

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра практичної психології

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри

Реєстраційний № _____

_____ Мірошник З. М.

« ____ » _____ 2020 р.

« ____ » _____ 2020 р.

ПСИХОТЕРАПІЯ ВНУТРІШНЬООСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ
У ДІВЧАТ-СТУДЕНТОК

Кваліфікаційна робота
студентки групи ПП-м-15
денного відділення
психолого-педагогічного факультету
ступеня вищої освіти магістр
за спеціальністю 053 Психологія
Швидкої Юлії Олексіївни

Науковий керівник:
кандидат педагогічних наук, доцент
Чаркіна Олена Анатоліївна

Оцінка:
Національна шкала _____
Шкала ECTS _____ Кількість балів _____

Голова ЕК _____
(підпис) (прізвище, ініціали)

Члени ЕК _____
(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗУМІННЯ ВНУТРІШНЬО- ОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ.....	7
1.1. Внутрішньоособистісний конфлікт в розумінні різних психологічних шкіл.....	7
1.2. Класифікація внутрішньоособистісних конфліктів.....	17
1.3. Сучасні методи психотерапії внутрішньоособистісних конфліктів	22
Висновки до розділу 1	28
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ	30
2.1. Організація та процедура дослідження	30
2.2. Аналіз результатів психодіагностичного дослідження.....	32
Висновки до розділу 2	38
РОЗДІЛ 3 КОРЕКЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ (РЕКОНСТРУКТИВНОЇ) ПСИХОТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ДІВЧАТАМИ СТУДЕНТСЬКОГО ВІКУ.....	40
3.1. Особливості застосування особистісно-орієнтованої психотерапії Б. Карвасарського, В. Ташликова, Г. Ісуріної.....	40
3.2 Психокорекційна програма зі зниження рівня невротизації у дівчат- студенток (на основі ООРПТ).....	50
3.3 Оцінка ефективності корекційно-терапевтичного впливу.....	67
Висновки до розділу 3	69
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73
ДОДАТКИ.....	79

ВСТУП

Актуальність проблеми. Для особистості ХХІ століття поняття «конфлікт» стало повсякденним явищем, яке переслідує її на кожному кроці життя – це конфліктна ситуація у країні, конфлікт у суспільстві, яке прагне відстояти власні права та свободи, суперечки на роботі або під час навчання, конфлікт вдома – у сім'ї, між членами родини. Кожна подібна ситуація так чи інакше впливає на внутрішні переживання особистості, вона прагне зрозуміти, що відбувається довкола, чи може вона вплинути на перебіг справ, чи має вагу її думка та спроби скорегувати негатив. Ще З. Фрейд говорив, що, нажаль, придушені емоції не помирають, їх змусили замовкнути, і вони продовжують впливати на людину, тобто це наче сніжна лавина, яка «накриває» психіку і спричинює передумови формування конфлікту вже на внутрішньоособистісному рівні. Відбувається переосмислення власної значущості, цінності, цілісності «Я-образу», «Я-концепції», які відіграють важливу роль у сприйнятті повноцінної картини світу.

Кожна людина в процесі здобуття життєвого досвіду так чи інакше проходить певні стадії «дорослішання» свого внутрішнього світу, але не завжди те, що ми можемо дати світу, співпадає з тим, що світ хоче від нас. На жаль, сучасне життя настільки складне та стрімке, що важко встигати за всім, відповідати чийось очікуванням всупереч власним потребам, на фоні таких неоднозначностей як «хочу»-«можу»-«потрібно» виникає плутанина, особистість перетворюється на комашку, яка потрапила до великої павутини, з якої важко виплутатись, а іноді й зовсім неможливо, і от в процесі боротьби за виживання і виникає внутрішньоособистісний конфлікт, у процесі переробки якого особистість намагається відповісти собі на питання: «Що я хочу?», «Чи дійсно я цього хочу?» і «Що буде якщо цього не станеться?». Найважче відповісти на ці запитання саме жіночій половині людства,

оскільки жінка має тонку душевну організацію, ірраціонально мислить, досить імпульсивно приймає рішення, іноді приносить в жертву власні інтереси. Саме тому ми вирішили обґрунтувати і розробити корекційно-терапевтичну програму зі зниження рівня невротизації для дівчат-студенток, оскільки часто дівчата студентського віку намагаються поєднувати навчально-професійну діяльність з сімейно-побутовим життям і материнством, що може провокувати гострі внутрішньоособистісні (ціннісно-сміслові, мотиваційні, рольові та ін.) конфлікти.

Мета роботи - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити можливості діагностики і терапії внутрішньо особистісних (невротичних) конфліктів у дівчат-студенток у процесі навчання на психолого-педагогічному факультеті.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз психологічної літератури з теми дослідження.
2. Спланувати та організувати емпіричне дослідження рівня невротизації (гостроти внутрішньоособистісних конфліктів) у дівчат-студенток.
3. Визначити зв'язок між рівнем прояву внутрішньоособистісного конфлікту та соціальною фрустрованістю у дівчат-студенток.

Об'єкт дослідження: внутрішньо-особистісні конфлікти у дівчат-студенток.

Предмет дослідження: можливості особистісно-орієнтованої терапії внутрішньо-особистісних конфліктів у дівчат-студенток.

Гіпотезою дослідження є припущення про існування прямого кореляційного зв'язку між рівнем невротизації (гостротою внутрішньоособистісного конфлікту) та рівнем соціальної фрустрованості у дівчат-студенток.

Методи дослідження:

- 1) Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, порівняння.

2) Емпіричні:

— методика експрес-діагностики невроза (К. Хека та Х. Хес);

— клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К. Яхіна, Д. Менделевича);

— методика експрес-діагностики соціальної фрустрованості Л. Васермана;

— тест самореалізації особистості (С. Кудинова).

3) Математико-статистичні: обробка результатів дослідження за допомогою коефіцієнта лінійної кореляції К. Пірсона.

4) Інтерпретаційні: аналіз та тлумачення отриманих результатів, зіставлення отриманих результатів з попередніми даними, наявними в психологічній літературі.

Теоретико-методологічна основа дослідження: теорії походження неврозу З. Фрейда, А. Адлера, К.-Г. Юнга, К. Хорні, Ф. Александера та інших. Корекційна програма створена на основі особистісно-орієнтованої реконструктивної психотерапії Б. Карвасарського, Г. Ісуріної та В. Ташликова.

Практичне значення: полягає в розробці та апробації на базі Криворізького державного педагогічного університету Програми подолання невротичних конфліктів і зниження гостроти впливу даного стану на процес соціальної взаємодії, особистісного та професійного саморозвитку студенток під час навчання у ЗВО, яка може бути використана викладачами у навчальному процесі.

Апробація результатів дослідження: попередні результати дослідження доповідалися на Звітній науково-практичній конференції студентів спеціальності 053 «Психологія» (21 травня 2020 р.) і висвітлені у тезах доповіді «Феноменологія, діагностика і терапія невротичних конфліктів у дівчат-студенток» [Актуальні проблеми практики консультування та психотерапії: Науковий часопис кафедри практичної психології (Збірник наукових робіт студентів, молодих учених і фахівців-практиків) / Під ред.

З.М. Мірошник, О.А. Чаркіної. – Кривий Ріг: Вид-во «Криворізький державний педагогічний університет», 2020. – 98с.].

Емпірична база дослідження - психолого-педагогічний факультет Криворізького державного педагогічного університету. Дослідження тривало в період з 01.12.2019 по 01.03.2020. До вибірки увійшло 50 дівчат-студенток 1-х (різні групи) та 5-го курсів спеціальності «Практична психологія». Середній вік респонденток – 18 років.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку літератури, який налічує 72 джерела, ілюстрована 1 рисунком та 2 таблицями; вміщує 3 додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗУМІННЯ ВНУТРІШНЬО- ОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ

1.1. Внутрішньоособистісний конфлікт в розумінні різних психологічних шкіл

Дослідженнями внутрішньоособистісних конфліктів, що є підґрунтям для розвитку неврозів у різні часи займалися: серед зарубіжних учених – З. Фрейд, К. Юнг, Е. Фромм, К. Хорні, К. Роджерс, Ф. Александер, А. Маслоу, Х. Кохут та інші; серед вітчизняних психологів: – В. Мясищев, С. Рубінштейн, Л. Виготський, В. Мерлін, Б. Карвасарський та інші.

Великий вклад у розуміння внутрішньої структури особистості вніс австрійський психоаналітик З. Фрейд, який першим зробив припущення, що людська психіка має певну структуру. У своїй психоаналітичній теорії особистості він виділив 3-и основні компоненти психіки, які мають ієрархічну структуру: Я або Его, Над-Я або Супер-Его та Ід або Воно.

Его – це свідомість особистості, яка формується під впливом суспільних вимог, є втіленням «реальності» особистості. Ід або Воно – це біологічні, сексуальні потяги, так звана «енергія лібідо», яке керується принципом задоволення потреб. Супер-Его – це свого роду Суддя, цензор психіки людини, виступає носієм всіх моральних цінностей, якими керується людина у повсякденному житті. Над-Я формується через подолання особистістю певних комплексів, які Фрейд назвав «комплекс Електри» та «Едипів комплекс». Едипів комплекс характерний для хлопчиків, які переживають «сексуальний потяг» до матері та сприймають батька як суперника, а комплекс Електри – для дівчат, які сприймають батька для сексуальний

об'єкт, а матір – як суперницю. Якщо дані комплекси переживаються особистістю неправильно, наприклад, за відсутністю значимої особи, то є ймовірність формування хибної ідентифікації, що може послужити формуванню внутрішнього конфлікту [23].

Неврози за Фрейдом, виникають на тлі «конфлікту» між:

- Супер-Его та його ідеалістичним сприйняттям реальності й між Ід та його несвідомими потягами;
- Его(принцип реальності) та Ід (принцип задоволення).

Останній конфлікт «переслідує» людину протягом усього її життя, оскільки особистість не завжди підкоряється своїм несвідомим потягам та прагненням, тому на допомогу приходять механізми захисту, які на певний час створюють бар'єр між Я та Ід, до того моменту поки певна ситуація не набуде такого рівня напруги, що психіка «вибухне» та вивільнить всі придушені переживання. До таких механізмів захисту відносять: витіснення, заперечення, сублімацію, раціоналізацію, регресію, інверсію, ізоляцію, проекцію, інтроєкцію, заміщення.

Учень З. Фрейда, швейцарський психолог К.-Г. Юнг заснував власний психоаналітичний напрямок – аналітичну психологію. За Юнгом, психіка людини має три рівні: свідомість, особисте несвідоме та колективне несвідоме. Визначальну роль у структурі особистості відіграє колективне несвідоме, яке утворюється із слідів пам'яті, що залишається від усього минулого людства і впливає на особистість, визначаючи її поведінку з моменту народження [19]. Юнг основну увагу приділяв так званим архетипам особистості, які, на його думку, були сформовані в колективному несвідомому та мають вплив на свідомість кожної особистості. До структури архетипів він відносить: Персону, Тінь, Его, Аніма (у чоловіків), Анімус (у жінок) та Самість. Найважливіше місце в аналітичній психології відводиться Самості, що займає потенційно центральне місце особистості, на відміну від Его як центру актуальної свідомості.

На думку Юнга, невроз – це певний конфлікт, що складається з комплексів, регресії та зниження ментального рівня особистості. Він вважав, що в невротичному стані немає нічого погано, а навіть навпаки – це шлях пізнання себе, власних кордонів. Опрацьовуючи симптоми, які супроводжують невроз – страх, депресія, провина – ми починаємо усвідомлювати власну внутрішню силу. Таким чином невроз допомагає змінити внутрішні установки особистості, переосмислити ставлення до себе в даним період існування та такої себе, якою особистість може стати[46].

Юнг концентрується не на каузальній природі невроза, а на його позитивному впливі на майбутнє особистості. «...Я больше не ищу причины невроза в прошлом, но пытаюсь отыскать их в настоящем. Я спрашиваю, в чем заключается необходимая задача, которую пациенту не удалось завершить. В психических расстройствах в любом случае недостаточно просто привести предполагаемые или реальные причины к сознанию. Лечение включает в себя интеграцию содержаний, которые оказались разобщенными, диссоциированными от сознания»[20].

А. Адлер австрійський психолог, який також був учнем З. Фрейда, сконцентрував свою увагу на дослідженні особистості, а точніше на комплексі неповноцінності та започаткував новий напрям – індивідуальну психологію. Центральне місце в його теорії посідає комплекс неповноцінності, саме його психолог вважає ключовою причиною формування неврозу.

В роботі «Практика и теория индивидуальной психологии» Адлер визначає невроз так: «Невроз – диагностически неоднозначный термин, охватывающий многочисленные поведенческие нарушения. Это естественное, логическое развитие индивидуума, сравнительно неактивного, эгоцентрически стремящегося к превосходству, имеющего задержку в развитии социального интереса. Наблюдается при наиболее пассивных, изнеженных стилях жизни...» [6].

На противагу З. Фрейду, який вважав, що блокування лібідозної енергії є причиною неврозу, А. Адлер сконцентрував увагу на тому, що неправильно обрані форми виховання та заохочення з боку батьків, а також викривлене ставлення до себе та інших, є головними умовами формування закомплексованої особистості, яка прагнучиме до переваги і домінування над іншими, аби бути кращою у всьому.

Тобто комплекс неповноцінності, як передумова неврозу, сформується під впливом гіперкомпенсації у особистості, яка пережила або фізичне насильство, або булінг з боку однолітків, а також на основі батьківської гіперопіки. «Я» особистості починає створювати «невротичний стиль» життя, дитина стає егоцентричною, утворюються егоцентричні цілі, вона починає всіх сприймати наче «ворогів» або конкурентів.

Адлер назвав комплекс неповноцінності «екзистенційною кризою», що вражає всю особистість. Основний феномен психічних розладів, він вбачав не в протидії прагненням, бажанням, а в невротичному характері, неадекватному атитюді життя.

К. Хорні представниця неофрейдистського напрямку, американський психолог і психіатр, вивчала особливості формування та перебігу дитячих неврозів. На початку своєї кар'єри вона дотримувалась думки, що неврози формуються під впливом соціуму та деструктивних людських взаємовідносин. Однак згодом, у свій найвідомішій роботі «Невроз і особистісне зростання: боротьба за самореалізацію» (1950) вона змінила думку про природу неврозу та ввела в психологію новий термін «центральний внутрішній конфлікт», як конфлікт між «реальним» та «ідеальним» Я: «...коли раніше, в інших своїх книгах, я використовувала термін «невротичний конфлікт», я мала на увазі конфлікт між двома несумісними компульсивними потягами. Однак, центральний внутрішній конфлікт – це конфлікт між здоровими і невротичними, конструктивними та деструктивними силами. ...За аналогією з державою, це розрізнення між

зіткненням інтересів окремих груп і втягненням всієї країни в громадянську війну»[28].

Природою неврозу, на думку К. Хорні, є невротична структура характеру, а його центральними ланками – невротичні потреби, кожна з яких складає своєрідне ядро даної структури всередині особистості, і кожна з цих підструктур тісно пов'язана з іншими подібними підструктурами. При цьому невротичні потреби породжують не тільки специфічну тривожність, але «й специфічні форми поведінки, специфічний образ «Я» і специфічне уявлення про інших людей, специфічну гордість, специфічну форму уразливості і специфічні внутрішні заборони» [29].

Розділяючи неврози на «прості ситуативні» та «неврози характеру» К. Хорні писала про те, що «патогенний конфлікт подібний вулкану, схований глибоко всередині людини і невідомий їй» [50]. Внаслідок чого розуміння неврозу неможливе без простеження його глибинних корені – невротичних потреб. Хорні виділила десять патогенних невротичних потреб, які вона виокремлює від «нормальних» потреб, що не призводять до невротичного конфлікту та невротичних симптомів. Відмінною рисою невротичних потреб вона вважає ілюзорність, карикатурність, позбавленість свободи, спонтанності, смислу, утилітарну націленість на безпеку і вирішення всіх проблем.

До патогенних потреб авторка віднесла:

- невротичну потребу в любові, прив'язаності та схваленні; нерозбірливу потребу подобатись іншим; мимовільне прагнення виправдовувати очікування оточуючих; перенесення центра тяжіння на інших, а не на власну особистість; страх самоствердитись; страх ворожості з боку інших або ворожих почуттів всередині себе;
- невротична потреба в «партнері», який візьме керування життям невротика у свої руки; перенесення центра тяжіння на «партнера», який повинен здійснити всі життєві очікування невротика й нести відповідальність за все, що відбувається, причому успішне

маніпулювання «партнером» стає домінуючою задачею; «кохання» наділяється гіперболізованими значеннями, тому що припускається, що «любов» вирішує всі проблеми; страх бути покинутим усіма; страх залишитись на самоті;

- невротична потреба обмежити власне життя вузькими рамками; потреба бути невимогливим, задовольнятися тим, що є; потреба залишатись непомітним та займати другорядні місця; так би мовити виступати в ролі «сірої миші» по життю;

- невротична потреба у владі: невимовне бажання керувати іншими; відданість справі; неповага до інших людей (їх індивідуальності, чеснот та почуттів), прагнення підкорити їх собі; страх безконтрольних ситуацій; страх безпорадності;

- невротична потреба в експлуатації інших та прагнення добиватись від них переваг для себе; оцінка інших, в основному, з точки зору корисності або можливості експлуатації; гордість за своє вміння експлуатувати інших; страх самому бути експлуатованим;

- невротична потреба в суспільному визнанні або престижі (разом з палким бажанням влади або без нього): оцінка всіх та кожного тільки у відповідності з їх престижністю; самооцінка повністю залежить від характеру суспільного визнання; страх втратити привілейоване місце у суспільстві («приниження») або через зовнішні обставини, або через внутрішні фактори;

- невротична потреба бути об'єктом захоплення; нарцисизм; потреба в захопленні власним вигаданим образом; самооцінка повністю залежить від відповідності даному образу та захоплення даним образом інших людей; страх відчувати «приниження»;

- невротичні амбіції стосовно власних досягнень; самооцінка залежить від того, чи є невротик кращим за всіх чи ні; страх невдачі;

- невротична потреба в самодостатності та незалежності; потреба ніколи ні від кого не залежати, не піддаватись впливу інших; будь-яка

близькість отожднюється з небезпекою; страх потреби в інших людях, в будь-яких зв'язках, інтимності, любові. Існування за принципом «самотнього вовка»;

- невротична потреба в досягненні ідеалу та беззаперечності; нав'язливі роздуми та самозвинувачення у зв'язку з можливою недосконалістю; страх знайти в собі недоліки або скоїти помилку; страх критики та докорів [45].

Також аналізуючи певні особливості внутрішньоособистісних конфліктів у жінок, К. Хорні відмітила, що оскільки жінки в досягненні життєвих цілей прагнуть наслідувати чоловіків, вони дуже часто бувають неспроможні до цього. Психологія жінки залежить від її ранніх дитячих спогадів, ставлення батьків до неї, як дівчинки, виконання ролі та функції дружини, матері, соціального статусу, які закріплені в культурі й проявляються у внутрішньоособистісному конфлікті вже дорослої жінки [46].

Медичний психолог В. Мясіщев розглядав невроз як функціональне, психогенне нервово-психічне захворювання, що виникає в момент важких психологічних переживань особистості, нерозривно пов'язаних з умовами її життя. В. Мясіщев перераховує наступні джерела патогенності протиріччя (конфлікту):

а) особливості особистості, що створюють труднощі в спілкуванні з іншими (агресивність, впертість, сенситивність тощо);

б) випадки, коли особистість не може знайти раціонального, продуктивного вирішення конфлікту в силу відомих обставин: коли засоби активного впливу на ситуацію для досягнення цілей виявляються набагато нижче рівня потреб або домагань особистості;

в) випадки, коли дійсність не уявляє пасивного об'єкта впливу: вона активно перешкоджає та допомагає суб'єкту, дає засоби і можливості, в той же час пред'являє до нього вимоги;

г) випадки, при яких об'єктивні умови роблять протиріччя нерозв'язним, наприклад: людина втрачає свого близького або засоби досягнення мети

(співак втрачає голос і т.п.). Виникає вже питання не про вирішення завдання і подолання труднощів, а про визнання і підпорядкування ситуації, що склалась. Патогенність ситуації полягає в невмінні раціонально, продуктивно подолати труднощі або ж у нездатності відмовитись від нездійснених бажань. [28].

Психоаналітичне дослідження невротичних пацієнтів показало, що під впливом тривалих негативних емоцій можуть розвиватися хронічні соматичні розлади. Саме такі хронічні соматичні зміни вперше були виявлені у істеричних пацієнтів. Фрейд увів поняття конверсійної істерії, при якій тілесні симптоми розвиваються у відповідь на хронічні емоційні конфлікти. Завжди, коли емоції витісняються внаслідок психічних конфліктів, тобто виключаються із свідомості і тим самим відсікаються від адекватної розрядки, вони стають джерелом хронічної напруги, що приводить до розвитку істеричних симптомів, такої ж думки дотримувався й Ф. Александер.

Розроблена засновником Чиказького психоаналітичного інституту Францем Александером концепція специфічного емоційного конфлікту заснована на ідеї психоаналізу. На думку Александера, психосоматичні захворювання виникають у результаті взаємодії психологічних, фізіологічних і соціальних факторів. У якості психологічних факторів виступають специфічні особистісні особливості, невирішені внутрішні конфлікти, що визначають той набір звичних негативних емоцій, які людина відчуває в емоціогенних ситуаціях. Фізіологічний фактор, що визначає ту слабку ланку в організмі, на яку припадає основний удар негативних емоцій, – це конституціональна неповноцінність (підвищена вразливість) тих чи інших органів. І нарешті, соціальний фактор, що грає роль пускового моменту – несприятливі впливи життєвого середовища. Вегетативні дисфункції, що виникають при внутрішньому емоційному конфлікті, корелюють зі специфічними фізіологічними відповідями [13]. На підставі результатів проведених психоаналітичних досліджень було виділено 7 специфічних

психосоматичних захворювань (відомих як «Чиказька сімка»): виразка дванадцятипалої кишки, ревматоїдний артрит, виразковий коліт, бронхіальна астма, нейродерміт, гіпертензія і тиреотоксикоз. Він створив теорію «вегетативних неврозів» як наслідків неопрацьованих негативних ситуацій. Так виникли доволі популярні на сьогодні напрямки теорії і практики – психосоматика і соматопсихологія.

Загальна сутність концепції Александера щодо етіології психосоматичних захворювань полягає в наступному [7]:

- специфічний конфлікт стає джерелом психосоматичних захворювань тільки тоді, коли до цього додаються фізіологічні фактори;
- певні життєві ситуації, які пацієнт схильний сприймати з особливою чутливістю в силу своїх внутрішньо-особистісних конфліктів, реактивують і підсилюють ці конфлікти;
- сильні емоції супроводжують цей активований конфлікт і на основі автономних гормональних і нервово-м'язових механізмів діють таким чином, що в організмі виникають зміни в тілесній структурі і функціях, що і призводить до розвитку психосоматичних захворювань.

Вчений доводить, що існує група пацієнтів, чия психопатологія займає проміжне місце між психозами і прикордонними Умовами, з одного боку, і психоневрозами і легкими розладами характеру — з іншого.

Але невротичні конфлікти досліджувались не тільки в межах психоаналітичних концепцій, так В. Франкл – представник екзистенційної психології – створив свою теорію етіології неврозів, протилежну до психоаналітичної. Він обґрунтував поняття «екзистенційного вакууму», за допомогою якого описував внутрішню, душевну порожнечу своїх клієнтів, які страждали на відчуття самотності та внутрішньої спустошеності.

Екзистенційний вакуум супроводжує так звана екзистенційна фрустрація, що виникає в разі фрустрації прагнення до сенсу. Головні симптоми фрустрованості – апатія та нудьга. Франкл говорить про те, що даний вид фрустрації сам по собі не є ні патологічним, ні патогенним, це,

швидше, духовна потреба, ніж хвороба. Він підкреслює, що екзистенційний вакуум в сукупності з екзистенціальною фрустрацією є, скоріше, соціогенним явищем, ніж неврозом [56].

Основою неврозогенезу, на думку Франкла, є не психогенія, а екзистенційна фрустрація (вакуум), коли людина в силу різноманітних причин втрачає «сенси життя», коли блокується її прагнення до пошуку конкретного сенсу існування (воля до сенсу). Автор назвав цей різновид неврозів – «ноогенний» (від грецького «ноос», що означає розум, дух, сенси). Ноогенні неврози виникають не на тлі конфлікту між потягами і свідомістю, а на тлі конфліктів між різними цінностями (моральні конфлікти), на підґрунті духовних проблем і, в першу чергу, через втрату розуміння сенсу існування. Для визначення ноогенного неврозу В. Франкл часто використовував вислів Ф. Ніцше про те, що «той, у кого є для чого жити, може витримати майже будь-яке як» [57].

Спостерігаючи за тенденцією до поширення екзистенційного вакууму в суспільстві дослідник вводить поняття «колективного неврозу», дещо схоже з думкою К.-Г. Юнга про колективне несвідоме. Даний тип неврозу має схожу симптоматику з класичним розумінням неврозу, як клінічної проблеми, однак має метаклінічний характер. Колективні неврози характеризуються такими особливостями як: установка на тимчасовість буття; звичка жити одним днем; фаталістична установка по відношенню до життя; колективістське мислення, що проявляється у відмові брати на себе відповідальність за реалізацію себе як особистості; прагнення розчинитися в натовпі, підкоритися масі (конформізм); нездатність бачити особистість в собі та інших людях; фанатизм. Вплив екзистенційного вакууму також проявляється в так званій «масовій невротичній тріаді»: депресії, наркоманії та агресії, що виражається в збільшенні кількості самогубств серед молодого покоління, а також зростання злочинності, сексоманії, алкоголізму і наркоманії [50].

Представник гуманістичної психології А. Маслоу невроз визначав як «хворобу недостатності», тобто вважав, що невроз викликається незадоволенням певних фундаментальних потреб, так само, як нестача певних вітамінів викликає фізичну хворобу [45]. Тобто незадоволення «нижчих» потреб викликає негативізм і створює перешкоду перед досягненням вищих цілей – самоактуалізації, що призводить до внутрішнього конфлікту.

Ще один не менш відомий представник гуманістичного напрямку – К. Роджерс причину виникнення невротичного стану вбачав у неправильному сприйнятті батьками дитини, що призводить до формування викривленої «Я-концепції». Дитина створює «маску», певний образ хорошої дівчинки чи хлопчика задля того, щоб батьки, а в процесі дорослішання й інші оточуючі, бачили лише позитивний бік особистості. Така особа прагне подобатись усім на шкоду власному Я, вона приховує негативні емоції всередині себе, це наче процес внутрішнього самопокарання, самознищення, на тлі якого й формується невротична особистості, нездатна сприймати себе такою, яка вона є насправді. Характерними рисами невротичних осіб є підвищена тривожність, занижена самооцінка, критичність, серед захисних механізмів найбільш вираженими є заперечення та інверсія.

1.2. Класифікація внутрішньоособистісних конфліктів

В. Мясіщев на основі аналізу різних відносин, існуючих між картиною окремих невротичних синдромів і характером патогенних умов описав три основних типи невротичних конфліктів: неврастенічний, істеричний, obsesивно-психостенічний [34].

Неврастенічний конфлікт – це протиріччя між актуальними можливостями особистості, з одного боку, і її прагненнями і вимогами до

себе, які відповідають вимогам навколишнього, з іншого боку. Джерелом неврозу є те, що особистість не вміє при даній конкретній ситуації впоратися з поставленим завданням. Протиріччя полягає у відносній невідповідності між можливостями або засобами вирішення особистості і між вимогами дійсності. Ця ситуативна недостатність особистості покривається мобілізацією її внутрішніх ресурсів, мобілізацією зусиль з максимальним доступним особистості використанням зовнішніх можливостей.

Істеричний конфлікт. Цей тип протиріччя зустрічається в тих випадках, коли особистість вступає в конфлікт з різними моментами навколишньої дійсності, не знаходячи задоволення своїх вимог, прагнень або коли дійсність висуває вимоги, що йдуть врозріз з суб'єктивними вимогами особистості. Характерна картина патологічної переробки такого протиріччя часто зустрічається при істеричному синдромі. Характерна для істерії невідповідність між вимогами, потребами особистості і її реальними внутрішніми ресурсами поєднується зі схильністю недооцінювати або ігнорувати об'єктивну реальність і звідси впливає вимогливість до зовнішнього світу, аніж вимоги до себе і критичним ставленням до себе, що характеризує істеричну претензійність.

По відношенню до істерії Фрейд вказував на те, що в її основі лежить нездійснене бажання. В. Мясичев погоджується з тим, що патогенним стрижнем істеричного утворення є незадоволені тенденції, потреби, бажання, ірраціонально переробляються особистістю

Обсесивно-психастенічний конфлікт. Цей тип конфлікту характерний для особистості, коли вона знаходиться в умовах суперечливих впливів, що призводять до суперечливих внутрішніх тенденцій. Особистість внутрішньо розщеплюється, і цей «внутрішній конфлікт» або внутрішнє роздвоєння характерний для неврозу нав'язливих станів. Боротьба між бажанням і обов'язком, між принципами і особистими прихильностями, між інстинктивними потягами і етичними надбудовами являє собою типовий випадок цих внутрішніх конфліктів.

Змішаний тип конфлікту. Патогенні ситуації, які формуються у особистості, можуть змінюватися і бути множинні. Так, людина може напружуватися понад міру і разом з тим бути в найсильнішому конфлікті, наприклад виконувати напружену і відповідальну роботу, негативно ставлячись до неї, бути незадоволеною своїм становищем і відчувати гостре почуття неповноцінності. Емоційне напруження виснажує, а конфлікт і незадоволеність, з яких немає виходу, створюють істеричні тенденції. Ця комбінація протиріч виправдовує настільки поширений в практиці термін «істероневрастенія». Можливі й інші комбінації конфліктів[39].

О. Шипілов за основу класифікації внутрішньо-особистісних конфліктів взяв ціннісно-мотиваційну сферу особистості, яка дозволяє виділити основні структури внутрішнього світу особистості, що вступають в конфлікт:

- мотиви, що відображають прагнення особистості різного рівня (потреби, інтереси, бажання, потяги і т.п.). Можуть бути виражені поняттям «хочу» («я хочу»);
- цінності які прийняті особистістю, так і нав'язані суспільством, що втілюють в собі суспільні норми і виступають як еталони належного. Позначаються як «треба» («я повинен»);
- самооцінка, що визначається як самоцінність себе для себе, оцінка особистістю своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей. Виражається як «можу» або «не можу» («я є»).

Види внутрішньоособистісного конфлікту

1. Мотиваційний конфлікт – між несвідомими прагненнями (З: Фрейд), між прагненнями до володіння і до безпеки (К.Хорні), між двома позитивними тенденціями (К. Левін) або як зіткнення різних мотивів.

2. Моральний конфлікт – моральний або нормативний конфлікт (В. Бакштановський, І. Арніцане, Д. Федоріна); прагненням діяти відповідно до бажання і вимог дорослих або суспільства (А. Співаковська); боргом і сумнівом в необхідності слідувати йому (Ф. Василюк, В. Франкл).

3. Конфлікт нереалізованого бажання або комплексу неповноцінності, можливістю «хочу бути таким, як вони» і неможливістю це реалізувати (А. Захаров). До даного виду відносяться і внутрішні конфлікти, пов'язані з сексуальними патологіями (С. Кратохвил, А. Свядощ, О. Харитонов).

4. Рольовий конфлікт – переживання неможливості одночасно реалізувати кілька ролей, різне розуміння вимог самої особистості до виконання однієї ролі, конфлікти між двома цінностями, стратегіями або смислами життя.

5. Адаптаційний конфлікт – порушення рівноваги між суб'єктом і навколишнім середовищем (в широкому сенсі), соціальної або професійної адаптації (у вузькому сенсі).

6. Конфлікт неадекватної самооцінки між домаганнями і оцінкою своїх можливостей (А. Петровський, М. Ярошевський); між завищеною самооцінкою і прагненням реально оцінювати свої можливості (Т. Юферова); між заниженою самооцінкою і усвідомленням об'єктивних досягнень, між прагненням підвищити домагання, щоб здобути максимальний успіх, і знизити домагання, щоб уникнути невдачі (Д. Хекхаузен) [58].

Невротичний конфлікт – психогенний розлад, в основі якого лежить протиріччя між особистістю і значущими для неї сторонами дійсності, який супроводжується виникненням болісно важких переживань невдач, незадоволених потреб, недосяжністю життєвих цілей. Виявляється в різних фобіях, страхах, підвищенні тривожності, почутті неповноцінності. Невротичний конфлікт як вища стадія розвитку внутрішньоособистісного конфлікту може виникнути в будь-якому віці. Але в більшості випадків він закладається в дитинстві в умовах порушення відносин з навколишнім соціальним мікросередовищем і в першу чергу з батьками. В результаті ускладнень з пошуком виходу з переживань можуть з'являтися психічна (і фізіологічна) дезорганізація особистості, формування неврозів [40].

Виділяють три основних форми клінічних неврозів:

1) Неврастенія. Основні її симптоми: підвищена дратівливість, нестійкість емоцій і настрою, яке часто є зниженим, депресія. У деяких випадках з'являються тривога і страх, розлад сну, різні порушення вегетативної, нервової системи;

2) Істерія. Істеричні форми неврозу вельми різноманітні і нерідко маскуються під різні захворювання. Найбільш часті з них: рухові розлади, паралічі, порушення координації рухів, порушення мови і так далі;

3) Невроз нав'язливих станів. Крім загальних невротичних симптомів цей невроз характеризується появою після важкої психотравми різних за змістом нав'язливих станів, особливо часто у вигляді фобій - неадекватних переживань, страхів.

Неврастенічний тип характеризується протиріччям між об'єктивними можливостями особистості і завищеними вимогами до себе.

До основних різновидів такого конфлікту зазвичай відносять:

- Конфлікт потреб;
- Конфлікт між соціальною нормою і потребою;
- Конфлікт соціальних норм;
- Конфлікт цінностей;
- Конфлікт між цінністю і нормою;
- Конфлікт між цінністю і потребою;
- Рольовий конфлікт та ін.

Таким чином, внутрішньоособистісний конфлікт відрізняється тим, що він переживається у формі психоемоційного напруження, виникає в ситуації, являє собою процес вибору, сумніву і боротьби [41].

К. Хорні виділяє три основні моделі поведінки як результат вирішення внутрішньоособистісного конфлікту:

1) тяжіння до людей – через прив'язаність до інших, прагнення включити себе в суспільство, проявити себе, так би мовити прагне себе захистити;

2) тяжіння від людей – проявляється у намаганні уникати людей, спілкування з ними, при цьому створюючи власний ілюзорний світ;

3) тяжіння проти людей – формування установки на боротьбу проти світу. прагнення його зруйнувати. Моделям поведінки, за К. Хорні, відповідають типи конфліктних особистостей: стійкий, відсторонений, деструктивний.

К. Левін створив на основі «теорії поля» класифікацію внутрішньособистісних конфліктів по типам:

I тип – *еквівалентний* (конфлікт «наближення-наближення»), що виникає як наслідок протиріччя між прагненнями досягнення двох або більше позитивних, але взаємовиключних цілей. Зазвичай модель вирішення: компроміс, часткове заміщення.

II тип – *вітальний* (конфлікт «уникнення-уникнення») який є наслідком необхідності вибору між такими альтернативами, кожна з яких сама по собі небажана.

III тип – *амбівалентний* (конфлікт «наближення-віддалення»), що є наслідком вибору між такими альтернативами, кожна з яких несе в собі бажані і небажані наслідки. Рішення можливе лише про компромісі.

IV тип – *фруструючий* (конфлікт «наближення-уникнення»), виникає коли бажаний результат і дії, направлені на його досягнення, не схвалюються соціумом, правилами та нормами. Даний тип конфлікту вирішується по-різному: агресією, заміщенням, переорієнтацією, компромісом [64].

1.3. Сучасні методи психотерапії внутрішньособистісних конфліктів

Метод позитивної психотерапії був заснований в 1968 році професором Носсратом Пезешкіаном. Метод позитивної психотерапії відноситься до транскультурних, психодинамічних психотерапевтичних методів з

гуманістичною точкою зору на людину. Це конфлікт-центрований і орієнтований на здібності метод. Назва методу походить від лат. positum- «має місце», «даний», «фактичний». З точки зору позитивної психотерапії, однією з найважливіших даностей людської природи її здібності – як вроджені («базові здібності»), так і ті, що сформувались в процесі розвитку особистості («актуальні здібності»).

Метод позитивної психотерапії використовується для вирішення партнерських проблем, труднощів виховання, депресій, фобій, сексуальних розладів, психосоматичних захворювань, таких як хвороби шлунка і кишечника, ревматичні скарги, діабет і астма. Позитивна психотерапія ґрунтується на: позитивному підході до пацієнта і захворювання; змістовній оцінці конфлікту; п'ятиетапній терапії, в основі якої лежить самодопомога.

Позитивна інтерпретація захворювань:

- агресивність: здатність реагувати на що-небудь спонтанно, емоційно і розгальмовано;
- депресія: здатність реагувати на конфлікти з глибокою емоційністю;
- нарцисизм: здатність любити самого себе і переживати свої власні уявні слабкості позитивно;
- невроз нав'язливих станів: здатність здійснювати що-небудь з надзвичайною точністю, сумлінністю, пунктуальністю та послідовністю.
- психосоматичні симптоми: здатність мовою органів говорити про те, що в даний момент немає інших засобів впоратися з конфліктом.

Основною метою позитивної психотерапії є зміна точки зору пацієнта на свою хворобу і нові можливості в пошуках резервів у боротьбі з недугою. А так як позитивна психотерапія виходить з того, що в основі багатьох психічних і психосоматичних захворювань лежить конфлікт, то зміна точок зору на симптоми або синдроми дозволяє терапевту (і пацієнту) більш диференційовано підходити до конфлікту. У позитивній психотерапії для досягнення цієї мети широко використовуються притчі, повчальні історії,

«психотерапевтичні казки». Важливо, щоб розказана історія була яскравою, чимось схожою з конфліктом пацієнта. [37].

У п'ятиступінчастій терапевтичній моделі позитивної психотерапії виокремлюють наступні етапи [35], представлені у табл. 1.3.1.

Таблиця 1.3.1

Етапи п'ятиступінчастої терапевтичної моделі позитивної психотерапії

№ з/п	Назва етапу	Зміст
1	Дистанціювання від конфлікту	На першому етапі лікування психотерапевт повинен допомогти пацієнтові як би відсторонитися від створеної конфліктної ситуації, розглянути її з боку і постаратися скласти про неї повне уявлення. При цьому важливо пам'ятати про культуральні особливості пацієнта, про традиції і звичаї країни, і якої він виховувався і живе.
2	Опрацювання конфлікту	Відсторонившись від конфлікту і «побачивши» його здалеку потрібно ретельно опрацювати кожну його деталь. Тільки після ретельного аналізу конфлікту слід переходити до наступного етапу лікування.
3	Ситуативне схвалення	У конфлікті зазвичай беруть участь не менше двох людей, і в кожному з них є як негативні, так і позитивні особистісні якості. Ситуативне схвалення – це перш за все спроба переставити акцент з негативних якостей свого партнера (партнерів) по конфлікту на позитивні.
4	Вербалізація	Цей етап лікування має на увазі обговорення конфлікту. Слід розмовляти з пацієнтом про конфлікт, не про передбачувані його наслідки. Бесіда повинна бути конфіденційною і довірчою.
5	Розширення життєвих цілей.	Пацієнт, охоплений конфліктною ситуацією, всю енергію вкладає в неї (або в її наслідки). Роль психотерапевта в цьому випадку полягає в тому, що б зрозуміти непропорційність розподілу життєвої енергії і спробувати з пацієнтом перерозподілити її між чотирма основними сферами вирішення конфлікту

Для корекції внутрішніх конфліктів особистості В. Франкл використовує два основних психологічних методи: дерефлексія і парадоксальна інтенція.

Дерефлексія полягає в знятті зайвого самоконтролю у вигляді роздумів про складнощі при внутрішніх конфліктах, які виражаються в «самокопанні».

Парадоксальна інтенція застосовується як метод гумористичного перебільшення саме того, чого особистість намагається уникнути, використовуючи навіть гумор як форму свободи в поведінці. Мобілізація здатності до дистанціювання є важливим принципом парадоксальної інтенції.

Різновидом логотерапії є розмовна психотерапія. На вербальному рівні конфліктолог актуалізує емоційний стан особистості. Усвідомлення своїх деструктивних емоцій і переживань тягне за собою психологічну перебудову, яку особистість самостійно оцінює як конструктивну зміну, що приносить задоволення і вирішення внутрішніх і зовнішніх конфліктів.

У розмовній психотерапії застосовуються такі технології:

- самовираження – акцентування уваги людини на деструктивних думках, діях, переживаннях;
- визнання цінності особистості, готовність до емпатії та співпереживання;
- вербалізація – словесний опис емоційних переживань внутрішніх і зовнішніх конфліктів;
- самоексплорація – рівень включеності в діалог з вираженням невербальної суб'єктивної модальності (погляд, жест, міміка) в процесі взаємодії;
- самоконгруентність – гармонія і співпадіння вербальних аргументацій з невербальними проявами особистості, збіг зовнішніх і внутрішніх переживань, які гармонізують і нейтралізують внутрішні конфлікти особистості.

Існує специфічна і неспецифічна сфери застосування логотерапії. Психотерапія різного роду захворювань – це неспецифічна сфера. Специфічною ж сферою є ноогенні неврози, породжені втратою сенсу життя. У цих випадках використовується методика сократовського діалогу, що дозволяє підштовхнути пацієнта до відкриття ним для себе адекватного сенсу життя.

Засновник нового методу терапії, на основі психоаналізу, Роберто Ассаджіолі вважав, що в процесі психосинтезу потрібно «частини», розрізнені психічні процеси, бажання, прагнення перш за все усвідомити, а потім — об'єднати. Але не просто об'єднати, а об'єднати так, щоб виникла гармонія. Структура особистості, або «карта внутрішнього світу», по Ассаджіолі, складається з:

Нижче несвідоме яке являє собою найбільш примітивну частину нашої особистості. У нього входять: найпростіші форми психічної діяльності, які керуючі життям тіла; основні потяги і примітивні спонукання; численні комплекси, що несуть сильний емоційний заряд; зразки кошмарних сновидінь і фантазій; неконтрольовані парапсихічні процеси.

Середнє несвідоме – (передсвідоме) – область, де перебувають всі психічні навички і стани. Тут відбувається засвоєння отриманого досвіду, зароджуються і дозрівають плоди нашого розуму. Середнє несвідоме і свідомість тісно пов'язані між собою і можуть спонтанно переходити одне в одного.

Вище несвідоме – (супербезсвідоме) – область формування і джерело натхнення, творчості, героїзму, альтруїзму та інших вищих почуттів. Тут же, на думку Ассаджіолі, зароджуються і зосереджуються вищі парапсихічні функції і духовна енергія.

Нижче несвідоме – це початок, підґрунтя, а супербезсвідоме – це резерв розвитку особистості.

Поле свідомості – це безпосередньо усвідомлювана нами частина особистості. Це безперервний потік відчуттів, думок, бажань, доступних нашому спостереженню і аналізу.

Свідоме Я – це центр нашої свідомості, але це не є усвідомлювана нами частина особистості (поле свідомості). Ассаджіолі так підкреслює цю різницю: «існуюча між ними відмінність в якомусь сенсі нагадує відмінність між освітленою зоною екрану і проєктованими на ній зображеннями». Саме цей елемент особистості Ассаджіолі називає *его*.

Вище Я – наша справжня сутність. Свідоме Я змінюється або зникає при порушенні свідомості (кома, непритомність, наркоз, стан гіпнозу і т.д.). Вища Я не змінюється і не зникає. Тому Ассаджіолі називає його істинним Я і вважає, що саме з нього після глибокого сну, непритомності або наркозу Я знову повертається в «поле свідомості», тобто знову починає усвідомлюватися нами [44].

Сам Ассаджіолі писав, що насправді немає двох Я, двох незалежних і відокремлених істот. Є тільки Я, яке проявляється на різних рівнях свідомості і саморозуміння. Наша психіка не ізольована, вона, за образним висловом Ферруччі, плаває в океані, який Карл Юнг назвав колективним несвідомим.

Основними завданнями психосинтезу, за Ассаджіолі, є:

- осягнення свого істинного (Вищого) Я,
- досягнення на підставі цього внутрішньої гармонії,
- налагодження адекватних відносин із зовнішнім світом, в тому числі і з оточуючими людьми.

У психосинтезі застосовують два основні методи: метод розототожнення та роботу з субособистостями.

Обидва методи базуються на психологічному принципі, який Ассаджіолі сформулював таким чином: «над нами панує все те, з чим ми себе ототожнюємо. Ми можемо панувати над тим і контролювати все те, з чим ми себе розототожнили». Розототожнення людини, на відміну від тварини, притаманне самосвідомість. Самосвідомість, в свою чергу, супроводжується процесом ототожнення себе з найбільш актуальними елементами особистості, почуттями, бажаннями. Одні ототожнюють себе переважно зі своїм тілом (спортсмен), інші – з інтелектом (вчений), треті – з почуттями (закоханий юнак) [71].

Г. Салліван – американський психіатр і психотерапевт, один з основоположників неофрейдизму, на відміну від Фрейда і його послідовників вважав, що причини головних психологічних проблем – проблем неврозів і

психічних захворювань криються у міжособистісному спілкуванні, а не в біологічній структурі конкретної особистості. Він не заперечував важливість спадкових і генетичних факторів, але ставив міжособистісне спілкування на перше місце. Суть інтерперсональної психотерапії полягає у визнанні важливості міжособистісної взаємодії як основи формування норми і патології. Згідно Саллівану, людину характеризують дві провідні потреби, одна з яких має біологічну природу (потреба в ніжності, ласці), а друга (потреба в безпеці) пов'язана з міжособистісними відносинами. Психологічний сенс першої потреби – ослаблення сили фізіологічних потреб (голод, спрага, статевий потяг). Цей рівень функціонування притаманний і тваринам. Друга провідна потреба має вже чисто людську природу спрямована на зниження тривоги і невпевненості. Задоволення другої потреби помилковими способами призводить до психічних захворювань, яких, на думку Саллівана, у тварин немає [16].

Висновки до розділу 1

За результатами аналізу наукової літератури можемо зробити висновок, що проблема внутрішньоособистісних конфліктів у психології є однією з фундаментальних. Більшість шкіл і напрямків сучасної психотерапії, засновані на глибінній психології, основою якої виступає психоаналіз Зігмунда Фрейда. Представники ортодоксального і неортодоксального психоаналізу сходяться в розумінні конфлікту як енергетичної основи особистості, складової її мотиваційного ядра. Гуманістична психологія розглядає конфлікт в ширшому контексті взаємодії людини зі світом, розглядаючи його вирішення як необхідний етап в особистісному розвитку. У вітчизняній теорії діяльності внутрішньоособистісний конфлікт інтерпретується за допомогою структурних компонентів діяльності.

Незважаючи на методологічні розбіжності, вітчизняні та зарубіжні концепції об'єднують розуміння внутрішньоособистісного конфлікту як гострого негативного переживання, що викликане боротьбою різних структур внутрішнього світу особистості, відображає суперечливі зв'язки із соціальним середовищем і затримує прийняття рішень.

Розрізняють такі види внутрішньоособистісних конфліктів: мотиваційний, моральний, конфлікт нереалізованого бажання або комплексу неповноцінності, рольовий, адаптаційний, конфлікт неадекватної самооцінки між домаганнями і оцінкою своїх можливостей, конфлікт між завищеною самооцінкою і прагненням реально оцінювати свої можливості, конфлікт між заниженою самооцінкою і усвідомленням об'єктивних досягнень, конфлікт між прагненням підвищити домагання, щоб здобути максимального успіху, і знизити домагання, щоб уникнути невдачі.

Основними методами психотерапії внутрішньоособистісних конфліктів є: особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія за Б. Карвасарським, В. Ташликовим, Г. Ісуріною, що акцентує увагу на необхідності відновлення гармонійного функціонування систем значущих стосунків – із самим собою, з іншими та зі світом в цілому; позитивна психотерапія, метою якої є зміна точки зору пацієнта на свою хворобу і усвідомлення нових можливостей в пошуках резервів у боротьбі з недугою; метод дерефлексії, який полягає в знятті зайвого самоконтролю та «самокопання»; метод парадоксальної інтенції, який застосовується як метод гумористичного перебільшення саме того, чого особистість намагається уникнути; психосинтез, спрямований на досягнення свого істинного Я, досягнення внутрішньої гармонії, налагодження адекватних відносин із зовнішнім світом; інтерперсональна психотерапія, що полягає у визнанні важливості міжособистісної взаємодії як основи формування норми і патології.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ У ДІВЧАТ-СТУДЕНТОК

2.1. Методологічне обґрунтування програми дослідження

Емпіричне дослідження здійснювалось на базі Криворізького державного педагогічного університету. Вибірку склали студентки психолого-педагогічного факультету 1-х та 5-го курсів, віком від 17 до 23 років, а саме груп СП-20 (7 осіб), ПНІ-20 (10 осіб), ПНА-20 (13 осіб), ПП-20 (14 осіб), ПП-м-15 (6 осіб) Загальний обсяг вибірки становить 50 осіб, середній вік респонденток – 18 років. Дослідження проводилось з грудня 2019 по березень 2020 року.

Згідно мети і завдань психологічного дослідження, було проведено емпіричне вивчення внутрішньоособистісних конфліктів сучасних дівчат-студенток. Програма дослідження складалась з трьох етапів:

1. Підготовчий – вивчення фахової літератури з проблеми дослідження, формування батареї діагностичних методик.

2. Діагностичний – проведення діагностичного дослідження студенток за методиками: експрес-діагностика невроза Хека-Хеса; клінічний опитувальник Яхіна-Менделевича; діагностика соціальної фрустрованості Вассермана; тест самореалізації особистості Кудінова.

3. Аналітичний – кількісна та якісна обробка результатів дослідження, психологічна інтерпретація результатів діагностування.

Для визначення внутрішньоособистісних конфліктів сучасних дівчат-студенток нами було сформовано діагностичний комплекс, до якого увійшли такі методики:

Експрес-діагностика неврозу Хека-Хеса. Методика спочатку розроблялася як опитувальник обстеження неврозу, який використовується з метою попередньої долікарської діагностики. При створенні методики автори виходили з того, що скарги хворих неврозами носять специфічний характер і в них, на відміну від хворих з патологією, переважають вказівки на вегетативні розлади і скарги психічного характеру. Сучасний тест може використовуватися в психодіагностиці як первинний інструмент для оцінки основних симптомів неврозу. Методика стандартизована для дорослих осіб (у віці від 16 до 60 років). Опитувальник вкрай простий, складається з 40 тверджень, тривалість обстеження з його допомогою становить 5-10 хв.

Клінічний опитувальник Яхіна-Менделевича застосовується для виявлення та оцінки невротичних станів. В опитувальнику пропонується 68 питань, відповідаючи на які обстежуваний повинен оцінити свій поточний стан за п'ятибальною системою. Виділяють наступні діагностичні шкали: шкала тривоги, шкала невротичної депресії, шкала астенії, шкала істеричного типу реагування, шкала obsесивно-фобічних порушень, шкала вегетативних порушень. [72].

Діагностика соціальної фрустрованості Л. Васермана. Опитувальник являє собою оригінальний дослідницький інструмент, розроблений для оцінки соціального благополуччя, в т.ч. соціальної складової якості життя. Соціальна фрустрованість розглядається як наслідок неможливості реалізації особистістю своїх актуальних соціальних потреб[8].

Тест суджень самореалізації особистості С. Кудінова. Дана методика розроблена С. Кудіновим у рамках полісистемної моделі самореалізації особистості. Самореалізація – це поліфункціональна діяльність, детермінована соціально-психологічними факторами, яка забезпечує втілення актуальних та потенційних можливостей індивіда в різних сферах життєдіяльності в процесі онтогенеза. Самореалізація переживається і регулюється суб'єктом (емоційний та організаційний параметри) та має проміжний та кінцевий результат. Відповідно до даного підходу

самореалізація включає в себе динамічний, емоційний, організаційний, мотиваційний, когнітивний, компетентно-особистісний, установчо-цільовий та рефлексивно-оціночний компоненти.

Дана методика дозволяє діагностувати також різновиди самореалізації особистості: соціальну, професійну та особистісну. В основі методики – 17 шкал: осмисленість цілей-цінностей самореалізації; усвідомлення цілей цінностей (ціннісно-цільовий компонент); енергічність; аенергічність (динамічний компонент); оптимістичність; песимістичність (емоційний компонент); інтернальність; екстернальність (організаційний компонент); соціоцентризм; егоцентризм (мотиваційний компонент); креативність; консервативність (когнітивний компонент); конструктивність; деструктивність (прогностичний компонент); соціальні бар'єри самореалізації; особистісні бар'єри самореалізації (компетентно-особистісний компонент); додаткова шкала (щирість) [24].

2.2. Кількісний та якісний аналіз результатів дослідження

У ході проведення індивідуальної діагностичної роботи зі студентками за методикою експрес-діагностика неврозу Хека-Хеса були отримані «сирі» результати, які представлені в Додатку А.

Аналізуючи дані отримані при обробці та інтерпретації методики було отримано такі відсоткові співвідношення вираженості невротичного стану в дівчат-студенток, які представлені в таблиці 2.1.

Результати обробки методики «Експрес-діагностика неврозу Хака-Хеса»

Рівень прояву невротичного стану (в балах)	Відсоткове співвідношення %
Низький рівень (від 0 до 23)	72%
Високий рівень (від 24 і вище)	28%

На основі оброблених даних за методикою Хака та Хеса ми можемо зробити наступні висновки:

У 72% респондентів ми можемо констатувати низький рівень вираженості невротичного конфлікту, а це свідчить про емоційну стійкість, позитивний фон переживань (спокій, оптимізм), про ініціативність, відчуття власної гідності, незалежності, соціальної сміливості, легкості в спілкуванні;

28% досліджуваних мають високий рівень вираженості неврозу, що може вказувати на емоційну збудливість, в результаті якої з'являються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, дратівливість, розгубленість), на безініціативність, яка впливає на формування переживань, пов'язаних з незадоволеністю бажань, труднощі в спілкуванні, соціальну боязкість і залежність. Враховуючи специфіку теми нашого дослідження саме ця група студенток увійде до терапевтичної групи.

Особливу увагу ми сконцентрували на респондентках з високим рівнем розвитку неврозу і, проаналізувавши результати діагностики, за клінічним опитувальником для виявлення та оцінки невротичних станів Яхіна-Менделевича, визначили, що вони мають спільні риси, а саме:

- виражену тривожність (характеризується зниженням порога збудження відносно стимулів, що викликають тривогу, є ознаки неспокою, невпевненості при спілкуванні, нетерплячості, непосидючості, нерішучості);

- виражену невротичну депресія (характеризується симптомами зниженого настрою, що не досягає ступеня туги; почуттям безрадісності, але без екстраполяції цього відчуття на майбутнє, ослаблення тону і енергії, обмеження контактів з оточуючими і зниженням інтересів);
- виражену астенію (психічна і фізична гіперестезія, тобто підвищена чутливість, хворобливо підвищена збудливість почуттів, швидка стомлюваність, зниження працездатності, дратівливість, запальність, емоційна лабільність, порушення уваги);
- виражений конверсійний розлад (істеричний тип реагування, основні тенденції якого – вимога визнання, підвищена чутливість і вразливість, образливість, а також прояв істеричного регування у вигляді порушення серцевої діяльності, дихання, шлунково-кишкового тракту, тіки і рухові порушення);
- виражені obsesивно-фобічний розлад (нав'язливість) – характеризується наявністю нав'язливих спогадів, сумнівів, страхів, невпевненістю у своїх вчинках і рішеннях;
- виражені вегетивні порушення (характеризуються нестійкістю судинного тону, зниженням апетиту, порушенням серцево-судинної діяльності, шлунково-кишковими розладами, порушенням терморегуляції, порушенням сну, головними болями).

Апробуючи результати за методикою визначення соціальної фрустрованості Л. Васермана, «сирі дані» якої зазначені в додатку Б, ми прийшли до висновку, що у осіб із високим рівнем невротизації переважає знижений рівень соціальної фрустрованості. Соціальна фрустрованість може формуватись ще з дитинства за рахунок неблагополучного мікросоціального оточення (батьки, родина, близькі) та емоційно-психологічних факторів, які впливають на формування системи відносин дитини. За рахунок неправильно сформованої системи ціннісно-сислової сфери у особистості формуються неадекватні, неправильні форми поведінки, сприйняття світу та способи

реагування, що в подальшому негативно впливають на цілісність особистості, її адаптивність, заважають подальшому особистісному розвитку.

Таким чином, можемо зробити висновок, що соціально-психологічні фактори можуть бути джерелом розвитку невротичних реакцій, порушень системи взаємовідносин, а також бути джерелом виникнення проблем у сфері міжособистісної взаємодії.

Щоб визначити рівень взаємозв'язку між вираженістю неврозу та соціальної фрустрованості нами було проведено кореляційний аналіз за лінійним критерієм Пірсона (r -критерій). Ми встановили, що рівень впливу соціальної фрустрованості на формування невротичного стану – помірний та становить – 0,57. Тож, чим більше особистість невдоволена своїм соціальним становищем, соціальним статусом, коли є певний дисонанс між тим що особистість хоче, і тим, що від неї очікує суспільство виникає критична ситуація, що може перерости в невротичний стан.

Також нами було обрано декілька шкал з методики *Тест суджень самореалізації особистості С. Кудінова*, а саме: соціоцентрична мотивація самореалізації та егоцентрична мотивація самореалізації (компетентно-особистісний компонент). На нашу думку, саме ці шкали допоможуть визначити від чого залежить мотивація особистості з вираженим рівнем невротизації: від соціальної думки, соціального одобрення отриманого результату чи все таки внутрішні прагнення є рушійною силою до успіху та саморозвитку.

Провівши також кореляційний зв'язок між рівнем вираженості невротизму та виділеними шкалами ми отримали наступні результати представлені в таблиці 2.2:

**Результати кореляційного аналізу невротизацією та різними
видами мотивації самореалізації**

Критерій кореляції	Коефіцієнт кореляції	Рівень вираженості зв'язку
Невроз і соціоцентрична мотивація самореалізації	0,61	Значний рівень
Невроз і егоцентрична мотивація самореалізації	0,44	Помірний рівень

Враховуючи вище зазначені дані ми можемо зробити висновок, що для осіб з вираженим рівнем невротизму притаманна все таки соціально схвальна думка про їх успіхи та намагання, це надихає таких особистостей до досягнення високих результатів, якщо ж соціум та найблище оточення пригнічує мотиваційні пориви особистості до самоствердження, негативно відгукується про будь-які прагнення, то вона може закритись в собі, що може призвести до розвитку вегетативних розладів, зниження мотивації, реструктуризації ціннісно-сислової сфери. Отримані дані підтверджують нашу теорію про те, що невротизм пов'язаний із соціальною фрустрованістю.

Також особи із вираженим високим рівнем невротизму менше приділяють уваги самомотивації у досягненні успіху. Їм важливіше те, що вони отримають ззовні, а не зважають на «внутрішню насолоду» від отриманого результату та процесу досягнення результату.

К. Обуховська-Славська стверджує, що самореалізація можлива лише коли процес пізнання людиною своїх здібностей уже завершився, повністю сформований образ Я. При цьому в особистості виникає потреба вибудувати зовнішню взаємодію з навколишнім світом, яка і є самореалізацією. Якщо ж ця умова не дотримується, то виникає процес самовираження, який є стадією виключно чогось показного, «вираження» самого себе, але по суті демонструвати ще нічого, воно не сформовано. Таке самовираження у дорослої людини є проявом «дорослого інфантилізму».

К. Роджерс і А. Маслоу вважають, що потенційно прагнення до самореалізації є у кожної особистості, але воно проявляється лише за певних соціальних умов. Такі «правильні» умови можуть виникнути стихійно або формуватись в процесі психотерапії.

Індивід не може реалізувати себе, якщо не буде сформований як особистість, будуть заважати не пропрацьовані «бар'єри», такі як: комплекси, тривожність, психологічні травми, що є передвісниками невротичного розладу. Особливо якщо, за пірамідою потреб Маслоу, в особистості пріоритетними будуть задоволення більш низького рівня потреб. Як саме це буде проявлятися, К. Хорні влучно виділяє потреби в безпеці й називає 3 основні принципи пошуку безпеки: рух до чого-небудь, проявляється в пошуку любові; рух проти, що проявляється в аргесії; рух від, що проявляється в установці на втечу або замкненість у собі. Якщо в особистості не задоволена потреба в безпеці, вона не зможе реалізувати себе, свій внутрішній потенціал, а сконцентрується на пошуку компенсацій у безпеці.

Для того, щоб відбувався процес самореалізації, необхідно розуміти який внутрішній потенціал особистість реалізує, потрібно не захищатись «бар'єрами» у вигляді комплексів, тривоги і т.д., інакше це вже буде самоствердження, а не самореалізація. Комплекси гальмують індивіальний процес, вводячи особистість в емоційний «глухий кут». Вони можуть блокують всі процес, іноді можуть призвести до дезінтеграції, застою. Розуміння своїх потреб необхідне для того, щоб подолати ті бар'єри у вигляді комплексів, придушення своїх інстинктів. Виникнення ж комплексів у першу чергу залежить від соціального оточення, від методів виховання, стилю життя батьків.

К. Юнг говорив, що немає людини, яка була б сама по собі, як окремий острів, кожна – це частина континента, тож гармонія відношення людини зі зовнішнім світом залежить перш за все від її внутрішнього Я.

Висновки до розділу 2

У результаті проведеного психодіагностичного дослідження особливостей внутрішньоособистісних конфліктів у дівчат-студенток були отриманні результати, які дозволили сформулювати наступні висновки.

Більшості респонденток (72%) притаманий низький рівень вираженості невротичного конфлікту, це свідчить про емоційну стійкість, позитивний фон переживань (спокій, оптимізм), ініціативність, відчуття власної гідності, незалежності, соціальної сміливості, легкості в спілкуванні.

Іншій частині (28% опитаних) — високий рівень вираженості неврозу, що може вказувати на емоційну збудливість, в результаті якої з'являються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, дратівливість, розгубленість), безініціативність, що впливає на формування переживань, пов'язаних з незадоволеністю бажань, труднощі в спілкуванні, соціальну боязкість і залежність. Саме ці студентки увійшли до складу корекційно-терапевтичної групи.

Також було виявлено, що у досліджуваних із високим рівнем невротизації переважає підвищений рівень соціальної фрустрованості, що характеризується неправильно сформованою системою ціннісно-сміслової сфери, неадекватністю форм поведінки, сприйняттям світу та способів реагування, що в подальшому негативно впливають на цілісність особистості, її адаптивність, заважають подальшому особистісному розвитку.

Встановлений статистично значущий зв'язок, між наступними шкалами застосованих у нашому дослідженні методик, який вказує на взаємозалежність зазначених чинників:

- 1) між рівень впливу соціальної фрустрованості та формуванням невротичного стану;

2) між неврозом та соціоцентричною мотивацією самореалізації та егоцентричною мотивацією самореалізації (компетентно-особистісний компонент).

Дані зв'язки вказують на те, що соціально-психологічні фактори можуть бути джерелом розвитку невротичних реакцій, порушень системи взаємовідносин, а також бути джерелом виникнення проблем у сфері міжособистісної взаємодії. Також, чим більше особистість невдоволена своїм соціальним становищем, соціальним статусом, коли є певний дисонанс між тим що особистість хоче, і тим, що від неї очікує суспільство, то виникає критична ситуація, що може перерости в невроз.

Тому, щоб запобігти ускладненню наявної ситуації, виникненню більш серйозних внутрішньоособистісних конфліктів, ми розробили корекційно-терапевтичну програму зі зниження рівня невротизації у дівчат-студенток, на основі особистісно-орієнтованої психотерапії, що детально представлена у наступному розділі.

РОЗДІЛ 3

КОРЕКЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ (РЕКОНСТРУКТИВНОЇ) ПСИХОТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ДІВЧАТАМИ СТУДЕНТСЬКОГО ВІКУ

3.1. Особливості застосування особистісно-орієнтованої психотерапії Б. Карвасарського, В. Ташликова, Г. Ісуріної у роботі з дівчатами- студентками

Психотерапевтичний напрямок, що представляє собою подальший розвиток вчення В. Мясищева про неврози і їх психотерапію. За основними своїми теоретичними положеннями ООРПТ може бути віднесена до психодинамічного напрямку в психотерапії. Розроблялась у відділенні неврозів і психотерапії психоневрологічного інституту ім. В. Бехтерева. Становлення ООРПТ як самостійного напрямку в психотерапії може бути віднесено до початку 1970-х рр. і включає в себе:

1) концепцію особистості як систему відносин індивіда з навколишнім середовищем;

2) біопсихосоціальну концепцію невротичних розладів, в рамках якої невроз розуміється перш за все як психогенне захворювання, обумовлене порушенням значущих для особистості відносин;

3) систему особистісно-орієнтованої індивідуальної та групової психотерапії, основною метою якої є досягнення позитивних особистісних змін (корекція порушеної системи відносин, неадекватних когнітивних, емоційних і поведінкових стереотипів), що веде як до поліпшення суб'єктивного самопочуття пацієнта і усунення симптоматики, так і до відновлення повноцінного функціонування особистості. Концепція ООРПТ

містить уявлення про її цілі і завдання, механізми лікувальної дії, специфіку і етапи психотерапевтичного процесу, особливості взаємодії пацієнта, психотерапевта і групи, методичні підходи і технічні прийоми та ін.[38].

Спочатку цілі і завдання формулювалися наступним чином:

- 1) глибоке і всебічне вивчення особистості хворого; специфіки формування, структури та функціонування його системи відносин, особливостей його емоційного реагування, мотивації, потреб;
- 2) виявлення і вивчення етиопатогенетических механізмів, що сприяють виникненню і збереженню невротичного стану і симптоматики;
- 3) досягнення у хворого усвідомлення і розуміння причинно-наслідкових зв'язків між особливостями його системи відносин і його захворюванням;
- 4) зміна і корекція порушеної системи відносин хворого неврозом;
- 5) при необхідності допомога хворому в розумному вирішенні його психотравмуючої ситуації, зміні його об'єктивного положення і ставлення до нього оточуючих.

Подальший розвиток особистісно орієнтованої (реконструктивної) психотерапії, яке багато в чому пов'язано з широким використанням групової психотерапії, дозволило на основі аналізу досвіду практичної роботи і наукових досліджень в даній області більш чітко і конкретно сформулювати основні теоретичні положення цієї психотерапевтичної системи в цілому стосовно і до індивідуальної, і до групової її форм, і перш за все її цілі і завдання, а також уявлення про механізми лікувальної дії.

Сформульовані спочатку завдання даної терапії засновані на положеннях, розроблених В. Мясіщевим, відображають поетапний характер психотерапевтичного процесу — від вивчення особистості пацієнта і пацієнтом, через усвідомлення, до корекції порушених відносин особистості та фокусують психотерапевтичний процес переважно на когнітивних аспектах. Однак ООРПТ не просто включає в якості своїх завдань три площини змін (когнітивну, емоційну і поведінкову) — сам процес

психотерапії заснований на збалансованому використанні когнітивних, емоційних і поведінкових механізмів [19].

Цілі і завдання будь-якого психотерапевтичного напрямку, орієнтованого на особистісні зміни, впливають з уявлень про специфіку особистісних порушень, що в свою чергу визначається особистісною концепцією. Саме тому в рамках конкретного напрямку цілі і завдання психотерапії формуються в загальному вигляді як для індивідуальної, так і для групової психотерапії, але вирішуються за допомогою різних засобів.

Особистісно орієнтованої (реконструктивної) психотерапія Бориса Карвасарського, Віктора Ташликова, Галини Ісуріної, враховуючи три площини очікуваних змін, завдання особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії можуть бути сформульовані наступним чином [21].

1. Пізнавальна сфера (когнітивний аспект, інтелектуальне усвідомлення). Процес психотерапії повинен допомогти пацієнтові усвідомити:

- зв'язок між психогенними факторами і виникненням, розвитком і збереженням невротичних розладів;
- які ситуації викликають напругу, тривогу, страх та інші негативні емоції, що провокують появу, фіксацію і посилення симптоматики;
- зв'язок між негативними емоціями і появою, фіксацією і посиленням симптоматики;
- особливості своєї поведінки та емоційного реагування;
- як сприймається його поведінка іншими, як оцінюють оточуючі ті чи інші особливості поведінки та емоційного реагування і як реагують на них, які наслідки ця поведінка має;
- існуюча неузгодженість між власним образом Я і сприйняттям іншими;
- власні мотиви, потреби, прагнення, установки, особливості поведінки та емоційного реагування, а також ступінь їх адекватності, реалістичності і конструктивності;

- характерні захисні механізми;
- внутрішні психологічні проблеми і конфлікти;
- більш глибокі причини переживань, способів поведінки та емоційного реагування починаючи з дитинства, а також умови і особливості формування своєї системи відносин;
- власну роль, міру своєї участі у виникненні, розвитку і збереженні конфліктних і психотравмуючих ситуацій, а також того, яким чином можна було б уникнути їх у майбутньому.

В цілому завдання інтелектуального усвідомлення в рамках особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії зводяться до трьох наступних аспектів: усвідомлення зв'язків ситуація—особистість—хвороба; усвідомлення інтерперсонального плану власної особистості; усвідомлення генетичного (історичного) плану.

Подібні завдання або стадії усвідомлення виділяються і в рамках інших психотерапевтичних концепцій (перш за все психодинамічних). При цьому підкреслюється, що перша стадія усвідомлення, яка умовно позначається як ситуація – особистість – хвороба, не має визначального значення для власне психотерапевтичної ефективності. Вона швидше створює стійку мотивацію для активної та усвідомленої участі пацієнта в психотерапевтичному процесі.

2. Емоційна сфера. Процес психотерапії повинен допомогти пацієнту:

- отримувати емоційну підтримку з боку психотерапевта або групи, пережити позитивні емоції, пов'язані з прийняттям, підтримкою і взаємодопомогою;
- пережити в рамках психотерапевтичного процесу ті почуття, які він часто відчуває в реальному житті, відтворити ті емоційні ситуації, які були у нього в реальному житті і з якими він не міг впоратися;
- пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій;
- навчитися щирості в почуттях до себе та інших людей;
- стати більш вільним у вираженні власних позитивних і негативних емоцій;

- навчитися більш точно вербалізувати і розуміти власні почуття;
- розкрити свої проблеми з супутніми їм переживаннями (найчастіше раніше прихованими від самого себе або спотвореними);
- модифікувати спосіб переживань, емоційного реагування, сприйняття себе самого і своїх відносин з іншими;
- провести емоційну корекцію своїх відносин.

В цілому завдання особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії в емоційній сфері охоплюють чотири основні аспекти: точне розпізнавання і вербалізацію власних емоцій, а також їх прийняття; переживання заново і усвідомлення минулого емоційного досвіду; безпосереднє переживання і усвідомлення досвіду психотерапевтичного процесу і свого власного; формування більш емоційно сприятливого ставлення до себе.

3. Поведінкова сфера. Процес психотерапії повинен допомогти пацієнту:

- побачити власні неадекватні поведінкові стереотипи;
- набути навичок більш щирого, глибокого і вільного спілкування;
- подолати неадекватні форми поведінки, що проявляються в процесі психотерапії, в тому числі пов'язані з униканням суб'єктивно складних ситуацій;
- розвинути форми поведінки, пов'язані зі співпрацею, відповідальністю і самостійністю;
- закріпити нові форми поведінки, зокрема ті, які сприятимуть адекватній адаптації та функціонуванню в реальному житті;
- виробити і закріпити адекватні форми поведінки і реагування на основі досягнень в пізнавальній та емоційній сферах.

У найзагальнішому вигляді спрямованість особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії стосовно поведінкової сфері може бути сформульована як формування ефективної саморегуляції на основі адекватного, точного саморозуміння і більш емоційно сприятливого ставлення до себе.

Таким чином, завдання особистісно-орієнтованої психотерапії фокусуються на трьох складових самосвідомості: саморозуміння, ставлення до себе і саморегуляції, а загальна мета може бути визначена як формування адекватної самосвідомості та розширення її сфери [22].

В якості основних механізмів лікувальної дії особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії можуть розглядатися: коригуючий емоційний досвід, конфронтація і навчіння.

Конфронтація є провідним механізмом лікувальної дії психотерапії, орієнтованої на особистісні зміни. Конфронтація розуміється як зіткнення пацієнта з самим собою, зі своїми проблемами, конфліктами, відносинами і установками, з характерними емоційними і поведінковими стереотипами, здійснюється в основному за рахунок зворотного зв'язку між учасниками психотерапевтичного процесу. В ході індивідуальної психотерапії «інструментом» зворотного зв'язку виступає психотерапевт, який не стільки привносить в неї зміст, скільки відображає різні аспекти психологічної реальності пацієнта, концентруючи увагу на складнощах і протиріччях. Зворотній зв'язок в груповій психотерапії є більш багатоплановий, так як здійснюється між кожним з членів групи і групою як цілим.

Кожен учасник за рахунок зворотного зв'язку отримує різноманітну інформацію про себе: як він сприймається іншими, які емоційні реакції викликає його поведінку в оточуючих, наскільки адекватне його розуміння різних міжособистісних ситуацій, які цілі і мотиви його поведінки, наскільки його актуальна поведінка сприяє або перешкоджає досягненню цих цілей і наскільки вони реалістичні, які емоційні і поведінкові стереотипи для нього характерні, який зв'язок між його минулим досвідом і актуальною поведінкою бачать інші та інше. Зворотній зв'язок дає учаснику групи можливість осмислити і оцінити значення власного «Я» в типових для нього міжособистісних ситуаціях і, співвідносячи минуле і сьогодення, зрозуміти власні проблеми і особливості своїх відносин. Пацієнт бачить себе як би в різних дзеркалах, якими є учасники психотерапевтичної групи.

Конфронтація пацієнта з відбитим образом «Я», багато в чому не узгоджується з існуючим уявленням про себе, сприяє усвідомленню нових аспектів власної особистості та інтеграції отриманої інформації, що призводить до розширення образу «Я» і його більшої адекватності. Однак матеріал усвідомлення, хоча і відноситься перш за все до особистості пацієнта, включає і інші аспекти, пов'язані з більш адекватним розумінням інших людей, особливостей їх переживань і поведінки, а також певних загальних аспектів функціонування людської психіки, взаємин і взаємозв'язку психічних і соматичних процесів, міжособистісної взаємодії, іншими словами, всього того, що можна позначити як розвиток психологічної культури в широкому сенсі.

Очевидно, що групова психотерапія створює більш сприятливі умови для такого усвідомлення, оскільки являє собою реальну емоційну взаємодію, в якій у всій повноті розкриваються психологічні особливості кожного учасника групи, і яка надає більш широкі можливості для зіставлення власних відносин, установок і позицій з відносинами, установками і позиціями інших людей. Таке зіставлення сприяє не тільки більш глибокому розумінню самого себе, а й підвищенню чутливості до інших, прийняття і поваги, цінності і значущості інших людей, незважаючи на існуючі особистісні відмінності, а це в свою чергу веде до поліпшення міжособистісної взаємодії, знижує напругу і зменшує складності у взаєминах.

Коригуючий емоційний досвід (або коригуюче емоційне переживання) включає: переживання і аналіз свого емоційного досвіду (минулого, в тому числі відноситься й до батьківської сім'ї, і актуального, пов'язаного власне з процесом психотерапії) і емоційну підтримку. Емоційна підтримка означає для пацієнта прийняття його психотерапевтом (або групою), визнання його людської цінності і значущості, унікальності його внутрішнього світу, готовність розуміти його, виходячи з його відносин, установок і цінностей.

Конструктивна переробка змісту зворотного зв'язку, становлення адекватного саморозуміння передбачає прийняття пацієнтом нової

інформації про себе, яка часто не узгоджується з власними уявленнями. Низька самооцінка, емоційно несприятливе ставлення до себе перешкоджають сприйняттю пацієнтом нової інформації, загострюючи дію захисних механізмів; більш позитивна самооцінка, навпаки, знижує рівень психологічної загрози, зменшує опір, робить пацієнта більш відкритим для нової інформації і нового досвіду. Це означає, що самооцінка і ставлення до себе відіграють надзвичайно важливу роль у становленні адекватного саморозуміння і можуть як сприяти, так і перешкоджати цьому процесу.

Емоційна підтримка надає стабілізуючий позитивний вплив на самооцінку, підвищує ступінь самоповаги і виробляє коригуючий емоційний вплив на такий найважливіший елемент системи відносин, яким є ставлення до себе, що практично завжди неадекватне в структурі відносин невротичної особистості. Зміна ставлення до себе відбувається, з одного боку, під впливом нового знання про себе, а з іншого – у зв'язку зі зміною емоційного компонента, яке і забезпечується в основному за рахунок емоційної підтримки. Прийняття пацієнта психотерапевтом (або групою) сприяє розвитку співпраці, полегшує засвоєння пацієнтом психотерапевтичних норм, підвищує його активність і відповідальність в психотерапевтичному процесі, створює умови для саморозкриття.

Аналогом прийняття в індивідуальній психотерапії є групова згуртованість в груповому психотерапевтичному процесі, яка забезпечує ще більш високий і багатоплановий рівень емоційної підтримки. Коригуюче емоційне переживання пов'язане також з переживанням пацієнтом свого минулого і поточного (актуального) досвіду. Виникнення в ході психотерапії різних емоційних ситуацій, з якими пацієнт не міг впоратися в реальному житті, дозволяє в особливих психотерапевтичних умовах виокремити ці переживання, проаналізувати їх, пережити заново, переосмислити і виробити більш адекватні форми емоційного реагування. Ще один аспект коригуючого емоційного переживання пов'язаний з проєкцією емоційного досвіду, отриманого в батьківській родині, на психотерапевтичну ситуацію. Аналіз

цих переживань на основі емоційної взаємодії в психотерапевтичній ситуації дозволяє пацієнту в значній мірі переробити емоційні проблеми, що йдуть корінням в батьківську сім'ю [26].

Научіння у рамках ООРПТ здійснюється як прямо, так і побічно. Групова психотерапія більш сприяє реалізації поведінкових механізмів в порівнянні з індивідуальною. Група виступає як модель реальної поведінки пацієнта, в якій він проявляє типові для нього поведінкові стереотипи, і створює умови для дослідження пацієнтом власної міжособистісної взаємодії, виявляючи в ній конструктивні і неконструктивні елементи, що приносять задоволення або викликають негативні переживання, і для вироблення навичок повноцінного спілкування. Все це створює сприятливі передумови для генералізації досягнутих поведінкових змін і на інші ситуації, в реальному житті.

В системі ООРПТ індивідуальна і групова її форми вирішують загальні психотерапевтичні завдання (розкриття і переробку внутрішнього психологічного конфлікту і корекцію порушених відносин особистості, що зумовили виникнення і суб'єктивну нерозв'язність конфлікту, а також фіксують його), використовуючи свою специфіку. При цьому індивідуальна психотерапія більшою мірою орієнтована на історичний (генетичний) план особистості пацієнта, але враховує і реальну ситуацію взаємодії, а групова – на міжособистісні аспекти, але звертається і до історичного плану особистості пацієнта.

Умовно можна виділити певну послідовність в поведінці лікаря в процесі індивідуальної терапії. При першій зустрічі з пацієнтом він мінімально активний, недирективний, сприяє щирому розкриттю емоційних переживань пацієнта, створення довірчого контакту. Потім, збільшуючи свою активність, приступає до з'ясування «внутрішньої картини хвороби», до вербалізації пацієнтом його уявлень про хворобу, очікувань від лікування і перспектив одужання. Проводячи корекцію концепції хвороби у пацієнта, лікар обговорює з ним дані обстежень, допомагає зрозуміти, що причини

неврозу криються не в органічних змінах, і вловити зв'язок емоційних факторів з симптоматикою. У цей період психотерапевт надає хворому відповідну інформацію і виступає переважно в ролі експерта. Після з'ясування пацієнтом зв'язку між симптоматикою і провокуючими патогенними ситуаціями зміст бесід істотно змінюється. Їх предметом стають вже не симптоми, а психологічні проблеми, переживання і відносини хворого. Поступово в процесі обговорення і переробки цього матеріалу в свідомості пацієнта вибудовується певна схема з різних ланок нової концепції хвороби (емоційні фактори або патогенні ситуації – особистісні позиції або відносини – потреби або мотиви – невротичний конфлікт – симптоматика). Взаємини з хворим поглиблюються, психотерапевт стає помічником в інтенсивній роботі пацієнта над його внутрішнім світом. На заключному етапі психотерапевт знову збільшує свою активність і навіть директивність у випробуванні і закріпленні пацієнтом нових способів сприйняття, емоційного реагування і поведінки.

В умовах ООРПТ психотерапевт намагається розширити у хворого область усвідомлюваного, щоб допомогти йому усвідомити причинно-наслідкові зв'язки, що породили невроз, вербалізувати переживання і уточнити ті співвідношення, які сам пацієнт раніше не з'єднував у своїй свідомості. Важливо «наштотхнути» хворого на зв'язування ланки між різними аспектами його поведінки і емоційними особливостями, що розкривають вразливі точки його особистості. Корисним в цьому процесі є привернення уваги хворого до можливих аналогій його емоційних відносин з психотерапевтом і зі значущими в його житті особами.

На відміну від психоаналізу, при особистісно-орієнтованій (реконструктивній) терапії мова йде про розширення сфери усвідомлюваного не на основі прямого аналізу несвідомого і його антагоністичної взаємодії зі свідомістю, а за допомогою пошуку зв'язків між роз'єднаними в свідомості хворого уявленнями, точної вербалізації неясних переживань і понять. Окрім того, в психоаналізі сенс нового знання, розуміння за допомогою

інтерпретацій певною мірою «нав'язується» пацієнту психоаналітиком, який виходить з досить обмеженого набору жорстких схем, прямо або побічно пов'язаних з сексуальністю людини протягом усього її життя, особливо в ранньому віці. При ООРПТ пацієнт у співпраці з психотерапевтом реконструює самосвідомість, залишаючись у світі реальних подій і понять.

Групова особистісно-орієнтована (реконструктивна) терапія при неврозах не змінює сутності самосвідомості. Так само як і в індивідуальній психотерапії, основним завданням її є корекція порушеної системи відносин хворого неврозом і неадекватних емоційних і поведінкових стереотипів; усвідомлення, засноване на конфронтації пацієнта з власним «Я», також розглядається в якості провідного механізму лікувальної дії. Однак групова психотерапія дозволяє не тільки створити більш сприятливі умови для усвідомлення, надаючи пацієнтові багатоплановий зворотний зв'язок, а й активніше використовувати в процесі психотерапії емоційні та поведінкові механізми лікувальної дії, підвищуючи тим самим її ефективність.

У контексті теоретичних уявлень ООРПТ. у груповій її формі в якості методичних прийомів використовуються: групова дискусія, психодрама, психогімнастика, психопантоміма, проективний малюнок, музикотерапія та ін. [6].

3.2. Психокорекційна програма зі зниження рівня невротизації у дівчат- студенток (на основі ООРПТ)

Розроблена нами психокорекційна програма була спрямована на розвиток позитивного самоствалення, ефективного та конструктивного спілкування, адаптивних стратегій поведінки, а також адекватної побудови життєвої перспективи. Варіативна програма, побудована на основі розвитку рефлексії, робить акценти на підвищенні психологічної культури

особистості, яка є результатом внутрішньої роботи з гармонізації власних життєвих інтересів і потреб з інтересами оточуючих людей. Завдяки цьому особистість набуває вмінь та навичок, що дозволяють адекватно переживати невротичний стан і самотійно справлятися з ним [5].

Тривалість програми становить 10-14 зустрічей. У програмі було виділено три блоки, кожен з яких більшою мірою спрямований на роботу з окремими вищевказаними характеристиками психологічного здоров'я на основі експрес-діагностики невроту Хека-Хеса та діагностика соціальної фрустрованості Л. Васермана.

Всі безпосередні внутрішні зміни в процесі роботи були пов'язані з можливістю отримання зворотного зв'язку. У розробленій програмі застосовуються методи А. Бека (техніка градуйованих завдань, Когнітивна репетиція, щоденник думок) і Дж. Янга (емпірична перевірка («експерименти», самовираження, цілеспрямоване повторення, переоцінка цінностей, карта дружби).

У програмі було виділено три блоки.

1. Блок «самопізнання» (2-3 зустрічі).

Мета – допомогти усвідомити дівчатам вплив їхніх думок на емоції, поведінку і навчити виявляти негативні думки, спостерігати за ними, усвідомлювати неефективні схеми поведінки.

Блок «самопізнання» спрямований на розвиток когнітивного компонента психологічної культури особистості. На даному етапі розширюється кругозір, ерудиція з приводу різноманітних явищ психіки, які характеризують як самого клієнта, так і оточуючих його людей. На низькому рівні самопізнання характеристиками служать відсутність мотивації до самопізнання і відсутність когнітивних умінь як підстав для орієнтації у внутрішньоособистісному просторі. Результатом цього є невміння встановлювати ієрархію значень і смислів, а також недостатній рівень сили волі, відчуття безпорадності перед майбутнім. Дезорганізація гносеологічної активності у внутрішньоособистісному просторі може проявлятися у вигляді

декількох типових проблем. Їх психологічний зміст носить характер роздвоєності, дихотомії, і є, з одного боку, відсутністю бажання розуміти те, що відбувається з самим собою, проявом стереотипності мислення, а з іншого – постійною стурбованістю тим, що відбувається з ним, яка поєднується з підвищеною тривожністю і недовірою в сприйнятті себе навколишніми. Самопізнання є умовою набуття психічного і психологічного здоров'я особистості.

Методи і техніки: інтерв'ю, бесіда, тестування, карта дружби, записування думок, щоденник думок і т. д.

2. Блок «самооцінка і самовідношення» (2-3 зустрічі).

Мета – виявити негативні думки, аргументувати, підтверджувати або спростовувати їх («за» і «проти»), що впливають на самооцінку і самовідношення дівчини, а також замінити помилкові когніції на більш раціональні думки, сприяти зміні самовідношення і самооцінки.

Даний блок передбачає роботу з компетентнісним компонентом психологічної культури. Відповідно до отриманих знань про себе вибудовується адекватна Я-концепція; фахівець сприяє виявленню прихованих знань, умінь і здібностей та ефективному їх застосуванню для вирішення завдань, що стоять перед особистістю.

Методи і техніки: техніка градуїованих завдань, когнітивна репетиція, рольові ігри, щоденник думок (продовження) і т. д.

3. Блок «саморозвиток» (3-4 зустрічі).

Мета – виявити і змінити дезадаптивні переконання і стратегії поведінки дівчат, що призводять до виникнення когнітивних помилок, а також визначити можливості самозмін.

Даний блок є найглибшим і тривалим, зачіпає компетентнісний, ціннісно-смісловий, рефлексивно-оціночний і творчий компоненти психологічної культури.

Динаміка компонентів відбувається за рахунок вибудовування в ході роботи системи особистісно значущих і особистісно цінних прагнень, ідеалів,

переконань, позицій, за допомогою яких дівчина здатна протистояти руйнівним і негативним впливам. На цьому етапі роботи можливо усвідомити внутрішні зміни, які вже відбулися, починати відчувати себе суб'єктом діяльності і відносин. Це сприяє становленню і розвитку рефлексивного компонента психологічної культури.

Методи і техніки: щоденник думок (ведеться протягом всієї психокорекції); віддалення, емпірична перевірка, самовираження, цілеспрямоване повторення, переоцінка цінностей і т. д.

1. Блок «Самопізнання».

Основними техніками, як були використані в даному блоці, є: інтерв'ю, бесіда, тестування, карта дружби, записування думок, щоденник думок.

Цілі інтерв'ю:

- а) допомогти клієнту розслабитися і залучити його в довірчі відносини;
- б) отримати інформацію про негативні очікування клієнта;
- в) показати клієнту, яким чином його власні думки впливають на його емоції;
- г) допомогти клієнту в отриманні стимулу для корекції своїх когнітивних спотворень, за допомогою усвідомлення ним можливості швидкого ослаблення неприємних почуттів і переживань.

Разом з тим інтерв'ю забезпечує необхідною інформацією про минуле і теперішнє життя клієнта, його психологічних конфліктах, про ставлення до психотерапії, воно також дозволяє клієнту поглянути на свої проблеми більш об'єктивно. Для отримання якомога більшої кількості інформації про клієнта ще до проведення першого інтерв'ю, ми використовуємо тест, який спрямований на визначення рівня невротизації у дівчат від сімнадцяти до двадцяти трьох років.

Перед початком роботи було роз'яснено клієнтам загальний план психокорекційної програми. Для пояснення мети роботи було надано наступну інструкцію: «На наших найперших зустрічах ми з вами спробуємо визначити ті труднощі і проблеми, які викликають у вас занепокоєння. Далі

випробуємо деякі методи боротьби з ними, які повинні принести вам полегшення. Нам необхідно буде з'ясувати вашу реакцію на певні ситуації, а також те, як ці реакції впливають на ваше самопочуття. Після всебічного аналізу ваших реакцій, ми будемо точно знати, яким чином можна вам допомогти».

Наступний крок – *карта дружби*, яка є корисною формою для отримання інформації. Вона включає наступні пункти: оцінка частоти контактів, оцінка відкритості контактів, оцінка фізичної близькості, дата початку відносин, дата ослаблення відносин і причина розриву відносин.

Ми попросили клієнтів перерахувати імена всіх друзів і близьких членів сім'ї в період останніх двох років. Потім оцінили кожного зазначеного друга за допомогою 10-бальної шкали по частоті контактів, відкритості, взаємної турботи і фізичної близькості. Отже, за допомогою шкали частоти вимірюється та кількість часу, яку клієнт і його друг проводять разом в звичайний місяць в пік їх відносини. Один бал (1) буде вказувати на те, що щомісяця вони проводять разом один вечір, тоді як 10 балів (10) означатимуть, що вони разом живуть і разом проводять майже всі вечори.

Параметр відкритості показує, в якій мірі клієнт здатний обговорювати з друзями свої особисті думки і почуття. Низькі бали вказували б на такі дружні стосунки, коли обговорюються явно поверхневі теми, наприклад, улюблені кінофільми або плани на вихідні; високі бали відповідають таким відносинам, де можуть обговорюватися найінтимніші проблеми.

Бали турботливості, які пропонує нам карта дружби, відображають уявлення клієнта про те, наскільки він і його друг довіряють один одному і можуть покластися один на одного в критичні моменти. Низькі бали означають, що ні клієнт, ні його друг нічим не поступляться для іншого; високі бали означають, що вони обидва готові багато чим пожертвувати один для друг. Для того щоб навчити клієнтів виявляти негативні автоматичні думки і спостерігати за ними, нами була запропонована техніка «Записування думок». Ми попросили клієнтів зафіксувати на папері ті думки,

які приходять в голову, коли вони намагаються зробити певну дію. При записі думок, які виникають в голові в момент прийняття рішення, краще дотримати порядок їх черговості. Черговість ця дуже важлива: вона свідчить про важливість тих чи інших мотивів у прийнятті рішення.

Техніка «щоденник думок» дається клієнту в якості домашнього завдання. Протягом певної кількості днів пропонували клієнтам тезисно фіксувати свої думки в щоденнику. Це дозволяє зрозуміти, про що індивід думає найчастіше, і скільки часу у нього йде на це. Часом навіть сам клієнт не здатний виразно назвати причину своїх переживань. Отже, значимість «щоденника думок» полягає також в тому, що він допомагає і клієнту, і фахівцеві виявляти ті думки, які впливають на самопочуття клієнта протягом дня [33].

За час діагностичної фази фахівець повинен визначити:

1. Чи представляє невроз первинну або вторинну проблему клієнта.
2. Чи є інші клінічні розлади.

Потім психологу необхідно встановити, скільки часу клієнт переживає невротичний стан, а також всі події, які могли сприяти виникненню даного переживання.

II. Блок «самооцінка і самовідношення».

Основними техніками, які використовуються в даному блоці при роботі з самооцінкою і самовідношенням клієнта, є: техніка градуйованих завдань, когнітивна репетиція, рольові ігри.

Головні цілі кожної стадії наступні:

1. Подолання неврозу і соціальної фрустрованості.
2. Заняття спільною справою в малій групі.
3. Відкритість в групі.
4. Взяття на себе певних емоційних зобов'язань на відносно тривалий період часу перед групою.

Після визначення рівня соціальної взаємодії, психолог і клієнт приступають до розпізнавання біхевіоральних, когнітивних та емоційних

блоків, що перешкоджають переходу на наступний, більш високий рівень неврозу.

Дж. І. Янг виділив кілька кластерів свідомості, поведінки та емоцій. Кластери відрізняють одного самотнього клієнта від іншого, і відповідно до кожного кластера фахівцем визначається зміст технік терапії. Кластер самотності зіставляється з самою сутнісною думкою про самотність. Глибинну суть змісту самотності передає твердження, з яким погодилася б велика частина одиноких клієнтів і яке відображає сприйняття людиною відсутності певного типу соціальних відносин. Прикладами подібних тверджень можуть бути наступні: «ніхто не любить мене»; « я відрізняюся від інших людей». Подібні твердження використовуються тільки для того, щоб виміряти наявність і ступінь самотності, так як вони носять занадто загальний характер, щоб забезпечити специфічний курс психотерапії. А кластери самотності, навпаки, задають конкретні техніки терапії. Щоб проілюструвати поняття кластера, розглянемо кластер «відкинуті в сфері інтимних відносин».

Для нього характерні такі автоматичні думки: «Щось зі мною не так»; «Він / Вона дійсно мене підвів / підвела»; « Я не хочу ризикувати, щоб мені знову заподіяли біль». Самотній клієнт, який належить до даного кластера, мимоволі опише думки, які приблизно збігаються з однією або декількома з наведених вище. Більш ретельна перевірка одиноких клієнтів показала, що їх автоматичні думки часто логічно випливають з кола більш фундаментальних основоположних припущень з приводу того, чому відбувається та чи інша подія, і якими «повинні бути» люди. Можливо, самотні клієнти ніколи раніше не висловлювали ці припущення словами, але вони, швидше за все, погодяться з тим, що одне або кілька з подібних припущень виглядають розумними.

У кластері «відкинуті у сфері інтимних відносин» основоположні допущення можуть зводитися до наступних: «Якщо хтось мене кидає, значить, у мене не все в порядку»; «Можливо, я не зумію виправити

помилки, які допустив у минулому»; «Краще бути самотному, ніж знову пережити біль, що відчуваєш при розриві відносин».

Самотні клієнти з подібними автоматичними думками і основоположними припущеннями, як правило, виявляють зразки поведінки, для яких характерне прагнення уникнути можливих зв'язків [154]. Більше того, клієнти, пов'язані з кластером «відкинуті в сфері інтимних відносин», описують подібні емоції, включають в себе почуття нікчемності, провини, безнадії, відчуття втрати.

Перш ніж приступити до блоку «саморозвиток», де робота будується на основі зв'язку кластера зі стадіями в становленні і переживанні самотності, у другому блоці застосовуються техніки, здатні «похитнути» негативну Я-концепцію клієнта, позначити для клієнта його резерв здібностей в подоланні почуття самотності.

Когнітивна репетиція

Одна з проблем, що виникає при психокорекції самотності, пов'язана з тим, що самотня людина виявляється нездатною до виконання навіть елементарних дій, пов'язаних з соціальними інтеракціями, які раніше виконувались нею майже автоматично. Цілий ряд психологічних факторів, таких як сором'язливість, невпевненість в собі, тривожність, хвилювання, нездатність сконцентруватися і т.п. може обмежувати поведінковий репертуар людини, що переживає самотність.

«Когнітивна репетиція» – це уявне відтворення клієнтом послідовності кроків, які необхідні для вдалого виконання певного завдання. Дана процедура допомагає клієнту усвідомити свою здатність вступати і підтримувати соціальні контакти, з'являється тимчасова впевненість в собі, переходять на задній план хвилювання і тривога.

Крім того, дана техніка застосовується також для знаходження когнітивних, поведінкових і середовищних перешкод, що виникають при вчиненні певних дій. Головна мета психолога в даному випадку – виявлення

цих проблем і пошук методів боротьби з ними. Нерідко відбувається так, що одне лише уявне вирішення завдання здатне поліпшити самопочуття клієнта.

Градуйовані за ступенем складності завдання. Успішне виконання градуйованих завдань допомагає змінити уявлення клієнта про себе. Зазвичай після успішного виконання серії завдань у нього спостерігається короткочасне підвищення настрою і мотивація. За умови подолання клієнтом схильності недооцінювати свої досягнення, він може відчувати, що в стані подужати і більш важкі завдання. У деяких клієнтів, які переживають самотність, після успішного виконання одного завдання спостерігається різке підвищення активності. Психолог повинен пам'ятати, що такий миттєвий результат може обернутися несприятливими наслідками для клієнта: він ризикує переоцінити свої сили, що призведе до поразки при виконанні завдань підвищеної складності. У подібних випадках слід нагадати клієнту, що ніхто не вимагає від нього грандіозних досягнень, що первинною метою терапії є перетворення його негативних ідей.

Рольові ігри також використовуються для роботи зі зниження рівня невротизації. Психолог і клієнт в даному випадку повинні помінятися своїми ролями. Як правило, клієнти ставляться до себе критичніше і вимогливіше, ніж до інших, які опинилися в тій же ситуації.

Поведінкові техніки, що застосовуються в процесі перших робочих зустрічей, дозволяють підвищити ступінь функціонування клієнта, нейтралізувати дисфункціональні установки і нав'язливі думки, допомагають клієнту відчувати задоволення. Зміни, що спостерігаються в поведінці клієнта здатні похитнути його негативну Я-концепцію. У свою черга, перегляд Я-концепції веде до поліпшення настрою клієнта і підвищення його мотивації.

III. Блок «Саморозвиток».

На наступному етапі розглядається зв'язок кластерів самотності та яким чином психолог може допомогти клієнту застосувувати загальні способи когнітивної терапії.

Перша стадія називається «життя поодинці». Самотні клієнти часто вважають життя наодинці найнеприємнішим досвідом. Щоб робота була успішною, необхідно допомогти клієнту пережити відчуття коли він жив один до того (або паралельно тому), як намагається вступити в дружні стосунки. В іншому випадку клієнти можуть втратити можливих друзів, які «потрібні», тільки через відчайдушний страх залишитися одному. Далі розглянемо кластери, що відносяться до цієї стадії.

Кластер «беззмістовне перебування наодинці з самим собою». Самотній клієнти часто бувають пригнічені, пасивні, їх щось бентежить, їм бракує життєвої енергії. Вони відчують певний страх, що може статися щось, до чого вони не готові. Щоб точно визначити, в чому причина незадоволеності клієнта, дуже важливо виявити, які його думки, коли він перебуває наодинці. Прикладом може служити така думка: «я нікуди не хочу ходити один». Важливо запитати, в чому виражається це переконання, щоб перевірити, чи дійсно приємніше залишитися вдома наодинці з самим собою і поміркувати про щось, аніж одному вийти з дому.

Кластер «погане уявлення про себе». Багато одиноких клієнтів заблоковані від пошуку нових відносин і їх занурення в те, що вони вважають себе небажаними в стосунках. Кластер «погане уявлення про самого себе» впливає на клієнтів на всіх щаблях ієрархії подолання самотності. У своїх автоматичних думках вони, наприклад, описують себе як людей непривабливих, сумних, нудних, дурних, холодних і егоїстичних. До того ж, клієнти прагнуть переконати себе, що ці риси складають основу їх особистості і, отже, їх не можна змінити. Допускаючи, що такі клієнти не настільки вже незручні в різних соціальних ситуаціях, психолог може допомогти їм досліджувати їх відносини в минулому, щоб вони перевірили свою гіпотезу про те, ніби інші люди уникають їх, тому що вони сумні, потворні і т.д. В процесі роботи фахівця самотні клієнти часто усвідомлюють, що в минулому у них були друзі, які їх любили, і що, можливо, вони занадто узагальнюють кілька випадків, коли їх відкинули.

Цих клієнтів можна також попросити перерахувати свої позитивні якості. Іноді психолог ідентифікує основоположні припущення, наприклад, таке «щоб мати друзів, дуже важливо бути красивим, успішним, веселим і дотепним співрозмовником». Клієнти часто усвідомлюють, що самі вони при виборі друзів не наполягали б на цих якостях і що, отже, інші люди теж можуть не наполягати саме на них. Нарешті, якщо дійсно існують серйозні проблеми в самому клієнті, йому можна показати, що більшість особистісних якостей не носить вродженого характеру, їх можна набути або від них можна позбавитись.

На цій стадії доцільно застосування наступних технік.

Віддалення. Суть даної техніки полягає в тому, що клієнт повинен віддалитися від власних думок, тобто зайняти об'єктивну позицію по відношенню до них. Подібне відсторонення включає в себе три компоненти:

- усвідомлення автоматичного характеру негативної думки;
- розуміння того, що негативна думка викликає розчарування, страждання і страх;
- поява сумніву в справедливості «поганої» думки, усвідомлення того, що дана схема не адекватна новій ситуації.

Емпірична перевірка.

Спосіб:

1. Пошук аргументів, що підтверджують і спростовують автоматичні думка. Докази «за» і «проти» фіксуються на папері для того, щоб клієнт мав можливість перечитувати їх кожен раз, коли ці думки знову повернуться. Якщо клієнт буде часто проводити подібну процедуру, то поступово в його пам'яті відкладуться правильні аргументи і зникнуть неадекватні ситуації рішення і мотиви.

2. Зважування плюсів і мінусів кожного варіанту. Тут також необхідно враховувати не тільки миттєву вигоду, але і довготривалу перспективу.

Побудова експерименту для перевірки судження.

На основі досвіду спілкування з клієнтом фахівець піддає перевірці його судження. Він звертається також до свого особистого досвіду, статистики, до академічної та художньої літератури. Далі психолог вказує на логічні помилки і протиріччя в судженнях клієнта.

Кластер «соціальна тривога».

Однією з найпоширеніших перешкод, що заважають людині завести друзів, є певний хід його власних думок, в якому знаходить вираз його побоювання – зникнути перед іншими людьми і не знати, що робити і що сказати. Подібні думки ведуть до неврозу, страху перед власною соціалізацією, що супроводжується багатьма симптомами тривоги. Іноді клієнти інтерпретують ці симптоми тривоги як ознака того, що вони втратять контроль над собою, зйдуть з розуму або будуть серйозно травмовані. Іншим виразом соціальної фобії служить поведінка «спостерігача» – поняття, взяте з сексологічної терапії. «Спостереження» відноситься до такого процесу, коли клієнти, перебуваючи в контакті з іншими людьми, не можуть виключити спостереження за собою. Вони настільки зайняті думкою про те, що «погано виглядають», і до такої міри собі це вселили, що не можуть приймати участь у будь-яких соціальних заходах або отримувати від них задоволення. Корисно попросити клієнта навести докази того, що інші люди постійно вивчають і оцінюють його поведінку. Крім того, психолог може позбавити клієнтів від болісного припущення, що їх відкинуть або висміють, якщо вони зроблять помилковий в соціальному плані крок.

Інші способи роботи з соціальною тривогою полягають в тому, що психолог і клієнт програють страх соціальної ситуації і роблять її відеозапис. Переглядаючи потім плівку, клієнти часто дивуються, що вони виглядають набагато невимушеніше, поведуться більш належним чином, ніж вони думали. Нарешті, можна перервати «поведінку спостерігача», показавши клієнтам, як відволіктися від самоконтролю, переключившись на який-небудь інший об'єкт або іншу людину.

Робота з даним кластером, вже була проведена в другому блоці при роботі з самооцінкою і самовідношенням клієнта. Якщо проведеної роботи було недостатньо, психолог повторно застосовує такі техніки, як: техніка градуйованих завдань, знаходження аргументів «за» і «проти», дисфункціональних переконань.

Кластер «соціальна непристосованість». Деякі самотні клієнти не мають у своєму розпорядженні достатнього набору соціальних навичок, які дозволили б їм справлятися з певними ситуаціями. Вони вважають, що їх висміють і відкинуть, але не знають чому.

У цьому випадку застосовуються такі техніки: моделювання, рольове програвання ситуацій, експеримент, декатастрофікація.

Техніка декатастрофікація. Психолог задає клієнту приблизно наступні питання: «Давайте подивимося, що було б, якщо...», «Як довго ви будете відчувати подібні негативні відчуття?», «Що буде потім? Світ зруйнується? Ви помрете? Ваші близькі відмовляться від Вас? Це зіпсує Вашу кар'єру?» і т.п.

Незабаром клієнт усвідомлює, що всі події мають свої часові межі, відчуття, що «цей жах ніколи не скінчиться» зникає. У цих випадках фахівець моделює більш бажаний тип поведінки і просить клієнта включити його в контекст розігрованої ролі.

Постійно практикуючись, клієнт почне отримувати від інших більш позитивний зворотний зв'язок. Психолог може повідомити клієнтам про різні концептуальні позиції, які відносяться до найрізноманітніших сфер життя. Він може також навчити клієнтів більш уважно слухати, що говорять інші люди.

Кластер «недовіра».

Більшість хронічно самотні люди страждають від глибокої недовіри до себе з боку інших людей. Часто вони відчують почуття недовіри по відношенню до світу, що оточує їх, однак при цьому болісно відчують свою ізольованість від нього. Такі клієнти, як правило, підтримують

неадаптивні припущення про те, що інші люди нарцисичні, піклуються тільки про себе, прагнуть використовувати в своїх цілях всіх інших людей. Психолог може тут запропонувати два основних способи подолання самотності.

По-перше, він може дати огляд фактів життя якоїсь певної людини, які підтверджують точку зору клієнта про те, що люди ні про кого не піклуються. Потім фахівець може запитати, чи варто на підставі цих небагатьох прикладів робити узагальнення, що відносяться до всього світу. Клієнту можна поради «випробувати» трохи більше людей і тим самим перевірити, чи дійсно його припущення справедливе. Другий важливий спосіб допомоги самотнім полягає в тому, що фахівець постійно запитує клієнта про те, чи вважає він, що психологу можна довіряти. В ідеалі самотній клієнт поступово усвідомлює, що він найгіршим чином інтерпретує багато дій психолога і що альтернативні пояснення тут більш правдоподібні.

Якщо клієнт почне довіряти психологу, то його (або її) світогляд теж почне змінюватися. Робота з даним кластером відбувається за допомогою тих же технік, як і в роботі з попередніми кластерами. Необхідно показати клієнту абсурдність деяких його автоматичних думок, пояснити йому, звідки з'явилися думки про недовіру до людей, розробити аргументи «за» і «проти» дисфункціональних переконань. В якості домашнього завдання клієнт повинен застосовувати в соціальній взаємодії відпрацьовані навички спілкування і відстежувати виникнення автоматичних думок.

Третя стадія психокорекції – «взаємне саморозкриття».

Як тільки самотній клієнт зуміє створити собі міцну соціальну базу з приємних для нього випадкових друзів, він повинен зробити наступний крок – вибрати серед них того, хто більше за інших заслуговує довіри, і почати процес саморозкриття. Саморозкриття має велике значення, тому що перший крок до інтимності у відносинах часто полягає в тому, щоб поділитися з іншою людиною своїми заповітними думками і почуттями.

Кластер «сором'язливість».

Нерідко є випадки, коли клієнти насилу саморозкриваються. Вони часто думають, що нездатні до спілкування в силу нібито своєї відмінності від інших людей, вважають, що ніхто не може їх зрозуміти, що люди відкинули б їх, якби вони відкрили їм свої слабкості або «ганебні» думки.

Сором'язливі клієнти можуть також говорити про те, що вони не мають права звалювати свої проблеми на інших людей. Щоб перевірити ці думки, психолог спільно з клієнтом розігрує ситуацію, в якій психолог виявляється клієнтом, в той час як клієнт постає в ролі психолога. Коли спеціаліст «розкриває» деякі «таємниці» клієнта, клієнт слухає його і відгукується на довіру. Майже обов'язково клієнти повідомляють, що під час сеансу «розкриття» вони здебільшого проявляють по відношенню до психологу почуття розуміння і турботи, а не відрази.

Мета розігрування цієї ролі – зробити так, щоб клієнт прийшов до висновку, що його особисті страхи, зрештою, не настільки жахливі і що, ймовірно, саморозкриття може посилити інтимність відносин. Клієнт починає також усвідомлювати, що інші люди не так вже й відрізняються від нього і здатні зрозуміти і відчувати всі його проблеми.

Більшість людей вважає, що вступ у відносини з представником протилежної статі вносить дискомфорт, особливо якщо невідомі обставини і оточення. Можливість бути відкинутим завжди «маячить» на горизонті, так що, звичайно, безпечніше спілкуватися з тими, хто вже проявив готовність прийняти знаки уваги.

Одиноким клієнтів слід частіше заохочувати порівнювати дискомфорт від зустрічі з незнайомими людьми з можливими перевагами зустрічі з бажаним, що приймає їх знаки уваги партнером, який може стати для них близькою людиною. Користь такої перспективи полягає в тому, що чим частіше людина зустрічається з іншими людьми, тим вище його шанси зустріти відповідного партнера. Сказане справедливо навіть в тому випадку, якщо клієнт вважає придатними для себе лише деяких людей.

П'ята стадія терапії «поглиблюється близькість».

У міру того як клієнт встановлює контакт з бажаним і цікавим партнером, і є всі підстави вважати, що вони, мабуть, задоволені один одним, центр ваги в терапії переноситься на поглиблення відносин. Зазвичай інтимність досягається завдяки комбінації саморозкриття, соціального контакту та інших проявів любові і турботи.

1. Кластер «відкинуті в сфері інтимних відносин». Цей кластер являє собою звичайну реакцію тих клієнтів, яких нещодавно відкинули в сфері інтимних відносин. Вони можуть із задоволенням спілкуватися з випадковими друзями, особливо одної статі, але найчастіше уникають відвертості і сексуального контакту з представниками протилежної статі.

Найчастіше вони думають про свою провину, про те, що робили неправильно і, тим самим, заслужили того, щоб їх відкинули; вони відчують також почуття туги через те, що хтось, кому вони довіряли, заподіяв їм такий біль. Таким самотнім клієнтам корисно поглянути на цей зв'язок в цілому, щоб зрозуміти, чому стався розрив. Зазвичай клієнт пояснює розрив відносин або фундаментальною несумісністю партнерів, або такими змінами в одному з них або в них обох, які ускладнюють регуляцію і нормальний розвиток відносин. Навіть в тому випадку, коли клієнти як і раніше переконані, що заслуговують осуду, психолог може запропонувати їм змінити свою поведінку таким чином, щоб вони більше не повторювали одних і тих же помилок в інших відносинах. Потім загальна стратегія терапії буде спрямована на те, щоб відучити клієнта судити про своє майбутнє тільки на основі свого минулого. Якщо це вдасться, ризик знову залишитися одному здасться клієнту не таким вже великий.

Шоста стадія терапії «довгострокові емоційні зобов'язання»

Кінцева стадія подолання самотності спрямована на те, щоб підтримувати інтимні стосунки протягом відносно тривалого періоду часу. Деякі клієнти відчували невеликі труднощі на ранніх стадіях інтимних відносин, які визначалися їх власною відвертістю, турботою про партнера і

сексуальним контактом. Однак їх зв'язки або швидко припинялися, або характеризувалися наростанням невпевненості, гніву і амбівалентності.

Кластер «тривога з приводу емоційних зобов'язань».

Деякі самотні клієнти досягають певного рівня інтимності, але потім починають відчувати, що вони «попалися». Вони усвідомлюють, що не мають серйозних зобов'язань перед своїм партнером і бояться взяти їх на себе.

Кластер «нереалістичні очікування». Більшість хронічно самотніх клієнтів очікують від своїх друзів і партнерів чогось нереального. Ці клієнти, як правило, вважаються суворими, безкомпромісними, впертими, жорстокими, вимогливими, моралізованими. Однак самі вони рідко бачать себе такими; вони часто думають, що просять інших людей робити тільки те, що «кожен вважатиме правильним». Коли друзям не вдається чинити явно «правильно», клієнти, які відносяться до даного кластеру, відчувають гнів, відчувають себе ображеними, вважають свої надії розбитими, розчаровуються в друзях.

Найбільш оптимальним і ефективним методом в даному випадку є «переоцінка цінностей». Нерідко причиною самотності є надмірно завищені запити і вимоги. У даній ситуації фахівець пропонує клієнту зіставити ціну досягнення мети і ціну проблеми.

Далі йому рекомендується вирішити, чи потрібно «битися» далі за свою мету або доречніше відмовитися від прагнення, «знизити» запити і поставити для початку перед собою більш реалістичні завдання, адже бувають випадки, коли ціна відмови від вирішення проблеми нижче, ніж ціна страждання від неї. Хоча, звичайно, бувають і інші ситуації, коли необхідно докласти зусилля для вирішення проблеми, оскільки відкладання цього рішення тільки погіршує стан справ. До одиноких клієнтів цієї категорії спеціаліст застосовує два способи психотерапії.

Перший з них полягає в тому, щоб допомогти самотній людині зрозуміти, що абсолютні стандарти «правильного» і «неправильного»

зустрічаються дуже рідко, і що інші люди мають право жити за іншими правилами. Другий спосіб допомоги полягає в тому, щоб показати клієнту контраст між невігідністю постійної вимогливості, з якою стикаються їх очікування і яка призводить до краху їх планів, і перевагами терплячого відношення і прийняття точки зору інших людей. Зрештою, більшість клієнтів може визнати, що деякі недоліки їх партнерів – це та розумна ціна, яку треба заплатити, щоб досягти близькості і хороших відносин.

Таким чином, якщо з'ясувати, що думають самотні клієнти про самих себе і своїх відносинах з іншими, то, загалом, можна зрозуміти, чому вони діють і відчують так, а не інакше і допомогти людям подолати свою самотність. В ході програми було показано, що застосування когнітивно-біхевіоральних технік може впливати на формування і розвиток всіх блоків психологічної культури і, тим самим, допомагати впоратися з переживанням почуття самотності і вміти протистояти його виникненню знову.

3.3 Оцінка ефективності корекційно-терапевтичного впливу

Програма була проведена з 17-ма дівчатами, у яких було виявлено високий рівень невротизації. Показник вираженості невротизації діагностувався до і після реалізації програми. В результаті після реалізації програми у 64% учасників (що становить 11 осіб із корекційної вибірки) програми рівень невротизації знизився до показника норми. Для якісного аналізу змін до і після програми нами було використано статистичний критерій Мана-Уїтні.

Нами було висунуто наступні гіпотези:

H₀: Рівень невротизації в групі 2 не нижчий, ніж у групі 1.

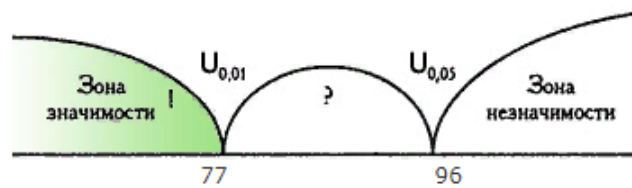
H₁: Рівень невротизації в групі 2 нижчий, ніж в групі 1.

Результат: $U_{\text{емп}} = 26.5$

$U_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
77	96

Критические значения

Ось значимости:



Аналіз результатів показав, що запропонована психокорекційна програма по зниженню рівня невротизації в дівчат-студенток є ефективною і допомагає у вирішенні даної проблеми, оскільки $U_{\text{емп}}$ знаходиться в межах зони значущості, а отже гіпотезу H_1 підтверджено. Результати повторного діагностування представлені в діаграмі 3.3.1

Діаграма 3.3.1 Показники рівня невротизації дівчат-студенток після корекційного впливу.



Як ми бачимо по результатам повторного діагностування після впровадження психотерапевтичного втручання в корекційній групі дівчат-студенток, рівень невротизації знизився. Це говорить про позитивний вплив програми. В середньому показники знизились на 8 одиниць. У дівчат-студенток спостерігалось покращення соціальних зв'язків, зниження рівня тривожності, підвищення рівня мотивації до навчання, підвищення рівня позитивного самоствавлення.

Висновки до розділу 3

Для проведення формувального дослідження, нами було розроблено корекційно-терапевтичну програму, спрямовану на розвиток позитивного самоствавлення, ефективного та конструктивного спілкування, адаптивних стратегій поведінки, а також адекватної побудови життєвої перспективи. Програма була розрахована на 14 зустрічей та складалася з трьох блоків:

Блок №1 «самопізнання» спрямований на розвиток когнітивного компонента психологічної культури особистості, а саме усвідомлення впливу їхніх думок на емоції, поведінку, вміння виявляти негативні думки, спостерігати за ними, усвідомлювати неефективні схеми поведінки.

Блок №2 «самооцінка і самовідношення» передбачає роботу з компетентнісним компонентом психологічної культури, а саме виявленням негативних думок, що впливають на самооцінку і самовідношення дівчини, їх аргументацією, підтвердженням або спростуванням, розвиток умінь замінювати помилкові когніції на більш раціональні думки, сприяючи зміні самовідношення і самооцінки.

Блок занять №3 «саморозвиток» зачіпає компетентнісний, ціннісно-смысловий, рефлексивно-оціночний і творчий компоненти психологічної

культури, і спрямований на виявлення і зміну дезадаптивних переконань і стратегій поведінки дівчат, що призводять до виникнення когнітивних помилок, а також дозволяє визначити можливості самотрансформації.

Запропонована корекційно-терапевтична програма заснована на принципах особистісно-орієнтованої психотерапії Б. Карвасарського, В. Ташликова, Г. Ісуріної.

До психокорекційної групи увійшло 17 дівчат-студенток, у яких за результатами діагностики було виявлено високий рівень невротизації. Після контрольного діагностичного заміру за методикою експре-діагностування рівня невротизації Хека та Хес рівень невротизації знизився. Також було помітно, що між студентками покращився взаємозв'язок, вони стали більш комунікативними.

Проаналізувавши отримані результати, за допомогою методу математичної статистики, а саме непараметричного критерію Мана-Уїтні, можемо стверджувати, що наша гіпотеза підтвердилась: існує прямий кореляційний зв'язок між рівнем невротизації (гостротою внутрішньоособистісного конфлікту) та рівнем соціальної фрустрації у дівчат-студенток.

Отримані результати свідчать про практичну значущість розробленої корекційно-терапевтичної програми для роботи з внутрішньоособистісними конфліктами дівчат-студенток.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційному дослідженні було здійснено теоретичне узагальнення й представлено нове вирішення актуальної наукової проблеми щодо особливостей діагностики і терапії внутрішньо-особистісних (невротичних) конфліктів у дівчат-студенток у процесі навчання. Резюмуючи, можемо зазначити наступне:

1. Внутрішньоособистісний конфлікт — це гостро-негативне переживання, викликане боротьбою різних структур внутрішнього світу особистості, що відображає суперечливі зв'язки із соціальним середовищем.

Існують наступні види внутрішньоособистісних конфліктів: мотиваційний, моральний, конфлікт нереалізованого бажання, рольовий, адаптаційний, конфлікти між рівнем самооцінки та рівнем домогань.

Основними методами психотерапії внутрішньоособистісних конфліктів є особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія, позитивна психотерапія; метод дерефлексії; метод парадоксальної інтенції; психосинтез; інтерперсональна психотерапія.

2. Емпіричне дослідження особливостей внутрішньоособистісних конфліктів у дівчат-студенток здійснювалось на базі Криворізького державного педагогічного університету. Загальна чисельність вибірки становила 50 осіб жіночої статі, середній вік яких 18 років. Дослідження тривало з грудня 2019 по березень 2020 року.

Психодіагностичний комплекс містив наступні методики: експрес-діагностика невроту Хека-Хес; клінічний опитувальник Яхіна-Менделевича, методика «Діагностика соціальної фрустрованості» Л. Васермана, тест суджень самореалізації особистості С. Кудінова.

Серед виявлених нами особливостей внутрішньоособистісних конфліктів у дівчат-студенток можна зазначити, що у більшій частини

низький рівень вираженості невротичного конфлікту, і це свідчить про емоційну стійкість, позитивний фон переживань, ініціативність, відчуття власної гідності, незалежності, соціальної сміливості, легкості в спілкуванні; у меншій частині — висока вираженість неврозу, що супроводжується емоційною збудливістю, в результаті якої з'являються негативні переживання, безініціативність; підвищений рівень соціальної фрустрованості.

Встановлено, що соціально-психологічні фактори можуть бути джерелом розвитку невротичних реакцій, порушень системи взаємовідносин, а також провокувати проблеми у сфері міжособистісної взаємодії. Також, чим більше особистість невдоволена своїм соціальним становищем, тим вищою стає вірогідність загострення неврозу.

3. Нами була розроблена та впроваджена корекційно-терапевтична програма, метою якої був розвиток позитивного самоствалення, ефективного та конструктивного спілкування, адаптивних стратегій поведінки, а також адекватна побудова життєвої перспективи. Програма розрахована на 14 зустрічей та складається з трьох блоків: «самопізнання», «самооцінка і самовідношення» та «саморозвиток» і заснована на принципах особистісно-орієнтованої психотерапії Б. Карвасарського, В. Ташликова, Г. Ісуріної.

Апробація програми підтвердила емпіричну гіпотезу про існування кореляційного зв'язку між рівнем невротизації (гостротою внутрішньоособистісного конфлікту) та рівнем соціальної фрустрації у дівчат-студенток. Також, після контрольного діагностичного заміру було виявлено, що рівень невротизації знизився, а натомість підвищився рівень соціальної активності, комунікативність, прагнення до взаємодії з іншими.

Однак, наша програма потребує вдосконалення, зокрема в аспекті дослідження її ефективності на групах змішаного статевого складу, тому в майбутньому ми плануємо продовжити вивчення даної теми.

Список використаних джерел

1. Adler A. The pattern of life. New York, 1930. 271 p.
2. Cohen S, Willis T. A. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985. Vol 98(2). P.310-357.
3. Harold Mosak The resolution of «intrapersonal conflict». *Journal of Individual psychology*. Texas Press, 2003. P. 19-26.
4. Martin S. Fiebert Stages in a Gestalt Therapy Session and an Examination of Counselor Interventions. *Review of Social Sciences and Humanities*. 2012. No. 2. P. 49-61.
5. Mayers, B. The dynamics of conflict resolution: a practitioner's guide. San Francisco, 2000. 233 p.
6. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. Москва, 1995. 165с.
7. Александер Ф. Конверсионная истерия, вегетативный невроз и психогенное органическое. *Психосоматическая медицина*. URL: https://www.psychol-ok.ru/lib/alexander/pm/pm_05.html (дата обращения: 25.09.2020).
8. Александров А. А., Бараш Б. А., Исурина Г. Л. Личностно – ориентированная интегративная психотерапия: методические рекомендации. Санкт-Петербург, 1992. 250 с.
9. Александров А. А. Проблемы интегративной психотерапии. *Психология и психотерапия*. Санкт-Петербург, 2002. С. 17-23.
10. Бакирова Г. Х. Динамика группового взаимодействия как фактор эффективности психотерапии больных неврозами: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Ленинград, 1983. 26 с.
11. Балушок М. В. Шляхи та засоби подолання внутрішньоособистісного конфлікту у юнацькому віці. *Психологічні науки*. 2013, Вип. 11(99). С. 25-29.

12. Барканова О. В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум. Красноярск, 2009. 237 с.
13. Бумке О., Шильдер П. Современное учение о неврозах. Одесса, 1928. 56 с.
14. Вассерман Л. И., Журавель В. А. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. Медицинская психология. Санкт-Петербург, 1994. С. 12-25.
15. Воловик В. М., Вид В. Д. Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Ленинград, 1975. 450 с.
16. Гуров А. В. Особенности разрешения внутриличностного конфликта у студентов в период обучения в ВУЗе: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Самара, 2018. 27 с.
17. Елисеева Ю. Ю. Психосоматические заболевания: справочник. Москва, 2003. 568 с.
18. [Захаров А. И. Неврозы у детей. Санкт-Петербург, 1996. 480 с.](#)
19. Исурина Г. Л. Задачи и механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в свете разработки интегративной модели. *Интегративные аспекты современной психотерапии*. Санкт-Петербург, 1992. С. 33-39.
20. Исурина Г. Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений. *Групповая психотерапия*. Москва, 1990. С. 89-120.
21. Исурина Г. Л., Карвасарский Б. Д., Ташлыков В. А. и др. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В. Н. Мясищева на современном этапе. *Теория и практика медицинской психологии и психотерапии*. Ленинград, 1994. С. 100-109.
22. Исурина Г. Л. Динамика индивидуально-психологических показателей больных неврозами в процессе групповой психотерапии. *Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. Ленинград, 1979. С. 71-76.

23. Карвасарский Б. Д. Групповая психотерапия: значение и перспективы использования в комплексном лечении больных неврозами. *Групповая психотерапия при неврозах и психозах*. Ленинград, 1975. С. 19-26.
24. Карвасарский Б. Д. Интегративные аспекты психотерапии: основные понятия и перспективы развития. *Интегративные аспекты современной психотерапии*. Ленинград, 1992. С. 7-12.
25. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. Санкт-Петербург, 2007. 960 с.
26. Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А. Групповая психотерапия как предмет исследования. *Клинико–психологические исследования групповой психотерапии при нервно–психических заболеваниях*. Ленинград, 1979. С. 25-30.
27. Карвасарский Б. Д. Неврозы. Москва, 1990. 576 с.
28. Кемпинский А. Психопатология неврозов. Варшава, 1975. 400 с.
29. Кернберг Отто Ф, Тяжелые личностные расстройства. Москва, 2006. 464 с.
30. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. Москва, 2000. 240 с.
31. Кудинов С. И. Психодиагностика личности: учебн. пособие. Тольятти, 2012. 270 с.
32. Курпатов А. Счастлив по собственному желанию. 12 шагов к душевному здоровью, Москва, 2018. 448с.
33. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки. *Психотерапия: от теории к практике*. Санкт-Петербург, 1995. С. 28-42.
34. [Лордкипанидзе](#) Л. Н. Книга о неврозах. Просто и понятно о сложном. Москва, 2017. 120 с.
35. Мазнев Н. Бессонница, неврозы и другие заболевания нервной системы. Москва, 2011. 585 с.

36. Мурзенко В. А. Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Ленинград, 1975. 350 с.
37. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. Как давать и обретать душевное здоровье. Москва. 2002. 256 с.
38. Мясищев В. Н. Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Ленинград, 1973. 400 с.
39. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Москва, 2013. 426 с.
40. Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием (3-4 февраля 2011, г. Санкт-Петербург). Санкт-Петербург, 2011. 287 с.
41. Норберто Р. Кеппе Происхождение болезней, психических, соматических и социальных. Санкт-Петербург, 2003. 400 с.
42. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. Питер, 2000. 464 с.
43. Первый В. С., Сухой В. Ф. Справочник невротических расстройств. Ростов-на-Дону, 2012. 637с.
44. Полухина О. П. Влияние внутреннего конфликта на формирование личностной позиции студента психолога. *Территория науки*. 2014. № 1. С. 35-41.
45. [Рикрофт Чарльз. Тревога и неврозы](#). Москва, 2008. 144 с.
46. Савина Н. Г. Внутриличностные конфликты. Челябинск, 2012. 54 с.
47. Салливан Г. Интерперсональный психоанализ. Санкт-Петербург, 1999. 250 с.
48. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная терапия: практическое руководство. Москва, 2005. 592 с.
49. Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии. Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием (3-4 февраля 2011, г. Санкт-Петербург). Санкт-Петербург, 2011. 287 с.

50. Свядош А. М. Неврозы. Санкт-Петербург, 1998. 358 с.
51. Столяренко О. Б. Психологія особистості. Київ, 2012. 280 с.
52. Ташлыков В. А. Общие факторы психотерапии как одна из предпосылок интегративной психотерапии. Интегративные аспекты современной психотерапии. Санкт-Петербург, 1992. С. 13-19.
53. Ташлыков В. А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Ленинград, 1983. 50 с.
54. [Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. Москва, 2016. 620с.](#)
55. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Москва, 2002. 490 с.
56. Франкл В. Теория и терапия невроза. Санкт-Петербург, 2001. 234 с.
57. Франкл В. Человек в поисках смысла. Москва, 2012. 204 с.
58. Фрейд З. Художник и фантазирование. Москва, 1995. 400 с.
59. Фрейд З. Психоаналитические этюды. Москва, 1998. 608 с.
60. Хек К. Динамика и механизмы процесса групповой психотерапии при неврозах. *Групповая психотерапия при неврозах и психозах*. Ленинград, 1975. С. 46-54.
61. Холмогорова А., Гаранян Н. Эмоциональные расстройства и современная культура. *Московский психотерапевтический журнал*, 1999, №2. С. 61-90.
62. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Москва, 1993. 428с.
63. Хорни К. Психология женщины. Москва, 2009. 240с.
64. Хорни К. Ваши внутренние конфликты. Санкт-Петербург, 1997. 364 с.
65. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию. – Санкт-Петербург, 1997. 316 с.

66. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. Основные положения, исследования и применение. Санкт-Петербург, 1997. 254 с.
67. Хомуленко Т.Б., Балушок М. В. Особливості виникнення внутрішньоособистісного конфлікту в юнацькому віці. *Проблеми сучасної психології*, 2015. Вип. 27. С. 594-610.
68. Шапиро Д. Невротические стили. Москва, 2016. 224 с.
69. Щеголев А. Ложная женщина. Невроз как внутренний театр личности. Санкт-Петербург, 2001. 202 с.
70. Юнг К. Г. Избранное. Минск, 1998. 448с.
71. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. Санкт-Петербург, 2000. 640 с.
72. Яхін К. К., Менделевич Д. М. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів. *Клінічна і медична психологія: практичне керівництво*. Москва, 1998. С. 545-552.

Додатки

Додаток А

«Сирі дані» за експрес-діагностикою невроза Хека-Хес

№ п/п	ППП	«Сирі дані»
1.	І	34
2.	анна г.	18
3.	бмс	24
4.	В.П.	16
5.	валерія п	14
6.	Вікторія Б	24
7.	гезун в	33
8.	енотик	9
9.	Ірада	12
10.	к.Ш.	22
11.	Катя Т.	29
12.	Катя Щ.	19
13.	Лілія І.	24
14.	Оля Л.	20
15.	Оля Ч.	29
16.	П.М.	19
17.	просто ст	11
18.	Светік	13
19.	шмагель к	23
20.	Ю.Ш.	29
21.	Аня	28
22.	валерія	9
23.	МД	16
24.	Саша	36
25.	Ліза	29
26.	Ілона С.	34
27.	Куб	18
28.	Діва	15
29.	Арі	23
30.	Маре	12
31.	Віка Л.	16
32.	Аліна	12
33.	Анна	14
34.	Марина	10
35.	Наташа	3
36.	Оля	29

37.	Катя Ч.	28
38.	Оля	27
39.	Софа	28
40.	Каріна	22
41.	Лора	21
42.	Альона Т.	23
43.	Марина С.	17
44.	Даша А.	28
45.	Даша Б.	15
46.	Іра Г.	18
47.	Даніела Д.	10
48.	Віола З.	22
49.	Лена К.	16
50.	Мирослава М.	22

Додаток Б

«Сирі дані» за методикою визначення рівня вираженості соціальної фрустрованості Л. Васермана

№ п/п	ІІІ	
1.	1	1,7
2.	анна г.	1,2
3.	бмс	2,3
4.	В.П.	1,5
5.	валерія п	1,7
6.	Вікторія Б	1
7.	гезун в	1,8
8.	енотик	1,3
9.	Ірада	1
10.	к.Ш.	1,6
11.	Катя Т.	2
12.	Катя Щ.	1,8
13.	Лілія І.	1,4
14.	Оля Л.	2,2
15.	Оля Ч.	1,7
16.	П.М.	1,4
17.	просто ст	0,7
18.	Светік	0,8
19.	шмагель к	0,6
20.	Ю.Ш.	1,6
21.	Аня	2
22.	валерія	1,3
23.	МД	0,8
24.	Саша	2,2
25.	Ліза	1,8
26.	Ілона С.	1,9
27.	Куб	1,2
28.	Діва	0,8
29.	Арі	1,2
30.	Маре	0,8
31.	Віка Л.	0,8
32.	Аліна	0,9
33.	Анна	1,7
34.	Марина	1,2
35.	Наташа	1,3
36.	Оля	1,9
37.	Катя Ч.	1,7
38.	Оля	1,4
39.	Софа	1,6
40.	Каріна	1,7

41.	Лора	0,9
42.	Альона Т.	0,6
43.	Світлана	1,1
44.	Даша А.	1,8
45.	Даша Б.	0,2
46.	Іра Г.	0,5
47.	Даніела Д.	0,4
48.	Віола З.	1,1
49.	Лена К.	0,4
50.	Мирослава М.	0,9

Додаток В

Розробка емоційного щоденника

Щоденник емоцій і почуттів — це методика, яка допомагає відстежувати свій емоційний стан для того, щоб краще себе зрозуміти і контролювати. Принципи, які лежать в основі даної методики наступні:

- тим, що ми усвідомлюємо, можна керувати;
- те, що ми ще не усвідомили, керує нами.

Переваги щоденника емоцій:

- Допомагає відстежити свої емоції і свої відчуття за день, проаналізувати, які з них виникають найчастіше і переважають над іншими.
- Дозволяє побачити, що саме призводить до виникнення тих чи інших почуттів.
- Показує, які ситуації з минулого життя впливають на емоційний стан зараз. Дає можливість працювати над собою в правильному напрямку.
- Допомагає усвідомити свої потреби, наповнити життя тим, чого посправжньому не вистачає.

Психологи рекомендують слідувати ряду порад:

—Блокнот або зошит. По можливості носіть їх з собою, щоб відразу записувати, як тільки Ви відчуваєте емоції. Можна робити записи в телефоні або за допомогою диктофона. В кінці свого робочого дня перенесіть їх на папір.

—Ритм. Робіть записи регулярно, в один і той же час. Це можна робити, наприклад, ввечері. Або ж протягом дня в міру того, як вони у вас з'являються. Хороший варіант – кілька разів на день. Тільки розділіть тоді його на частини, припустимо, ранок, обід, вечір і т.д..

—Вибірковість. Складно описати всі почуття і емоції, які ви відчуваєте за день. Тому пишіть про те, що варте уваги.

–Слухач. Якщо є така можливість, нехай поруч з вами буде той, з ким можна обговорити ваші записи, людина, якій ви довіряєте.

–Неупередженість. Не варто записувати тільки позитивні або негативні емоції. Не діліть їх на хороші і погані. Записуйте все, що відчуваєте.

Також проводьте аналіз. Пару разів на місяць перечитуйте записи. Це допоможе вам зрозуміти, що відбувається у Вашому житті, чи можна зараз це змінити і чи потрібно. У цьому питанні вимог і обмежень немає. Робіть так, як Вам зручно. Рекомендується зробити кілька розділів:

1. Дата, час записів;
2. Що сталося;
3. Які почуття ви відчули;
4. Чому ви відчули саме ці почуття;
5. Що ви могли зробити в цій ситуації;
6. Яку оцінку можна поставити за шкалою від 1 до 10.
7. Додатково можна розповісти про фізичні відчуття, як ви спали цієї ночі, про стан здоров'я і т. д.

Головна порада – вести щоденник регулярно. Не думайте, що одиничний запис зможе змінити ваше життя. Намагайтеся робити їх кожен день. Тільки так ви побачите ситуації, що повторюються у Вашому житті раз по раз і які виникають в них емоції. Багато що залишається як би за кадром. Щоденник же допоможе вам усвідомити ці приховані моменти. Відкриваючи щоденник почуттів і емоцій, не соромтеся описувати абсолютно все, що відчуваєте. Не зупиняйтеся, навіть якщо вам складно зрозуміти, що відбувається всередині вас. З часом ви усвідомите, чому ви поведетеся так, а не інакше в якихось ситуаціях. Більш того, ви навчитеся контролювати свої емоції і направляти їх в потрібне русло [37]