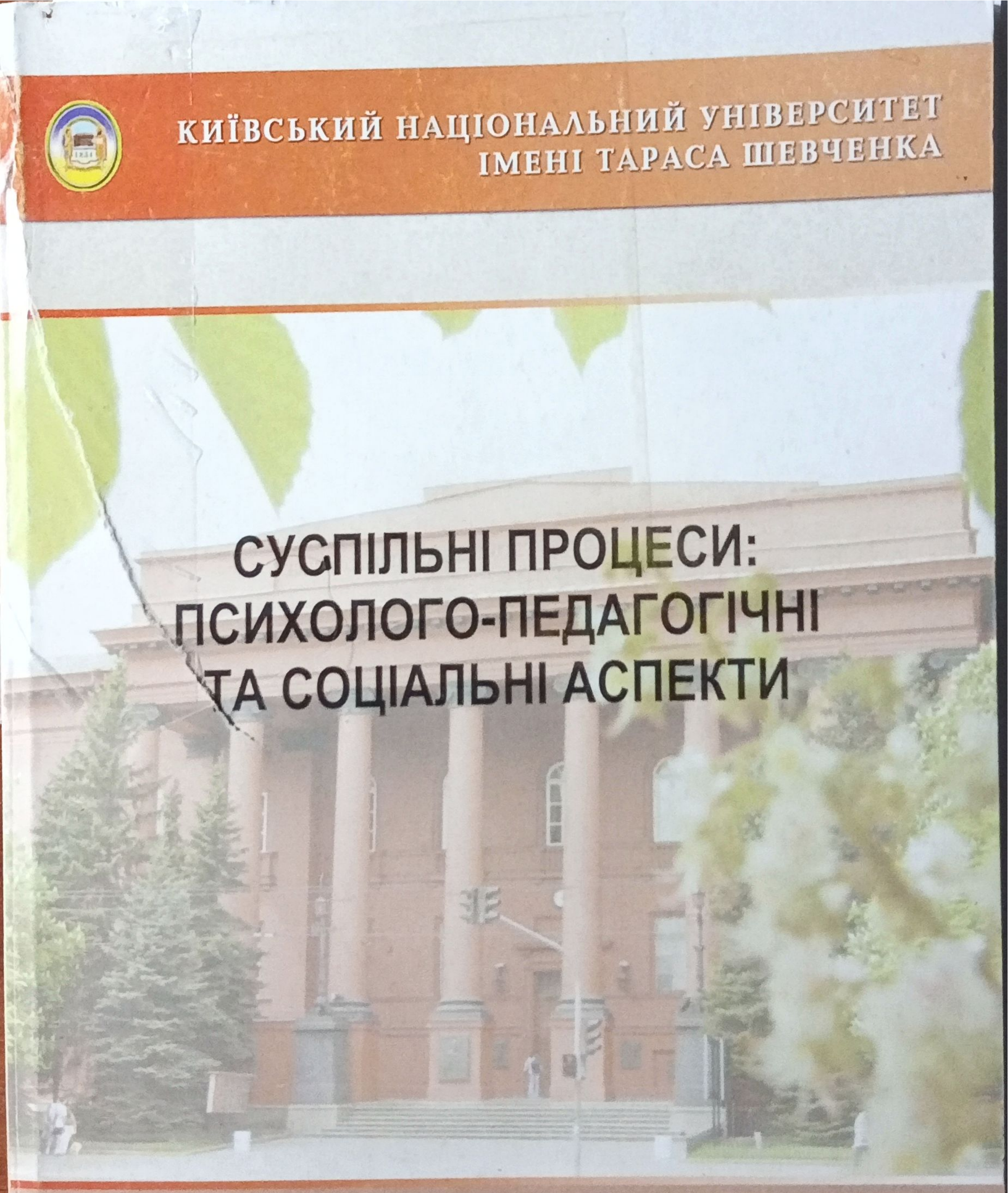
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

СУСПІЛЬНІ ПРОЦЕСИ: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ



Рецензенти:
д-р психол. наук, проф. С.Д.Максименко,
д-р соціол. наук, О.І.Вишняк,
д-р пед. наук, проф. Л.М.Паламар

Рекомендовано вченою радою
факультету соціології та психології
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(протокол № 1 від 30 серпня 2004 року)

Редакційна колегія:
д-р психол. наук, проф. Л.Ф.Бурлачук; д-р філос. наук, проф. В.І.Волович;
д-р філос. наук, проф. Б.А.Головко; д-р пед. наук, проф. Н.М.Дем'яненко;
д-р пед. наук, проф. М.П.Лещенко; д-р психол. наук, проф. Ю.Л.Трофімов;
канд. соціол. наук, доц. В.В.Чепак; д-р соціол. наук, проф. Ю.І.Яковенко.

Відповідальний редактор – чл.-кор. НАН України, д-р іст. наук, проф. В.Б.Євтух

Суспільні процеси: психолого-педагогічні та соціальні аспекти : Збірник наукових праць. – К.: Видавничо-поліграфічний центр "Київський університет", 2004. – 336 с.

Відповідальність за достовірність фактів, цитат, імен та інших даних несуть автори публікацій.

**© Київський національний університет імені Тараса Шевченка,
ВПЦ "Київський університет", 2004**

О.В.Корнієнко, канд. психол. наук, доц.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ МІЖКУЛЬТУРНИЙ АНАЛІЗ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я, ХВОРОБИ НАСЕЛЕННЯ РІЗНИХ КРАЇН СВІТУ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ПСИХОЛОГІВ

Сучасна підготовка фахівців з психології за кордоном у відповідних навчальних закладах орієнтується на досить ґрунтовне дослідження проблем поведінки особистості на різних її рівнях: психічному, фізичному, духовному здоров'ї людини, у взаємозв'язку з такими сторонами життя як політика, економіка, професійне спрямування особистості, яка самореалізується, способом життя, ставленням до довкілля, людей тощо. На матеріалі власного аналізу проблеми та участі автора в міжнародній навчально-освітній програмі "Tempus-Tacis" протягом 1996-1999 років можливо зробити певні висновки:

1. Підготовка фахівців з психології відбувається у Західній Європі на соціальних та гуманітарних факультетах Гентського (Бельгія), Лейденського (Голландія) та Лондонського університетів.

2.Організація освітньої, консультативної, психотерапевтичної, психокорекційної, практичної та науково-дослідницької роботи з широкими верствами населення в Західній Європі проходить у тісній взаємодії психологів, психіатрів та соціальних працівників з урахуванням чіткого розподілення професійних обов'язків.

3. Доцільність виділення даної напрямку в навчальному процесі підготовки психологів в Україні можна пояснити розширенням міжнародних зв'язків у різних галузях: навчальній роботі, стажуванні (студентів, викладачів), розширенні ділових контактів з фахівцівцями країн далекого зарубіжжя.

4. Безумовно важливим у роботі психолога є спілкування з людьми різних національностей, культур, віросповідувань стосовно їх власного психічного й фізичного здоров'я, гармонійного стилю життя та можливими проявами адиктивної, антисоціальної поведінки. На нашу думку, саме цей аспект не враховується в навчальному процесі підготовки психологів в українських вузах. Представлена стаття та позиція автора не претендує на висвітлення досить складної проблеми у цілому. Її слід розглядати як один із аспектів напрямку досліджень, який автор розробляє протягом останніх років, а саме: *"Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді". Тому, метою даної статті є знайомство майбутніх психологів України з станом опрацювання названої проблеми в публікаціях фахівців різних країн світу.*

Випускники українських вузів, де здійснюється підготовка психологів, повинні бути добре обізнані з реальними цінностями багатьох народів світу стосовно ставлення до проблем здоров'я та хвороби. Студентам, аспірантам, науковцям, відповідних відділень рекомендується звернутися до першоджерел – етнопсихології – міждисциплінарної галузі знань, що вивчає етнічні особливості психіки людей, національний характер, закономірності формування функції національної свідомості, етнічних стереотипів, механізми групової психології всередині етнічних спільнот, а також у стосунках між ни-

ми (народності, нації). На початку XX ст. ці ідеї набули свого розвитку і часткової реалізації у "психології народів" В.Вундта [1].

Нагальність створення спеціальної дисципліни –"психології народів" – було проголошено вже в 1860 р. М.Лацарусом та Х.Штейнталем, які визначили "народний дух" як особливе, замкнене утворення, що знаходить свій вияв у психологічній схожості індивідів, котрі належать до окремої нації, а водночас і як свідомість, заміст якої може бути розкрито шляхом порівняльного вивчення мови, міфології, культури.

Як показують експерти, наприклад, [18], ставлення до цінностей здоров'я та хвороби змінювалося у представників різних культур світу протягом довгої історії людства: "Менш ніж сто років тому рівень смертності немовлят в Європі та Північній Америці був таким саме високим, як і зараз у країнах світу, що розвиваються". Наприклад, рівень смертності немовлят в Нью-Йорку в 1900 році становив приблизно 140 випадків на 1000 дитячого населення, так само як і в Бангладеш сьогодні. Дослідження, проведене в місті Бермінгем (Англія) 1906 року, виявило, що рівень смертності немовлят становить майже 200 на 1000 дітей – більше, ніж у будь-якій країні світу в 1980-ті роки. Ретроспективний аналіз цієї статистики показав, що основні причини смертності немовлят в Нью-Йорку та Бермінгемі були подібними до тих, які існують в теперішніх країнах, що розвиваються, і – це хвороби розладу шлунку, неадекватне харчування, дихальні інфекції та сильний кашель.

Загальний аналіз історії країн світу з позиції культурологічних порівнянь може бути досить драматичним. Культура кожної сучасної країни відрізняється від інших та від культури, яка існувала у цій країні 200 років тому. Спосіб життя також змінювався в кожній культурі, що теж впливало на рівень захворюваності.

Закономірно випливає питання: "Чим же на сьогодні день відрізняються прояви хвороби людей різних культур?" За даними [25], окремі форми раку шлунка виявляються частіше в Японії, ніж у Сполучених Штатах Америки, але щодо раку грудей у жінок та простати у чоловіків спостерігається протилежна статистика. Більш того, існують значні відмінності у країнах щодо виявів специфічних форм раку навіть між регіонами однієї і тієї ж країни. Частково ми можемо пояснити відмінності в проявах хвороби між регіонами через міжкультурні особливості, такі як дієта та здоровий спосіб життя. На думку R.Diaz-Guerrero[9], хоча люди у всьому світу цінують добре здоров'я, населення в деяких країнах, таких як Франція та Італія, вважає, що цінність здоров'я для них є більшою, ніж для людей в інших країнах, як Ліван і Туреччина. Здається логічним припустити, що чим вище люди цінують своє здоров'я, тим більшою є вірогідність того, що вони будуть піклуватися про нього.

Уявлення людей про причини хвороби також змінювалося протягом історії. Згадаємо вірування, поширені в середні віки щодо причин хвороб: люди тоді вважали, що за все були відповідальними злі духи. Сьогодні освічені люди у промислово розвинених країнах відхиляють ці думки. Разом з тим можна навести інші приклади з розповіді однієї людини: *"Я чув про людей зі зміями в їх тілах, та як вони туди потрапляють, я не знаю. У такому разі люди звертаються до знахарів, які примушують зміїв виходити з тіл. У моєї сестри було щось подібне, у неї в руці була змія. Вона була досить молодою жінкою.*

Я пам'ятаю її хворою, дуже хворою, та хтось розказав їй про цілителя в іншому маленькому містечку, її відвезли туди. Ця змія просто повзала вгору по її руці, до б вона не була. Її дійсно можна було бачити"[20].

Звичайно такий рівень мислення можна вважати типовим лише для людей у слаборозвинених регіонах та країнах, однак слід визнати, що більшість людей живе саме у таких суспільствах. І цей погляд не є поодиноким. Інша група дослідників припускає, що культурні відмінності у віруваннях про здоров'я та поведінку можуть бути в більшості випадків результатом етнічних особливостей, а саме, думки про те, що хвороба є покаранням, і наслідком надприродних впливів на людей [13]. Віра в те, що хвороба – це результат впливу надприродних факторів, загальноприйнята серед більшості меншин, включно з афроамериканцями, американцями мексиканського, азіатського походження і навіть корінних американців [6]. Таким чином, вважається доцільним досліджувати велику кількість факторів (змінних), які можуть бути причиною захворюваності, з метою загального розуміння поведінки людей, орієнтованої на підтримання здоров'я, та виділення їх культурних особливостей.

На прикладі Сполучених Штатів Америки можна продемонструвати динаміку зміни міжкультурних цінностей у життєдіяльності емігрантів з різних країн світу. Емігранти привозять з собою цінності, ідеї та традиції здоров'я своїх країн. Багато китайських емігрантів вірять у те, що захворювання є результатом дисбалансу протилежних сил в тілі людини – "Інь" та "Янь" [8]. Наприклад, відповідно до цього погляду занадто велика кількість "Інь" (жіноче начало) викликає простуди та гастричні порушення, надлишок "Янь" (чоловіче начало) – лихоманку та знесилення організму. Спеціалісти з традиційної китайської медицини лікують хвороби, прописуючи особливі трави та їжу, чи використовують акупунктуру – методику введення тоненьких голок у певні місця під шкіру людини. Ці методи спрямовано на корекцію балансу "Інь" та "Янь". Іммігранти в разі хвороби часто використовують свої національні методи лікування замість загальноприйнятих для населення Сполучених Штатів Америки. Вони також можуть справляти тиск на своїх дітей та онуків, щоб вони дотримувалися цих нетрадиційних методів.

Релігія також являє собою певний аспект культури. Багато релігій у Сполучених Штатах Америки включають вірування, які стосуються здоров'я та хвороби. За даними [16], свідки Ієгови відмовляються вживати кров та продукти крові під час медичного лікування. Християнська наука відхиляє вживання ліків, віруючи в те, що хвороби лікуються тільки ментальним (розумовим) шляхом, тому хворій людині необхідні тільки молитва та порада. Ці вірування викликають легальні конфлікти між релігією та представниками служби охорони здоров'я, особливо в разі, коли батьки відмовляються від медичного лікування дітей у загрозливих для життя ситуаціях.

Деякі релігійні напрямки включають специфічні вірування, що спонукають до здорового стилю життя. Адвентисти Сьомого Дня вірують у те, що тіло "це храм духу святого", і вважають одним із завдань людини – догляд за своїм тілом. Адвентисти утримуються від вживання тютюну, алкоголю. Крім цього, вони пропагують серед членів своєї церкви ідею занять фізичними вправами та вживання корисної для здоров'я їжі. Зрозуміло, що міжкультурні

фактори відіграють значну роль у здоров'ї людини. Разом з тим, наші знання про це є неповні й потребують поглиблення шляхом детальних досліджень.

Психологам слід також враховувати, що поняття здоров'я загалом та поведінка здорових людей, пов'язані з двома соціально-культурними факторами: соціальним та національним походженням(представники меншин).

Концепція соціального класу чи соціоекономічного статусу характеризує відмінності представників різних прошарків суспільства[11], що відображаються в трьох основних показниках: прибуток, престиж професії та освіта.

Майже всі аспекти добробуту та здоров'я знаходяться в кореляційній залежності з соціальним походженням людини[14]. Для індивідумів з низьких соціальних класів більшою мірою, ніж для представників вищих класів, властиві:

Народження дітей з малою вагою.

Смертність у ранньому дитинстві.

Розвиток довготривалих захворювань у зрілому віці.

Обмежена активність через хворобу.

Люди з найнижчих класів меншою мірою дотримуються здорового способу життя порівняно з представниками вищих класів, наприклад, вони, більше палять, менше займаються спортом, не усвідомлюючи, що самі можуть активно сприяти підтриманню власного здоров'я. Дослідження також свідчать, що люди з нижчих класів мають менші знання про фактори ризику. На думку [12], люди можуть знижувати фактор ризику виникнення серцево-судинних захворювань, контролювати кров'яних тиск, кинувши палити та вживаючи дієту з низьким рівнем холестерину.

Представники меншин є виразним прикладом безвідповідального ставлення до здоров'я. Так, на сьогодні дитина, народжена на Кубі, має більше шансів дожити до одного року, ніж пересічний американець африканського походження. Рівень смертності серед немовлят в Америці у двічі вищий у чорношкірого населення, ніж у білих мешканців. Відмінності у стані здоров'я за расовими ознаками були особливо помітними на початку століття, та і на сьогодні це залишається нерозв'язаною національною проблемою.

Дві меншини, для яких кількість факторів ризику для здоров'я є найбільшою, – це американці африканського та латиноамериканського походження. Загалом, показники здоров'я та фактори ризику у іспанців, португальців, латиноамериканців є проміжними, вони не можуть розглядатися ні як негативні по відношенню до афроамериканців, ні як позитивні – до білого населення. Багато людей з цих меншин проживають у місцевостях, які не є сприятливими щодо дотримання поведінки, спрямованої на захист власного здоров'я. Афроамериканці та іспаномовні жителі частіше зазнають травм, потерпають від насильства [19]. Вони більш схильні до паління, зловживання спиртним та наркотиками, ніж біле населення. Те, що значно відрізняє ці дві меншини (особливо молодих чоловіків) від їх білих однолітків, – це в декілька разів більший показник смертності внаслідок насильства. Ці показники вражають, але розв'язання цих проблем вимагатиме багато часу, зусиль та соціальних змін.

Яким же чином суспільство може допомогти своїм громадянам жити й дотримуватися здорового стилю життя? Одним із перших кроків мають стати програми боротьби з бідністю. У сучасному суспільстві люди відрізня-

ються за віком, статтю, соціокультурним походженням, тому підтримання здоров'я та профілактика хвороб потребують вирішення специфічних питань щодо здоров'я людини, стилю її життя з урахуванням когнітивних (розумових) можливостей та вірувань індивіда та особливостей виконання статевих ролей у певній групі населення.

Автор підручника "*Психологія здоров'я. Біосоціальні взаємовпливи*" Е.П.Сарафіно [17], бачить реальний вихід із складної ситуації через запровадження засобів і методів одного з сучасних наукових напрямків – "психології здоров'я", за допомогою якого можна було б інтегрувати дослідження цих питань, аби забезпечити більш специфічне й практичне їх застосування серед населення різних вікових категорій.

Е.П.Сарафіно відкриває дискусію серед відомих фахівців та майбутніх психологів формулюючи такі дискусійні питання: "*Які сьогодні причини дитячої та підліткової смертності у світі?*" Найбільш важливо не є хвороба, а смертність від нещасних випадків, травм (за даними відділу здоров'я та соціальних служб Сполучених Штатів Америки,[24]). Нещасні випадки становлять причину половини дитячих смертностей, найбільший її показник пов'язаний з автотранспортом. У дитинстві існують дві найбільш поширені причини смертності – рак та вбивство, у підлітковому віці – вбивство та самогубство.

На побутовому рівні, люди часом питають себе: "*Чому більшість людей не дотримуються здорового стилю життя?*" Не існує простої відповіді на це запитання. **По-перше** – менш здорова поведінка дає дорослим людям миттєве задоволення (адитивна, екстремальна поведінка тощо). Рекомендації вчителів, батьків, лікарів щодо можливих негативних наслідків на здоров'я сприймаються ними як нереальні і далекі. **По-друге** – люди досить часто відчувають соціальний тиск для участі в нездоровій поведінці, що призводить до формування психофізичної залежності від різних форм адикцій. **По-третє** – наступає період у житті людини, коли вона не усвідомлює небезпеку від адиктивної поведінки і не може самостійно змінити її. Психолог C. Thoresen [23] висловив думку про те, що "*людей необхідно навчити, як бути більш відповідальними за своє здоров'я й добробут, особливо коли соціальне оточення відверто підштовхує до безвідповідальної та нездорової поведінки*".

На формування цінностей підростаючого покоління впливає система взаємодії біологічних, психологічних та соціальних аспектів людського життя. З точки зору фахівців [10, 22], це дасть можливість зрозуміти сутність таких понять: здоров'я людини, хвороби, психосоматичного стану як біопсихосоціальної моделі людини. Дослідження питань поведінки і здоров'я людини, динаміки її психічних процесів розглядаються у трьох сферах: когнітивній, емоційній та мотиваційній.

Міжкультурні дослідження також потребують особливої уваги. Фахівці володіють неоднозначною інформацією про культурні відмінності у сприйнятті симптомів хвороби та використанні можливостей медичного обслуговування, але дослідження з цих відмінностей вважаються дуже застарілими й неповними. Дослідження у галузі психології здоров'я за межами Північної Америки розвиваються дуже повільно, навіть у Європі [21]. У країнах, що розвиваються, де поширені інфекційні захворювання та недоїдання більше 16 млн. дітей

помирає кожного року у віці до п'яти років. Кількість людей, уражених вірусом СНІДу, наприклад в Африці, є вражаючою і швидко зростає [5].

На 1 квітня 2002 року в Україні зареєстровано 45 714 ВІЛ –інфікованих. З них 3284- діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками; 3500 –хворі на СНІД. В Україні з 1987 по 2002 рік 1602 дорослих та 58 дітей померло від СНІДу. Україна займає перше місце в Європі по кількості ВІЛ-інфікованої молоді у віці від 15-24 років. Друге місце належить Португалії, третє займає Швейцарія, Іспанія (За даними Українського Інформаційного центру з проблем алкоголю та наркотиків,[4].)

Населення країн де існує термінова потреба в зміні поведінкових факторів ризику, все ще не усвідомили, що принципи психології здоров'я можуть допомогти підтримувати суспільне здоров'я, а це вимагає проведення досліджень для визначення шляхів адаптації даних принципів, які ефективно працюють на теренах Сполучених Штатів Америки та інших промислово-розвинених країн, до умов інших культур.

В працях [7,15] наводяться дані про те що питання здоров'я жінок і їхніх статевих особливостей меншою мірою досліджувались фахівцями психології здоров'я до початку 1980-х років, але відтоді стались зміни – у дослідженнях почали порушуватися питання здоров'я, котрі є характерними для жінок, такі як менструальні проблеми та ставлення до раку грудей; відмінності між чоловіками й жінками за різними показниками, таким як стрес, особливості поведінки типу А та Б, ризик захворювання на СНІД, регуляція ваги, паління і вживання алкоголю. На сьогодні дослідження статевих особливостей посідають чільне місце серед досліджень психології здоров'я. Ці роботи надають можливість виділити особливі та загальні аспекти здоров'я жінок та чоловіків, їх поведінку щодо захисту здоров'я та деякі спеціальні заходи для його систематичного підтримання.

У структурі підготовки майбутніх фахівців з психології на факультеті соціології та психології Київського Національного Університету імені Тараса Шевченка, на нашу думку, вже визріла нагальна потреба у розширенні й доповненні як нормативних курсів, так і спецкурсів за вибором у напрямку надання студентам практичних навичок у роботі з хворими і здоровими людьми з урахуванням міжкультурних особливостей людей різних країн світу. Зацікавлені студенти, аспіранти, викладачі та науковці можуть познайомитися з власним досвідом автора статті надіславши запитання електронною поштою: okornien@socd.univ.kiev.ua Особливо рекомендується опрацювати окремі розділи навчального посібника та інші статті [3,2]:

Інтернаціональність понять: здоров'я, хвороба, проміжний стан між здоров'ям та хворобою.

Соціокультурні фактори, поведінка здоров'я і статеві особливості.

Багатофакторність моделей поведінки людей (орієнтованої на хворобу та здоров'я).

Дослідження та порівняльний аналіз ставлення до здоров'я та хвороби в межах соціокультурної моделі (на прикладі Японії та Голландії).

Комплексний міждисциплінарній підхід до проблеми здоров'я, хвороби, третього проміжного стану (на прикладі порівняльного аналізу стану здоров'я населення України та Росії).

На основі викладеного порівняльного аналізу праць вітчизняних та зарубіжних фахівців можна зробити такі висновки:

1. Міжкультурні цінності формування, корекції відхилень у здоров'ї людей різних вікових категорій знаходяться під значним впливом інтересів індустріально-розвинених держав світу. Очевидними стали факти про широкі можливості ефективного дослідження людей різних рас, національностей, етнічних груп для подальшого наукового, економічного прогресу та рівня життя в різних країнах світу. Підтвердженнями є факти ефективного використання коштів для формування, розвитку, корекції проявів психічного та фізичного здоров'я, особливо серед молоді різних країн світу.

2. Людством накопичений значний потенціал знань, умінь, навичок, відповідної моралі, духовності, орієнтації на постійний гармонійний розвиток особистості в новому XXI столітті. На прикладі існування багатонаціональних країн, на території яких проживає значна частина емігрантів, можливе проведення міжкультурних досліджень порівняльного характеру (традиції, звички, стиль життя, способи лікування хвороб та підтримання здоров'я). У літературі зустрічаються дані про позитивні результати взаємодії різних культур. До таких результатів належать – широкі можливості спільних досліджень способів лікування, діагностики та профілактики хвороб, навчання методик самостійного збереження здоров'я особистості представниками Східної та Західної психології, медицини. Фахівцями, наприклад, китайської медицини накопичений майже трьохтисячолітній досвід та знання з цієї галузі. Залишається, знайти взаєморозуміння, щире бажання двох наукових шкіл до співробітництва, аби позбавити людей від хвороб цивілізації: СНІДу та ВІЛ-інфекції, ракових, серцево-судинних, психосоматичних та інших захворювань, а також схилити людей до установки на довге, щасливе, здорове життя.

1.Вундт В. Элементы психологии народов (основные черты психологической истории развития человечества).- СПб.,1913. 2.Корнієнко О.В. Цінність психосоматичного здоров'я підростаючого покоління // Практ. психологія та соц. робота. – №10.-1998. 3.Корнієнко О.В. Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей: Навч. посібн. – К.: Видавничий центр "Київський університет", 2000. 4.Український Інформаційний центр з проблем алкоголю та наркотиків. http:// www.adic.org.ua 5.Altman L.K. World Health Organisation Says 40 million will be infected with AIDS virus 2000 // New York Times.- June 18.-1991. 6.Baily E. Sociocultural factors and health care seeking behavioral among Americans // J.Natl.Med.Assos.-Vol.79.-1987. 7.Blechman E. Behavioral medicine and women's health issues: Responding to the challenges of biological events// Behavioral Medicine Update.- Vol.5. -1983. 8.Campbell T., Chang B. Health care of Chinese in America // Transcultural heath care. – Menlo Park, 1981. 9.Diaz-Guererro R. Behavioral health across cultures. A handbook of health enhancement and dieses prevention.- N.Y.,1984. 10.Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine// Science.- №.196.-1977. 11.Fitspatrick R., Scambler G. Social class, ethnicity, and illness // The experience of illness.-London,1984. 12.Hossack K.F., Leeff N.B. Influence of educational and work history on patient perception of cardiovascular risk factors // J. of Cardiopulmonary Rehabilitation.- Vol.7. -1987. 13.Landrine H., and Kloff F.A. Cultural

diversity in casual attributions for illness: The role of supernatural // J. Behav. Med.- №17.- 1994. 14.Marmont M.G., Kogevinas, M.,Elston, M.A. Social / Economic status and diseases // Annual Review of Public Health.- Vol.8.-1987. 15.Matthews K.A. Are sociodemorafic variables markers for psychological determinants of health? // Health Psychology.- Vol.8. - 1989. 16.Sacks D.A., Koppes R.H. Blood transfusion and Jehova's Witnesses: medical and legal issues in obstetrics and gynecology // Amer. J. of Obstetrics and Genecology. Vol.154.- 1986. 17.Sarafino E. Health psychology. Biopsychosocial Interaction – N.Y.,1994. 18.Scholnik A.S. The psychology of human development. – San Diego, 1986. 19.Schnke S.P., Scholling R.F., Gilchrist L.D. Hispanic and black adolescents? Prevention and health promotion // Behavioral Medicine Abstracts.- Vol.7.-1986. 20. Snow L.F. Folk medicine beliefs and their implications for care of patients: A review based on studies among black Americans // Transcultural health care.- Merlo Park, 1981. 21.Schmidt L.R., Dlugosch G.E. Health psychology within the European health care systems // The international development of health psychology. -Chur,1991. 22.Schawarts G.E. Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – №.50.-1982. 23.Thoresen C.E. Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention. New York, 1984. 24.United States Department of Health and Human Services. -Washington, 1991. 25.Williams C.J. Cancer biology and management: An introduction.- N.Y.,1990.

Л.Г.Терлецька, канд. психол. наук

ІНТЕГРОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ: ЗМІСТ, ФОРМИ, ФУНКЦІЇ

В останнє десятиліття зростає інтерес дослідників і практиків до проблем і можливостей розвитку інтегрованої психотерапії (Б.Д.Бейтман, М.Р.Голдфрід, Дж.С.Норкросс, 1989). Про значимість інтегрованого руху у психотерапії свідчить і видання міжнародного журналу "Журнал інтегрованої й еклектичної психотерапії". Інтегрована психотерапія, що використовує сполучення прийомів різних психотерапевтичних напрямків, припускає насамперед концептуальний синтез різних теоретичних систем психотерапії.

Метою нашого дослідження є теоретичний аналіз змісту, форм і функцій сучасної інтегрованої психотерапії.

Інтегрована психотерапія може розвиватися на основі таких підходів: 1) використання еклектичної моделі, що поєднує різні методи психотерапії, виходячи з потреб практики; 2) інтеграція відповідних наукових дисциплін – медицини, психології, соціології, педагогіки, нейрофізіології, філософії, психолінгвістики тощо; 3) синтез теоретичних положень різних психотерапевтичних орієнтацій з урахуванням провідної концепції особистості та її розвитку. Істотні можливості для розвитку інтегрованої психотерапії надає також пошук спільного знаменника для різних теоретичних моделей за допомогою перекладу їхніх понять на загальноприйняту термінологію або шляхом опису психотерапевтичного процесу з позицій різних напрямків.

Розвитку інтегрованого руху в психотерапії сприяли такі фактори: 1) поширення численних форм і методів психотерапії, що утруднює вибір, а також їхнє вивчення й застосування; 2) неадекватність жодного з психотерапевтичних напрямків для всіх категорій клієнтів; 3) пошук загальних базових про-