкову, ситуацією.

Він говорить: «Тепер уявіть собі іншу сцену, але в ній ви діятимете також розумно, як у попередній». І коли пацієнт знову входить у процес моделювання нової ситуації, терапевт продовжує: «Звернете увагу, як поліпшується ваше самопочуття. Не просто думайте про це, а уявляйте, як це відбувається. Продовжуйте фіксувати все те хороше, що принесла вам нова ситуація. Уявляйте це яскраво, дайте свободу своїм відчуттям. Ви повинні відчути задоволення, упевненість і відчуття радості від успішного вирішення цієї ситуації».

Цю вправу пропонується виконувати тричі для кожної позиції і робити це до тих пір, поки пацієнт не повідомить, що при візуалізації у нього не виникають негативні емоції. Далі пацієнтові рекомендується виконувати ці вправи відповідно до складеної ієрархії ситуацій в домашніх умовах.

Раціональні переконання можуть підкріплюватися і зовнішніми винагородами. Клієнт може винагороджувати себе кожного разу, коли йому вдається перемогти свою ірраціональну думку і замінити її раціональною. Діапазон винагород може бути дуже широким й індивідуальним (від цукерок до великих і бажаних придбань).

4.5.4 Об'єктивні техніки спростування

Об'єктивна техніка спростування і трансформації ірраціональних переконань заснована на логічних, неемоціональних, безпристрасних аргументах терапевта і його теплому, позитивному й емпатичному ставленні до пацієнта. Терапевт допомагає пацієнтові зібрати логічні докази, спрямовані проти ірраціональних думок і знайти аргументи, що підкреслюють значущість раціональних ідей. Об'єктивне заперечування, як показує досвід когнітивної терапії,

більше за все підходить для пацієнтів, що чинять опір і захищаються, оскільки не зачіпає їх емоцій і відчуттів.

4.5.4.1 Альтернативна інтерпретація

Буде правдою, якщо сказати, що кожна людина в різний час живе з купою помилок і забобонів. Якись із них поступово зникають, інші залишаються на все життя. Одні створюють людині ореол наївності, в інших є причиною серйозних проблем, які можуть призвести до розвитку драматичних подій.

Унаслідок неточного сприйняття, недостатнього досвіду помилки і забобони частіше формуються в ранньо-му віці і деякі зберігають свою активність багато років. Помилки можуть приносити особі і її реакціям незначні ефекти. Наприклад, людина може боятися грому, вважаючи, що грім може убити, неувага близького інтерпретувати як наслідок переживання образи, законні претензії батьків у дитячому віці сприймати як звинувачення в нікчемності і дурості. Товсті люди у дітей нерідко викликають відчуття страху, у дорослих - відчуття презирства і кепкування. Спотворення мислення можна зустріти в багатьох сферах життя: свої поодинокі сексуальні невдачі деякі молоді чоловіки інтерпретують як ознаку імпотенції, в спілкуванні трапляються етнічні забобони та ін.

Таким чином, якщо індивід протягом довгого часу неправильно інтерпретує факти і не має інших альтернатив, ірраціональні думки на їх основі знижують адаптивний потенціал особи.

Техніка альтернативних інтерпретацій

Пацієнтові рекомендується протягом тижня описувати найнеприємніші емоції і відчуття, які у нього виникають у цей період. Фіксуючи їх на папері, він повинен коротко відзначити подію, яка передувала переживанням, і записати свою першу інтерпретацію факту, що стався.

Наприклад. Ситуація 1.

Під час останньої зустрічі мій терапевт поведився зі мною холодно.

Перша інтерпретація. Я хвилювалась, оскільки вважаю, що він вважає мене за дурну і не здатну продовжувати терапію.

Таких описів та інтерпретацій повинно бути декілька, стільки, скільки неприємних асоціацій у нього виникне. Далі дається таке завдання. Пацієнт повинен придумати для кожної, вже описаної ситуації ще по 4 – 5 інтерпретацій, які мають бути правдоподібними, але відрізнятись від першої.

Наприклад. Додаткові альтернативні інтерпретації до вищеописаної ситуації.

1. Він завжди доброзичливий, імовірно, у нього щось сталося в сім'ї.

2. Він просто втомився, у нього така напружена робота. Копатися в проблемах кожного – це дуже важко.

3. Мені важко виконувати ті завдання, які він дає. Інколи від цього голова пухне. Інколи я не розумію, що він від мене хоче.

4. Я думаю, що його настрої обумовлений тим, що до мого приходу у нього був складний пацієнт.

Під час чергової сесії пацієнт за допомогою терапевта повинен вирішити, яка з чотирьох або п'яти альтернатив, із його точки зору, найбільш об'єктивна.

Пацієнтові пропонується продовжувати пошук найбільш об'єктивної альтернативної інтерпретації з тих варіантів, які він запропонував для кожної ситуації. Ця процедура повинна виконуватися до тих пір, поки клієнт не навчиться виконувати її автоматично.

Застосовуючи цю техніку, пацієнт починає усвідомлювати, що його первинні інтерпретації ситуацій, які виникли раніше, бувають не завжди адекватними. Тренування з виробленням навичку пошуку альтернативних інтер-

претацій негативних ситуацій допомагає пацієнтові сприймати події і факти об'єктивніше і раціонально.

4.5.4.2 Утилітарні доводи

У когнітивній терапії існує такий тип об'єктивного заперечування, в якому думки пацієнта ним самим за підтримки терапевта оцінюються з погляду їх корисності (вигоди) або непотрібності. Щоб розкрити цю тезу, необхідно підкреслити, що існує безліч думок, які належать до логічно правильних, об'єктивних, але не корисних для того, щоб часто і свідомо концентруватися на них. Наприклад, думці «прийде час і ми всі помремо», «рак – захворювання, що примушує людину страждати», «з таким косметичним дефектом, який видно, я ніколи не вийду заміж» та ін. – достатньо правдиві, але якщо на них часто зосереджуватися, то наші цілі, інтереси, інші цінності втратять сенс і зроблять життя людини нещасною. Прагматики, що сповідують цю філософську позицію, взагалі стверджують, що знання, їх істинність, вчинки людини слід оцінювати через призму їх корисності або непотрібності для пристосування, подолання проблем і виживання.

Навчити пацієнта оцінювати багато сторін життєдіяльності, свої вчинки і дії з погляду утилітарності і здорового глузду – одне з важливих завдань когнітивної терапії.

Техніка вибору утилітарних доводів

Пацієнт на прохання терапевта складає список своїх ірраціональних ідей і ситуацій, у яких вони зазвичай виникають. Терапевт повинен допомогти пацієнтові в кожній з його ситуацій вибрати конкретну поведінкову мету, якої він повинен досягти, виходячи саме з цих умов. Щоб добитися цього, пацієнт повинен про себе відповісти на запитання: «Чого я зараз хочу добитися?» Щодо кожної думки він повинен думати, чи допомагає вона досягти поставленої мети. У результаті пацієнт спочатку разом із терапев-

том, а потім самотійно, повинен знайти такі форми когнітивного самоствердження, які були б максимально корисні для досягнення своїх цілей.

Проілюструємо це декількома прикладами.

1. Непрактичне твердження: «Я зараз увійду до метро, і мені відразу стане погано».

Мета: Відчувати себе здоровою, бути вільною від хворобливих відчуттів.

Корисне переконання: «Ця думка – безглузда і смішна. Я повинна думати про інше! У моєї дочки через місяць день народження і я вже зараз повинна продумати все до дрібниць, як ми з нею проведемо цей день, яким буде стіл, щоб всім і перш за все їй сподобалося, який подарунок куплю. Яка вона у мене красуня!».

2. Непрактичне твердження: «Я, напевно, дійсно погана господиня, якщо чоловік вже утретє говорить про це».

Мета: збереження самоповаги.

Корисне переконання: «Незважаючи на свою зайнятість, я дуже активна людина. Мої торти і рибу знають не лише удома, але і на роботі. Чистота – застава здоров'я – це ж мій девіз! Крім того, у мене зарплата майже удвічі більше, ніж у чоловіка. Отже, Петрович, ти не маєш рації!».

Незалежно від того, правдива ця думка чи ні, пацієнтові потрібно допомогти вибрати саме такі форми самоствердження, які були б максимально корисні для досягнення своїх цілей. При кожній нагоді, рухаючись вгору за списком своїх ірраціональних ідей, пацієнт повинен прагнути замінювати свої непрактичні думки більш утилітарними переконаннями, що полегшують процес оптимального пристосування і досягнення конкретної мети.

4.5.4.3 Суспільне значення

Людина по-різному сприймає події, з якими доводиться стикатися в житті. Сприйняття й оцінка різних

подій, особливо якщо вони несуть негативний емоційний заряд, суб'єктивні. Все залежить від значущості подій та індивідуальних особливостей особи, сфери вибіркової чутливості до тієї або іншої інформації.

Щоб навчитися усувати з власних думок сильний емоційний компонент, який може призвести до їх дезорганізації, формування упереджень, і тим самим приводити до спотворення оцінки подій, можна використовувати техніку, що розвиває у пацієнта уміння зсувати своє бачення ситуації з часткової перспективи на суспільну. Сприймати подію з погляду інших людей і, таким чином, навчитися купірувати негативні емоції, які вона викликає.

Техніка визначення публічного значення (дистанціювання за А. Беком)

Терапевт пропонує пацієнтові вчитися фокусувати свою увагу на власних станах і прагнути розрізнити думки і переживання, коли він сприймає подію безпосередньо і коли у нього виникають думки про цю подію.

Далі пацієнт повинен навчитися дивитися на події з власної точки зору й «очима інших» - так, як його сприймали б інші люди. Нехай він подумає, в чому полягає різниця цих двох форм сприйняття, тим паче, що протягом життя він міг спостерігати за оточуючими і їх оцінками найрізноманітніших ситуацій. Терапевт повинен допомогти пацієнтові переносити своє сприйняття інших людей на себе («я очима інших») і дати йому час потренуватися в цьому.

Щоб уміти переводити сприйняття події в публічне русло, пацієнт повинен навчитися усувати від сприйняття власні емоційні переживання, процеси і продукти самостереження, прагнути побачити в події те, як об'єктивно його могли б оцінити інші люди, що по-філософському відчужено дивляться на життя. І хоча людині важко дистанціюватися від власних позицій, але чим більше їй

удастся наблизитися до такого сприйняття, тим більше об'єктивним і нейтральним буде його погляд на те, що відбувається.

Після того як пацієнт навчиться виділяти у своєму сприйнятті суспільне значення подій, терапевт допомагає скласти список основних негативних ситуацій, з якими він стикається, а також визначити, які особисті і публічні значення можна присвоїти кожній з них. Після того як пацієнт автоматично сприйняв подію з особистої точки зору, він повинен навчитися інтерпретувати її з позицій громадськості і тим самим дивитися на те, що відбувається, думати про нього максимально об'єктивно.

Для ілюстрації наведемо декілька прикладів.

Подія 1. Раптове запаморочення.

Персональне значення: «А раптом це початок інсульту?»

Публічне значення: «Запаморочення може бути викликане зміною артеріального тиску. Причини можуть бути різні: від втоми до «запаморочення від успіхів».

Подія 2. Лякаюча інформація про світову кризу.

Персональне значення: «Мої заощадження вже зменшилися майже вдвічі».

Публічне значення: «Криза стосується всіх. Ті, у кого багато грошей, втратили значно більше. Образливо, але мені і втрачати особливо нічого».

Подія 3. Продавщиця в магазині грубо відповіла на ваше запитання.

Персональне значення: «Яка погань! Тітка в торішніх ботах».

Публічне значення: «У наш час поганий працівник довго не утримується на роботі. Шкода, що вона на шляху до звільнення».

Подія 4. Співробітник зробив вам зауваження у присутності колег.

Персональне значення: «Як я не врахував цієї обставини? Боже, як соромно».

Публічне значення: «Для того щоб не помилятися, треба бути уважним і компетентним. З першим у мене інколи проблеми, з ким не буває».

Подія 5. Син знову отримав двійку.

Персональне значення: «Я в його роки відмінником був. Треба покарати, щоб запам'ятав раз і назавжди».

Публічне значення: «Двійка – це природне покарання за необов'язковість. З іншого боку, відомо, що немало талановитих людей погано вчилися в школі, та все ж відбулися в житті».

4.5.5 Поведінкові техніки терапії

4.5.5.1 Реструктурування ранніх спогадів

Для зміни глибинних переконань у ряді випадків потрібне використання особливої емоційної техніки, що активує відчуття пацієнта в процесі рольової гри. За допомогою рольової гри терапевт може моделювати події або взаємини, спрямовані на спогад травматичного досвіду і переосмислення значущості ранніх подій, що мають відношення до поточної травмуючої ситуації пацієнта.

Спочатку терапевт фіксує увагу пацієнта на відчуттях і переживаннях події, яка погіршила його настрій і стан. Диференційовальними й уточнювальними питаннями він прагне підсилити відчуття.

Далі терапевт пропонує пацієнтові пригадати, коли вперше, можливо, коли він був дитям, у нього виникли подібні переживання і відчуття. Ці спогади терапевт прагне розкрити за допомогою цілеспрямованих навідних питань. Уточнюється, що тоді сталося, що хтось тоді сказав або зробив, як це торкнулося його дитячої психіки. Як він поведився в тій ситуації, що відповідав, які оцінки да-

вав комусь із близьких або знайомих, з чим (або з ким) порівнював їх тоді.

Коли ця первинна сцена, яка могла закласти основи глибинного переконання, досить добре прояснена, терапевт пропонує пацієнтові зіграти в рольову гру. У пропонуваній грі терапевт грає роль пацієнта, а пацієнт – роль тієї ключової фігури (матері, батька, брата та ін.), поведінку якої запустило формування ірраціонального переконання. В процесі гри терапевт (у ролі пацієнта) прагне реагувати на ситуації докорів, покарань, кепкувань та ін., раціонально, пом'якшуючи значущість інформації, що зробила ситуацію травматичною. Далі гра повторюється, терапевт і пацієнт міняються ролями: пацієнт грає самого себе, терапевт – ключову травмуючу фігуру. Після ігрової частини терапевт просить пацієнта підсумувати, чого він навчився, що зрозумів, як сприймає ситуацію минулого зараз і як можна ці нові знання застосовувати в поточній ситуації, яка так засмучує (травмує) його.

4.5.5.2 Зупинка думок

Зупинка думок – методика, призначена для припинення небажаних (нав'язливих) думок іпохондричного змісту, самопринижувальних («я повна нікчема»), депресивних ідей.

Техніка проводиться у декілька етапів. Спочатку складається список хвилюючих думок і неприємних образів – спогадів, від яких пацієнт хотів би позбавитися. З них вибираються найбільш неприємні і болісні [54].

Щоб навчити процедури зупинки думок, терапевт пропонує заплющити очі і добре сконцентруватися на небажаних думках. Далі клієнтові говорять, що як тільки небажані думки виникнуть в його свідомості з особливою чіткістю, він повинен подати терапевтові певний сигнал (наприклад, підняти вказівний палець). Після цього тера-

певт голосно і владно наказує: «Стоп!». Далі клієнта просять відзначити, що сталося. Як правило, він повідомляє про зникнення думок. Процедура, якщо досягається позитивний результат, повторюється кілька разів. Після цього клієнтові рекомендується застосовувати цю техніку самостійно і контролювати процедуру зупинки думки до тих пір, поки цей процес не стане автоматичним. При успішних результатах клієнт повинен енергійно вимовляти команди про себе, і якщо позитивний результат досягається – думки зникають – завдання першого етапу вирішене.

Завдання другого етапу – заповнити порожнечу, що виникає після зупинки дезадаптивних думок, і замінити їх позитивними ідеями.

Ця техніка має декілька модифікацій. Використання цієї методики при фобії передбачає такі уявлення: важливим компонентом розвитку фобічних і панічних розладів є очікування (антиципація, передбачення), які активуються негативними уявленнями і когнітивними асоціаціями. В цьому випадку терапевт спонукає пацієнта *модифікувати внутрішню розмову*, додаючи йому позитивний, оптимістичний відтінок. Для цього змінюється зміст внутрішнього діалогу, який складається пацієнтом під керівництвом терапевта або в процесі обговорення цієї теми, або під час використання рольової гри. В процесі гри терапевт намагається переконати пацієнта, що чинити так, як він робив до цього, – правильно, що цим можна навіть гордитися. Пацієнт виступає в ролі опонента терапевта. В результаті виробляється певна форма внутрішньої позитивної розмови, яка сприймається пацієнтом як гармонійна і не дисонуюча з його переконаннями.

Використовуючи техніку зупинки думок і методику посилення внутрішньої позитивної розмови, пацієнт поступово вже в реальних ситуаціях закріплює цей терапевтичний навик.

4.5.5.3 Прогресуюча м'язова релаксація Джекобсона

Ця методика (Jacobson E., 1929) рекомендується всім, хто зазнає труднощів з розслабленням м'язів. На думку її автора, насущними проблемами людини, яка живе у цивілізованому світі, стали надмірний поспіх, неспокій і безліч ситуацій, на які вона вимушена реагувати. У цих умовах фізичні і психологічні навантаження призводять до перенапруження, яке має властивість накопичуватись. Оскільки наші душа і тіло - єдине ціле, то нервово-м'язове перенапруження сприяє підвищеному психічному напруженню і дратівливості. Якщо людина, перебуваючи в такому стані, намагається розслабитися, то нерідко досягає абсолютно протилежного результату.

Тренування слід проводити в положенні лежачи. Бажано, щоб у процесі занять вас не турбували (подружжя, діти, які зайшли щось запитати, звуки, наприклад, хід годинника, шум холодильника, гул трамваїв, що проїжджають мимо, і т. п.). В тому разі, якщо все це турбує вас, досить на початку кожної вправи сказати собі: "Навколишні люди, звуки мене не цікавлять, вони мені байдужі, не заважають мені" (фраза формулюється в індивідуальному порядку, на свій смак). Загальне розслаблення (що особливо переживається в психічному плані) можливе лише під час релаксації всіх скелетних м'язів.

Ви повинні знайти собі місце, де могли б зручніше лягти. Це місце для занять має бути достатньо широким, таким, щоб можна було вільно покласти руки поряд із тілом. За наявності проблем з хребтом підкладайте під голову, а у разі потреби - і під попереки, подушечку. Словом, розміщуйтеся так, щоб, лежачи на спині з витягнутими уздовж тіла руками, відчувати себе зручно. Ніщо не повинне тиснути на вас. Не повинні німіти руки або ноги. Одяг має бути вільним, що не сковує рухів. Важлива і температура:

вам не повинно бути ні жарко, ні холодно. В останньому випадку слід було б накритися легким покривалом.

Перед початком кожної вправи розміщуйтеся зручніше в позиції, лежачи на спині. Руки нерухомо лежать уздовж тіла долонями вниз, ноги злегка розсунені. Лежіть спокійно і повільно заплющуйте очі. Чим повільніше ви заплющуватимете їх, тим швидше досягнете заспокоєння.

Вправами треба займатися по одній годині в день і виконувати їх невимушено, природно й із задоволенням.

Перед розучуванням якої-небудь релаксації варто б, звичайно, «відчути» різницю між м'язовим напруженням і розслабленням.

Релаксація м'язів рук

Вправа 1

Приблизно п'ять хвилин спокійно лежіть у вихідній позиції. Потім зігніть ліву руку в зап'ястку так, щоб долоня набула вертикального положення. Утримуйте її в такому положенні декілька хвилин, передпліччя залишається нерухомим. Стежте за відчуттям напруженості в м'язах передпліччя. Розслабте руку, дозволивши кисті під власним тягарем опуститися на покривало. Тепер ваша рука не може не бути розслабленою - після подібного напруження м'язів розслаблення є фізіологічною потребою. Протягом декількох хвилин стежте за відчуттям розслаблення в кисті і передпліччі. Повторіть дану вправу ще раз. Потім проведіть півгодини в стані спокою.

Вправа 2

Наступного дня повторіть попередню вправу. Після другої релаксації руки зігніть її в зап'ястку в напрямі від себе (тобто інакше, ніж раніше), пальцями вниз.

Вправа 3

Сьогодні ви відпочиваєте. Займайтеся тільки розслабленням, при цьому стежте за відчуттями в лівій руці

(вона розслаблена або час від часу ви відчуваєте в ній напруженість?).

Вправа 4

Ліву руку зігніть у лікті під кутом 30 градусів, тобто підведіть від покривала. Повторіть цю дію тричі протягом двох хвилин з подальшими релаксаціями протягом декількох хвилин. Решту години розслабляйтеся.

Вправа 5

Повторіть усі попередні вправи. Потім тренуватимемо трицепс. Ви доб'єтеся напруження в цьому м'язі, якщо, поклавши під передпліччя стопку книг, будете вольовим зусиллям тиснути на них лежачою рукою. Тричі чергуйте напруження і розслаблення (для релаксації відведіть руку від корпусу, за книги, використовувані вами як допоміжний засіб). Далі – розслаблення.

Вправа 6

Година повторення. Займіться відомими вам чотирма вправами для лівої руки.

Вправа 7

Ця вправа покаже вам, наскільки успішно ви оволоділи всіма попередніми. Ваше завдання - лежати спокійно, витягнувши руки уздовж тіла. Добиватися напруження ви будете, не рухаючи лівою рукою, виключно концентрацією на ній своєї уваги. Приблизно півхвилини зосереджуйтеся на напруженні, потім переведіть його в розслаблення. Повторіть це кілька разів. Далі те ж саме виконайте з правою рукою (тобто всього сім вправ).

Релаксація м'язів ніг

Можна почати з повторення вправ для рук, але робити це зовсім не обов'язково. Якщо ви вже навчилися розпізнавати напруження і розслаблення в кожній групі м'язів і здатні управляти цими процесами, то можете відразу приступати до релаксації. Отже, розслабтеся всім тілом,

тренувати будете тільки ноги (спочатку ліву, потім – праву).

Вправа 1

Зігніть ногу в коліні - напружені м'язи у верхній частині ноги і під коліном. Тренуємо в трикратному чергуванні напруження і розслаблення.

Вправа 2

А зараз, навпаки, вигинаємо кінцівку носком до себе. Напружуємо і розслабляємо литку.

Вправа 3

Напруження і розслаблення у верхній частині стегна - тренувана нога звисає з ліжка (дивана), тим самим ви досягаєте напруження. Потім поверніть ногу у вихідну позицію і зосередьтеся на розслабленні.

Вправа 4

Напруження в нижній частині стегна досягається згинанням ноги в коліні.

Вправа 5

Напруження в області тазостегнового суглоба і живота - підведіть ногу так, щоб був зігнутий тільки тазостегновий суглоб.

Вправа 6

Напруження сідничних м'язів - поклавши під коліно декілька книг, посилено натискайте на них.

Усі шість вправ розрядіть одним або двома заняттями на повторення, або передбачте одне заняття, присвячене виключно релаксації.

Релаксація м'язів тулуба

Вправа 1

Вправи з м'язами живота виконуємо таким чином: або свідомо втягуємо живіт у себе, або повільно піднімаємося з лежачого положення в положення сидячи.

Вправа 2

Тренуємо м'язи, розміщені уздовж хребта. Напруження досягається в положенні лежачи на спині за допомогою згинання і вигинання в попереку.

Вправа 3

М'язи дихальної системи. До початку вправи рекомендується здійснити приблизно півгодинну загальну релаксацію. Потім проведіть серію глибоких вдихів і видихів. При цьому ви постійно відчуватимете напруження, що виникає в грудній клітці під час вдиху (на перших порах відзначатимете лише напруження під грудинною, завдяки тренуванням навчитеся розпізнавати його і в інших частинах грудної клітки). Коли вам стане зрозуміла загальна картина напруження в процесі глибокого дихання, ви зможете визначити його і під час нормального дихання. Мета цієї вправи - не контроль дихання (як у ряді інших релаксаційних методик), швидше навпаки - мова йде про те, щоб позбавити цей процес від довольного впливу вольових чинників для того, щоб він функціонував абсолютно спонтанно.

Вправа 4

Релаксація м'язів плечей. Мається на увазі придбання декількох навиків. Схрестивши витягнуті вперед руки, ви зафіксуєте напруження в передній частині грудної клітки; за допомогою обертання плечей назад - напруження між лопатками, підніманням їх - напруження з боків шиї і у верхній частині самих плечей. Напруження в лівому боці шиї досягається нахилом голови вліво, у правій - праворуч. Фіксація його в передній і задній сторонах має місце при нахилах голови вперед і назад. Цю вправу на релаксацію плечей можна робити в один прийом, але можна і поетапно. Вправи на релаксацію тулуба в цілому слід проводити приблизно тиждень.

Релаксація м'язів очей

Вправа 1

Напруження в області лоба - досягається зсуванням шкіри на лобі в зморшки.

Вправа 2

Напруження м'язів повік - зсуваємо брови, очі щільно заплющені.

Вправа 3

Напруження окорухових м'язів - при цьому ми відчуваємо напруження в очному яблуці. Із заплющеними очима дивимося управо, вліво, вгору, вниз. Тренуємося до тих пір, поки не будемо здатні чітко розпізнати напруження, а тим самим і позбавитися від нього (тобто розслабити зазначені м'язи).

Вправа 4

Напруження окорухових м'язів - оволодівши попередньою вправою, розплющіть очі і стежте за тим, що відбувається, коли ви переводите погляд із стелі на підлогу і навпаки. Відчуйте напруження і розслаблення.

Додаток А
(рекомендований)
Афоризми та прислів'я про розум,
мудрість і думку

- * Усі думки, які мають величезні наслідки, завжди прості.
Л. Толстой
- * Потрібно мати великий розум, щоб уміти не показувати своєї розумової переваги. Ларошфуко
- * Розумна людина нерідко потрапляла б у скрутне положення, якби не була оточена дурнями. Ларошфуко
- * Не може довго подобатися той, хто розумний завжди на один лад. Ларошфуко
- * Кого можна вважати за розумного? Того, хто прагне лише до досяжної мети. Фома Аквінський
- * Розум - не що інше, як добре організована система знань.
К.Д. Ушинський
- * Дуже корисно - відточувати і шліфувати свій розум об розуми інших. Монтень
- * Навчати розуму і бути розумним - зовсім різні речі.
Георг Ліхтенберг
- * Немає більшої мудрості, аніж своєчасність.
Френсис Бекон
- * Сильна думка передає частину своєї сили противникові.
Марсель Пруст
- * Розум досягає великого тільки поривами. Вовенарг
- * Про розум людини легко робити висновки за його питаннями, ніж за його відповідями. Г. Льовіт
- * Вища мудрість - розрізняти добро і зло. Сократ
- * Ми і не уявляємо собі, скільки потрібно розуму, щоб не здаватися смішним! Себастьян Нікола Шамфор
- * Розуми бувають трьох родів: один все осягає сам; інший може зрозуміти те, що осяг перший; третій сам нічого не осягає й ося-

гнутого іншим зрозуміти не може. Макіавеллі

* Якщо хочеш бути мудрим, завжди тримай ворога в полі зору.

Савіл Джордж Галіфакс

* Безсилля логічних доводів завжди шукає підкріплення в зайвому темпераменті. Л.Вітгенштейн

* Розсудливий той, хто не засмучується про те, чого він не має, але радіє тому, що має. Демокріт

* Бажаючий навчати того, хто високої думки про свій розум, даремно витрачає час. Демокріт

* Мозок набагато частіше іржавіє, аніж зношується.

Крістіан Бові

* Розум людини можна визначити за ретельністю, з якою він враховує майбутнє або результат справи.

Георг Ліхтенберг

* Є дві категорії розумів: одну займає процес, іншу — результат. Мішель Еміль Чоран

* Відчувається наявність великого розуму, але не глибокого життя. Освальд Шпенглер

* Доводи, до яких людина додумується сама, зазвичай переконають його більше, ніж ті, які прийшли в голову іншим. Блез Паскаль

* Жити інколи має сенс чужим розумом, але покладатися можна тільки на свій. Джонатан Свіфт

* Прагни дати розумові якомога більше їжі. Л. Толстой

* Той справжній мудрець, хто багато що сказати уміє коротко і ясно. Аристофан

* Хто мудрий, той і в щасті буде розумним, і в нещасті бадьорим і твердим. Терцій Марк Варрон

* Для того щоб удосконалити розум, потрібно більше роздумувати, ніж зачувати. Рене Декарт

* Розум - це запалювальне скло, яке, займаючись, саме залишається холодним. Рене Декарт

* Розум цінується дорого, коли дешевшає сила.

В.О. Ключевський

* Хто живе чужою працею, той неминуче скінчить тим, що почне жити чужим розумом, бо свій розум виробляється тільки за допомогою власної праці. В.О. Ключевський

* Краще з розумом бути нещасним, ніж без розуму - щасливим.
Епікур

* Мудрий той, хто знає не багато чого, а потрібне. Есхіл

* Мудрість - це розум, настояний на совісті.

Фазіль Іскандер

* Краще вже неспокій в сумніві, ніж заспокоєність у помилці.

А. Мандзоні

* Бачити легко, важко передбачати. Бенджамін Франклін

* Проявити мудрість у чужих справах набагато легше, ніж у своїх власних. Ларошфуко

* Там, де бракує розуму, бракує всього. Джордж Галіфакс

* Розум служить нам часом лише для того, щоб сміливо робити дурощі. Ларошфуко

* Недостатньо бути розумним. Необхідно бути достатньо розумним, щоб не дозволити собі стати розумним понад міру.

Андре Моруа

* Розум обмежений, але здоровий врешті-решт менше стомлює нас, ніж розум широкий, але путаний. Ларошфуко

* Розум людини сильніший за його кулаки. Франсуа Рабле

* Справжня ознака, за якою можна узнати дійсного мудреця, - терпіння. Генрік Ібсен

* Розумна людина не та, хто багато знає, а та, хто знає саму себе. Гете

* Зазвичай чим більше у людини розуму, тим менше значення вона йому надає. Л. Мерсьє

* Одне з нещасть високого розуму полягає в тому, що він неминуче розуміє все - і пороки, і чесноти. Бальзак

* Мудріший вільний від мудрості неук, аніж жадаючий нецтва мудрець. Шекспір

* Прагни спочатку бути мудрим, а вченим - коли матимеш віль-

ний час. Піфагор

* Мистецтво бути мудрим полягає в умінні знати, на що не слід звертати уваги. Уільям Джеймс

* Абсурд - твердження або думка, що явно суперечить тому, що думаємо із цього приводу ми самі. Амброз Бірс

* Думка, яка не небезпечна, негідна того, щоб називатися думкою. Оскар Уайльд

* Думка - шлях від запитання до відповіді.

Симон Соловейчик

* Усі радощі і нещастя людей створені їх власними думками.

Хун Цзичен

* Річ не перестає бути істинною від того, що вона не визнана багатьма. Б. Спіноза

* Розум подібний до здоров'я: той, хто ним володіє, його не помічає. Клод Адріан Гельвецій.

* До глибокої думки потрібно дотягнутися.

Станіслав Єжи Лец

* Першою ознакою високого розуму є поблажливість.

Філіп Честерфілд

* Мудрі мовчать, тому дурні можуть зійти за мудрих, якщо мовчатимуть. Цар Соломон

* Набагато легше знайти помилку, ніж істину. Помилка лежить на поверхні, і її помічаєш відразу, а істина прихована в глибині, і не всякий може відшукати її. Гете

* Мудрість - знати, в чому справа життя і як здійснювати її.

Л. Толстой

* Основна ознака мудрості - терпимість до недоліків інших людей. Гете

* Май мужність користуватися власним розумом. Кант

* Ти хочеш подобатися людям? Цінуй їх розум.

Клод Адріан Гельвецій

* Всяка мудрість має внутрішньовидовий сенс. Те, що є мудрістю для кроликів, для удавів є дурістю.

Фазіль Іскандер

* Люди, які, не маючи свого розуму, уміють цінувати чужий, часто чинять розумніше за розумних, позбавлених цього уміння.

В.О. Ключевський

* Тисячу учених знайдеш, поки на одного мудреця набредеш.

М. Клінгер

* Істина є донькою часу, а не авторитету. Ф. Бекон

* Доля кожної істини спочатку бути висміяною, а потім уже визнаною. А. Швейцер

* Я збагатив інструментарій розуму зітханням жалю.

Еміль Мішель Чоран

* Якщо можеш, будь розумніший за інших, але не показуй цього. Філіп Честерфілд

* Розсудливість - це уміння приборкувати свою пожадливість і пристрасті. Платон

* Всяка розумна думка вже приходила кому-небудь у голову, потрібно тільки постаратися ще раз до неї прийти. Гете

* Мудра людина не робить іншим того, чого вона не хоче, щоб їй зробили. Конфуцій

* Здоровий шлунок не приймає поганої їжі, здоровий розум - погані погляди. Уільям Хезліт

* Коли двоє говорять і один із них сердиться, той, хто поступається, - розумніший. Еврипід

* Людину, яка шукає мудрості, можна назвати ученою, але якщо вона думає, що знайшла її, вона божевільна.

Персидський вислів

* Краще довірятися мудрим інстинктам і не вмішувати в справу наш безсилий розум. Ричард Олдінгтон

* Сумнів - півдороги до мудрості. Публілій Сер

* Дурні думки бувають у будь-кого, тільки розумний їх не висловлює. В. Буш

* Люди, як я помітив, люблять такі думки, які не примушують їх думати. Станіслав Єжи Лец

* Хто шукає істини — не вільний від помилок. Гете

* Ніколи не пізно порозумнішати. Даніель Дефо

Список літератури

1. Абульханова - Славская К.А. Личностные типы мышления // Когнитивная психология. Материалы финско - советского симпозиума. - М., 1986.
2. Айви А.Е., Айви М.Б., Саймен-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. - М.: Психотерапевтический колледж, 2000. – 487 с.
3. Алексеева Ю.А. Становлення моральної самосвідомості підлітків у процесі психологічного консультування:

дис.канд. психол. наук: 219.00.07 / НПУ ім М.П. Драгоманова. - К., 2006. - 230 с.

4. Бек А., Ранг А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. - СПб.: Питер, 2003. - 304 с.

5. Бек Джудит С. Когнитивная терапия: полное руководство. - М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. - 400 с.

6. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. - СПб.: Лениздат, 1992. - 400с.

7. Блейлер Е. Аутистическое мышление. - Одесса, 1927.

8. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. - К.: Здоров'я, 1986. - 280 с.

9. Бобнева М.И. Особенности нормативной регуляции поведения человека в организации / Психологические механизмы регуляции социального поведения; отв. редакторы: М.И. Бобнева, Е.В. Шорохова. - М.: Наука, 1979. - С. 44 - 75.

10. Брушлинский А.В. Мышление и прогнозирование. - М., 1973.

11. Бубнова С.С. Ценностные ориентации личности как многомерная нелинейная система // Психол. журнал. - 1999. - №5. - С. 38 - 44.

12. П.Вайнер И. Основы психотерапии. - СПб.: Питер, 2002. - 288 с.

13. Волков А.М., Микадзе Ю.В., Солнцева Г.П. Деятельность: структура и регуляция. - М.: Изд-во МГУ.- 215 с.

14. Горский Д.П. и др. Краткий словарь по логике. - М.: Просвещение, 1991. - 208 с.

15. Гуревич А.Я. Средневековый мир: культура безмолвствующего большинства. - М.: Искусство, 1990. - 396 с.
16. Дилтс Р. Моделирование с помощью НЛП. - СПб.: Питер, 2000.- 288 с.
17. Жмуров В.А. Психопатология. - М.: Мед. книга; Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. - 668 с.
18. Златан Б.Д. Бред: клиника и лечение. - Кишинев. Штиинца, 1989. - 140 с.
19. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы - СПб.: Питер, 2000. - 512 с.
20. Ильин Е.П. Психология воли. - СПб.: Питер, 2000. - 288с.
21. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. - СПб.: Питер Ком, 1999. – С. 197 – 206.
22. К.Г. Юнг и современный психоанализ. Хрестоматия по глубинной психологии.- М.: ЧеРо, 1996. Вып.:5-248 с.
23. Когнитивная терапия расстройств личности /под ред А. Бека, А. Фримена. - СПб.: Питер, 2002. - 544 с.

24. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М.: Медицина, 1985. - 288 с.
25. Кон И.С. В поисках себя: Личность и ее самосознание. - М.: Политиздат, 1984. – 335с.
26. Короленко Ц.П., Фролова Г.В. Чудо воображения (воображение в норме и патологии). - Новосибирск: Изд-во «Наука», 1975. - 169 с.
27. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. - М., 1978.

28. Критская В.П. и др. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М.: Изд-во МГУ, 1991. - 256 с.
28. Кун Т. Структура научных революций / пер. с англ. И.З.Налетова; общая ред. и послесловие С.Р. Миккулинского и Л.А.Марковой. - М.: Прогресс ,975: 2-е изд., 1977.
29. Кустов А. В. Экспрессивное поведение в норме и патологии. – Сумы: Изд-во СумГУ, 2004. - 355 с.
30. Лайнен Марша М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. – 592 с.
31. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. - М.: Высш. шк., 1996. - 623 с.
32. Леви - Брюль Л. Первобытное мышление / Психология мышления; Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.В. Петухова. - М.: Изд-во МГУ, 1980. - С. 130 -140.
33. Мак Маллин Р. Практикум по когнитивной терапии: пер. с англ. - СПб.: Речь, 2001. - 560 с.
34. Малкина – Пых И.Г. Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – С. 402 – 496.
35. Малкина – Пых И.Г. Техники гештальта и когнитивной терапии. –М.: ЭКСМО, 2004. – 384 с.
36. Марютина Т.М., Ермолаев О.Ю. Введение в психофизиологию. - М.: Моск. психолого-социальный институт Флинта, 1997. - 240 с.
37. Настольная книга атеиста / С.Ф. Анисимов и др.; под общ. ред. С.Д. Сказкина. - 6-е изд., испр. и доп. - М.: Политиздат, 1981. - 448 с.
38. Нельсон - Джоунс Р., Уэсслер А. Рационально-

эмотивная психотерапия. – М.: Институт гуманитарных знаний, 1997. – 257 с.

39. Орбан Л.Э. Становление личности. - М.: Луч, 1992. - 112 с.

40. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. - М., 1974.

41. Рыбальский М.И. Бред. - М.: Медицина, 1993. -368 с.

42. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. - М.: Изд-во МГУ, 1976. - 128с.

43. Социальные отклонения. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Юрид. лит., 1989. - 368 с.

44. Столин В.В. Самосознание личности. - М.: Изд-во МГУ, 1983.

45. Столин В.В. Уровни и единицы самосознания. /Психология самосознания: хрестоматия. - Самара: БАХРАХ – М.: 2000. - С. 123 -155.

46. Сумерки богов / Сост. и общ. ред. А.А. Яковлева. - М.: Политиздат, 1989. - 398 с.

47. Тайлор Э.Б. Первобытная культура: пер. с англ. - М.: Политиздат, 1989. - 573 с.

48. Тарасов К.Е., Беликов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). – М.: Медицина, 1989. - 272 с.

49. Тихомиров О.К. Психология мышления. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - 269 с.

50. Токарев С.А. Религия в истории народов мира. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: Политиздат, 1986. - 576 с.

51. Трейси Б. Измени свое сознание – изменится твоя жизнь. – Мн.: Глобус, 2004. – 236 с.

52. Угринович Д.М. Психология религии. - М.: Полит-

издат, 1986.- 352с.

53. Федоров А.П. Когнитивная психотерапия. – СПб.: МАПО, 1991.

54. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.

55. Философский энциклопедический словарь. - М.: Советская энциклопедия, 1983. - С. 403 - 410.

56. Философский энциклопедический словарь. - М.: Советская энциклопедия, 1983. - С. 391 - 392.

57. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Личность: теории, эксперименты, упражнения. - СПб.: Прайм - ЕВРО-ЗНАК, 2001. - С. 398 - 411.

58. Фромм Э. Душа человека. - М.: Республика, 1992. - 430с.

59. Фромм Э. Психоанализ и этика. - М.: Республика, 1993. - 415 с.

60. Фрэзер Д.Д. Золотая ветвь: Исследование магии и религии: пер. с англ. - 2-е изд. - М.: Политиздат, 1986.- 703с.

61. Функциональные системы организма: Руководство /под ред. К.В. Судакова. - М.: Медицина, 1987. - 432 с.

62. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. - М., 1986. – Т. 1,2.

63. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследование и применение). - СПб.: Питер Пресс, 1997. - С. 431 - 478.

64. Человек и его символы: пер. с англ. - СПб.: Б.С.К., 1996. - 454 с.

65. Чеснокова И.И. Самосознание, саморегуляция, самодетерминация // Проблемы психологии личности. - М.:

Наука, 1982. - С. 121 - 126.

66. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. - М., 1977.

67. Шейнина Е.Л. Энциклопедия символов. - М.: ООО «Изд-во АСТ»; Харьков: Торсинг, 2001. - 591 с.

68. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмоциональный подход: - М.: ЭКСМО, 2002.

69. Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса.- СПб.: - Питер, 1999.

70. Юнг К.Г. Архетип и символ. – М.: Ренессанс, 1991. - 304 с.

Зміст

Передмова	3
Розділ I Психологічні аспекти вивчення мислення	6
1.1 Філогенез розвитку мислення	13
1.2 Функції мислення	24
1.3 Види розумових операцій	28
1.4 Форми абстрактного мислення	31
1.5 Види мислення	35
1.6 Алгоритми стратегії і тактики вирішення завдань	42
Розділ II Особистість і мислення	55
2.1 Мислення, особистість і переконання	63
2.2 Мислення і самосвідомість	76
Розділ III Розлади мислення	91
3.1 Розлади мислення на основі асоціативної дезінтеграції	98
3.2 Динамічні розлади мислення	104
3.3 Розлади мислення, викликані спотвореннями мотиваційної сфери особистості	112
3.4 Розлади мислення на фоні аутизації	120
3.5 Порушення мислення унаслідок посилення його образосимволічної функції	123
3.6 Розлади мислення, пов'язані з ослабінням процесів рефлексії, антиципації і емпатії	132
3.7 Системні порушення суджень і умовиводів	135
Розділ IV Психотерапія спотворень мислення	178
4.1 Концептуальні основи когнітивної терапії	181
4.2 Принципи когнітивної терапії	198

4.3 Структура терапевтичної сесії _____	202
4.4 Діагностика в когнітивній терапії _____	208
4.5 Методи, прийоми та техніки когнітивної терапії _____	242
4.5.1 Універсальні способи роботи з ірраціональними ідеями _____	247
4.5.2 Техніки жорсткого спростування _____	267
4.5.3 М'які техніки спростування _____	286
4.5.4 Об'єктивні техніки спростування _____	295
4.5.5 Поведінкові техніки терапії _____	302
Додаток А (рекомендований) Афоризми і прислів'я про розум, мудрість і думку _____	311
Список літератури _____	316

\

Навчальне видання

Кустов Аркадій Володимирович
Алексєєва Юлія Аркадіївна

**Мислення:
психологічні,
психопатологічні
та психотерапевтичні аспекти**

Навчальний посібник

Дизайн обкладинки А.В.Кустова
Редактор Н.А. Гавриленко, С.М. Симоненко
Комп'ютерне верстання А.В. Кустова

Формат 60X84/16. Ум. Друк арк. 14.42.
Тираж 150 пр. Зам.№

Видавець: виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського- Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007

