

наук.-метод. центр практ. психол. і соц. роботи, 2024. – 56 с.
URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/741738>

6. Результати опитування щодо поширення симптоматики психічного травмування учасників освітнього процесу, які перехворіли на COVID-19 та/ або втратили близьких в умовах війни : препринт / за наук. ред. В. Г. Панка ; [авт. кол.: В. Г. Панок (керівник), І. І. Ткачук, Д. Д. Романовська, В. В. Предко, Р. А. Мороз, Т. Д. Каменщук, Н. В. Сосновенко, Г. В. Якимчук ; НАПН України, Укр. наук.-метод. центр практ. психол. і соц. роботи]. Київ : Укр. наук.-метод. центр практ. психол. і соц. роботи, 2024. 115 с. ISBN 978-617-7118-45-8
URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/741737>

РОЗВИТОК МЕНТАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ МВТ-ТЕРАПІЇ

Педорченко Марія Петрівна

здобувач вищої освіти факультету публічного управління,
соціальних та природничих наук, спеціальності 053 «Психологія»

КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти»

Науковий керівник: Яцюк Марія Валеріївна

ORCID ID: 0000-0002-2393-9964

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології КЗВО «Вінницька академія безперервної
освіти»

Україна

Актуальність теми, розробка її у науковій вітчизняній та зарубіжній літературі. Відновлення ментального здоров'я українців є

ключовою проблемою психологічної практики. На державному рівні розпочата розробка Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, яка ставить за мету формування культури турботи про ментальне здоров'я та подолання стигматизації психотравми населення України.

У сучасній психологічній науці проблема розвитку менталізації особистості розглядається в контексті теорії суб'єктності особистості та концепції збереження ментального здоров'я. Концепт менталізації визначає несвідому, так само як і свідому психічну активність особистості, яка реалізується у спроможності розуміти та уявляти психічні стани, наміри чи переживання людей у ситуації аналізу їх поведінки [5].

Мета статті: теоретико-експериментальне обґрунтування ефективності розвитку менталізації особистості юнацького віку засобами МВТ-терапії.

Виклад основного матеріалу Головна мета терапії, заснованій на менталізації (скорочено МВТ), полягає у спонуканні суб'єкта до самопізнання та самоусвідомлення. Вірна Ж.П. у дослідженні МВТ-терапії дітей – жертв насилля у психотерапевтичному супроводі, заснованому на менталізації, виділяє такі етапи [1]:

1. Оцінка здатності особистості до менталізації (анамнез), передбачає аналіз контексту важливих відносин, які потребують найбільшої менталізації у відповідь на високий рівень афекту.
2. Укріплення терапевтичного альянсу за збереження менталізуючої позиції, де найчастіше психологи в роботі з клієнтами займають позицію зацікавленості або незнання, підкреслюючи інтерес до історії суб'єкта з усіма альтернативними варіантами його мислення і сприйняття.

3. Заключний етап зміщує акцент роботи на міжособистісних та соціальних взаємостосунках особи, тому визначається індивідуальним підходом.

Окреслені науковицею етапи конкретизовані у статті Choi-Kain L.W., Brandon T.U. з використання МВТ-терапії в роботі з пацієнтами з межовим розладом особистості: психодіагностичний етап, а саме, психологічна оцінка здатності суб'єкта до менталізації із вивченням етіології труднощів ментального здоров'я; складання програми розвитку менталізації та реалізація психокорекції з афективного фокусування; завершальний етап – інтеграція досвіду роботи [4].

На Рис. 1 наведена структура етапів терапевтичних втручань, заснованих на менталізації.

Рисунок 1



Процесуальна модель психотерапії, заснованої на менталізації

Проаналізуємо завдання кожного етапу та послідовність їх вирішення.

Психодіагностичний етап. Мета діагностичного етапу полягає у спонуканні особистості до інтроспекції та рефлексії. Клієнта запрошуємо до вільної рефлексивної оповіді про себе та власне життя. Якщо особою

означаються проблеми, ми можемо уточнити як особисто оцінює їх вона, чи має їм категоризацію і, найважливіше, як це тлумачить та що переживає з цього приводу. Вже на цьому етапі стає доступною діагностика здатності до металізації особистості.

Додаткове завдання етапу – формування робочого альянсу. Завдання психолога полягає у тому, аби бути вдумливим, чуйним і часом обнадійливим. МВТ-терапія починається з оцінки та формулювання проблем та запиту роботи клієнта в рамках ментального підходу. Психолог і клієнт спільно досліджують наявні проблеми, щоб зосередити спільну увагу на узгодженому розумінні практичної роботи. Цей перший крок забезпечує надійну базу, з якої можна вирішувати проблеми в процесі психокорекції.

Оцінка загальних здібностей металізації особистості починається з загальної розповіді про проблеми, які стали каталізатором звернення за допомогою. В аналізі відповідей ми звертаємо увагу на сильні боки металізації особистості, її емоційну компетентність. Головне завдання терапевтичного процесу – взаємне дослідження переживань у конкретних стресових ситуаціях та наданого ним особою суб'єктивного значення.

Особлива увага приділяється тому, як ускладнена металізація пов'язана з антивітальною поведінкою. Психолог досліджує здатність особи підтримувати і відновлювати мислення, коли їй кидають виклик емоційно навантажені події, такі як фрустрації, конфлікти, відкидання (реальні або уявні). Важливі події розвитку та взаємостосунки з фігурами прив'язаності, як з минулого, так і сьогодення, обговорюються для того, щоб з'ясувати, як мислить людина в темі близьких стосунків і як ця здатність руйнується.

Досліджуючи ці сфери, психолог шукає спонтанні описи певних нементалізуючих способів, які є надмірно відірваними від емоцій (удаваний спосіб), є необґрунтовано впевненими (психічна еквівалентність) або конкретними (телеологічний спосіб). Порухене мислення спостерігається

тоді, коли у фокусі суб'єкта виникають поляризації суджень. Клієнту пропонується включити відсутню точку зору в більш збалансовану перспективу, що дозволяє оцінити його здатність розширити надмірно жорсткі, реактивні, нереалістичні або емоційно порожні перспективи.

Початкова оцінка дає загальне розуміння того, як проблеми пов'язані з ірраціональним мисленням, емоційним збудженням та почуттям прив'язаності. Психолог підсумовує свої висновки у відкритій, доступній формі. Клієнтів просять подумати і переглянути формулювання емоційних і реляційних патернів, щоб сприяти постійному розвитку і поглибленню саморозуміння. Початкова фаза роботи включає психоедукацію щодо концепцій менталізації, прийомів саморегуляції у виході з кризових станів (фрустрації, розпачу, панічного атакування, відчаю, люті тощо).

Окремим етапом роботи з клієнтом є обговорення та ухвалення психотерапевтичного контракту. Це домовленість про взаємну відповідальність щодо психокорекційного процесу. Психолог бере на себе відповідальність із повагою та відповідною кваліфікацією працювати над запитом клієнта, а клієнт бере на себе зобов'язання включено працювати над піднятими проблемами, дотримуватися графіку та правил роботи. Серед ключових правил такі: клієнт несе відповідальність за утримання від усього, що заважатиме і знижуватиме інтерес до психологічної роботи (вживання алкоголю чи інших препаратів, що змінюють стан свідомості; подвійні стосунки з психологом) та дотримання домовленості щодо графіку роботи [4].

Серединний етап має на меті розвиток менталізації, а саме формування експліцитної та імпліцитної менталізації та опрацювання афективного фокусування. Психотерапія на основі менталізації є структурованою та активною практикою, що триває протягом 6 – 18 місяців, упродовж яких клієнт бере участь у щотижневих індивідуальних та групових заняттях. Перш ніж працювати з навичками менталізації, психолог

працює над розвитком надійної прив'язаності клієнта, що реалізується у вибудовуванні робочого альянсу. У деяких випадках кризове втручання може бути частиною плану роботи.

Ось деякі з методів, які використовуються в терапії, що базується на менталізації: дослідження психічного стану клієнта; ідентифікація емоцій; валідація та емпатія; прояснення зв'язку між почуттями та поведінкою клієнта; осмислення власної точки зору клієнта у дослідженні емоцій, уважність до сумнівів та протиріч; опрацювання думок і почуттів клієнта щодо терапевтичних стосунків; заохочення клієнта враховувати думки та почуття психолога та інших членів групи; роздуми про те, як сприйняття клієнта про себе відрізняється від того, як його сприймають інші; обговорення протиріч між клієнтом і психологом або групою, коли вони виникають.

У клієнтів, які перебувають у позиції епістемічної недовіри, терапевтичні спроби, спрямовані на зондування, співчутливу підтримку та саморефлексію, можуть ненавмисно дестабілізувати менталізацію шляхом ескалації емоційного збудження та гіперактивації незахищених або дезорганізованих процесів прив'язаності. Ці ятрогенні порушення мінімізуються шляхом розгортання базової позиції менталізації, яка слугує «безпечною базою», з якої психолог сприяє правильній менталізації та полегшує її відновлення, коли вона втрачається [6].

Психолог відстежує рівні менталізації, емоційного збудження та активації прив'язаності, які змінюються упродовж роботи. Мета полягає в тому, щоб стимулювати рівно стільки емоційної реактивності, щоб дослідження нових перспектив набуло сенсу, але не настільки, щоб мислення руйнувалося через некероване збудження.

В ході роботи ретельно збалансовуються стратегії підтримки, щоб розвинути відповідний рівень довіри та емоційного збудження, необхідний для ефективною рефлексії [2]. Спочатку стратегії підтримки з емпатичними

маневрами валідації використовуються для прояснення та розробки перспектив клієнта. Більш складні втручання допомагають йому розібратися в емоційних підводних течіях і динаміці стосунків, що виникають у терапевтичних відносинах, які зазвичай відображають аналогічну дисфункцію у відносинах поза консультуванням.

Дотримання моделі МВТ посилюється завдяки фокусуванню психолога на афектах клієнта, які непокоять його в реальному житті та проявляються в індивідуальній та груповій сесії. Психолог розвиває запит клієнта демонструючи перетини реакцій клієнта, спонукає концептуалізувати афект у керованому міжособистісному контексті.

На *завершальному етапі* роботи важливо інтегрувати набутий досвід менталізації клієнтів у широкому міжособистісному контексті поза межами терапії.

Відповідно до моделі психотерапії, заснованій на менталізації, розроблена програма розвитку навичок менталізації осіб юнацького віку, яка передбачала 30 год. групової роботи. Було сформовано дві групи по 15 осіб, експериментальну та контрольну. У формуванні груп застосовано метод рандомізації, що полягав у ранговому розподілі досліджуваних між групами. Ключовими критеріями розподілу було обрано показники рівня навичок менталізації та його складових. Утворені групи є еквівалентними, оскільки за розподілом рівнів навичок менталізації показники статистично не відрізняються.

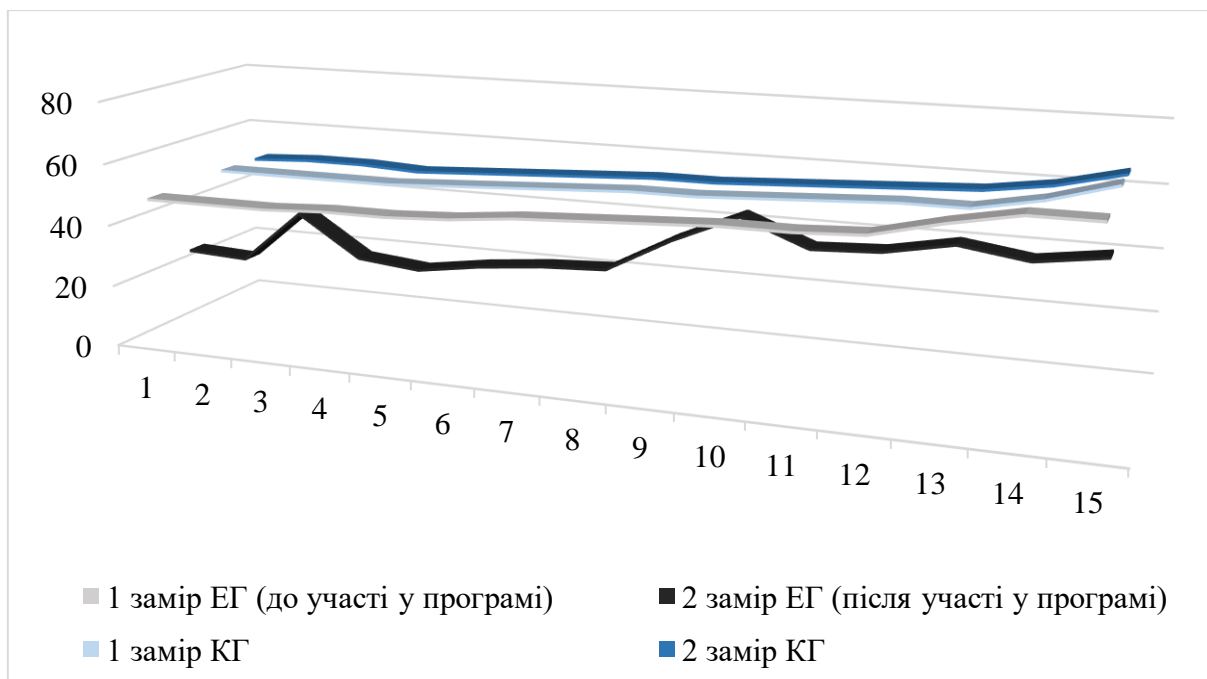
Для вивчення ефективності розробленої програми проведено початкове та повторне дослідження в обох групах, в якому застосовано такі методики: психодіагностична методика вимірювання здатності до менталізації MZQ [3], опитувальник емоційної дизрегуляції; опитувальник «Антивitalність та життєстійкість».

На етапі констатувального експерименту встановлено, щонайменше кожен п'ятий опитаний юнак або ж дівчина має труднощі у менталізації

(23,33 %), що проявляється в ускладненій рефлексії особистих переживань у проблемних ситуаціях та міжособистісній комунікації, аналізі та усвідомленні мотивів вибору власної поведінки та поведінки співрозмовника.

Зміни у проявах навичок менталізації в результаті формувального експерименту наведені на Рис. 2.

Рисунок 2



Порівняльний аналіз змін навичок менталізації у експериментальній та контрольній групах

Примітка:

вісь ОХ – учасники груп (по $n=15$);

вісь ОУ – емпіричні показники індексу менталізації.

Показники змін у контрольній вибірці є випадковими, на що вказує показник Т-критерію Вілкоксона ($T=2,5$, так в 11 випадках залишилися незмінними показники індексу менталізації, а в 1 випадку зменшилися на 1 бал, що відповідає незначущій зміні при $p \leq 0,01$).

За результатами контрольного повторного оцінювання навички менталізації в учасників програми статистично достовірно зросли ($T_{кр}=30$,

$p \leq 0,05$; $T_{кр} = 19$, $p \leq 0,01$ для $n = 15$), а саме коефіцієнт навичок менталізації у 100 % учасників експериментальної групи, параметри саморефлексії у 80 %, емоційного усвідомлення та режим психічної еквівалентності у 93,33 % юнаків та дівчат та навички регуляції афекту у 73,33 % учасників (зміни достовірні на рівні $p \leq 0,01$). Важливо відмітити, що 80 % учасників досягли зниження рівня ускладненої менталізації, а саме 40 % досягли середнього рівня, в той час як на початку роботи у них був зафіксований високий рівень труднощів менталізації, а 46,7 % досягли низького рівня. Результати опитування вказують на труднощі регуляції афекту у кожного 4 юнака або ж дівчини експериментальної групи і потребують більш тривалого періоду опрацювання непродуктивних копінгів.

Зростання навичок менталізації юнаків та дівчат обумовлене рефлексивною роботою учасників над завданнями запропонованої програми щодо осягнення власних переживань, розвитку саморефлексії над мотивами та спонуканнями власних вчинків та поведінки інших людей, аналізі власної самоефективності в активному опануванні викликів життя та осмисленні сенсів важливих подій.

Учасники корекційної програми зауважували, що з початком повномасштабної війни почувалися у бурхливому потоці жахаючих новин, мало рефлексуючи про власну керованість подіями, відмічали застрягання у думках про безсилля та прагненні якнайшвидше позбутися будь-яких нагадувань про події. Розвиток навичок менталізації допомагає юнакам та дівчатам краще розуміти власну життєву ситуацію, долати тривогу та опановувати стрес.

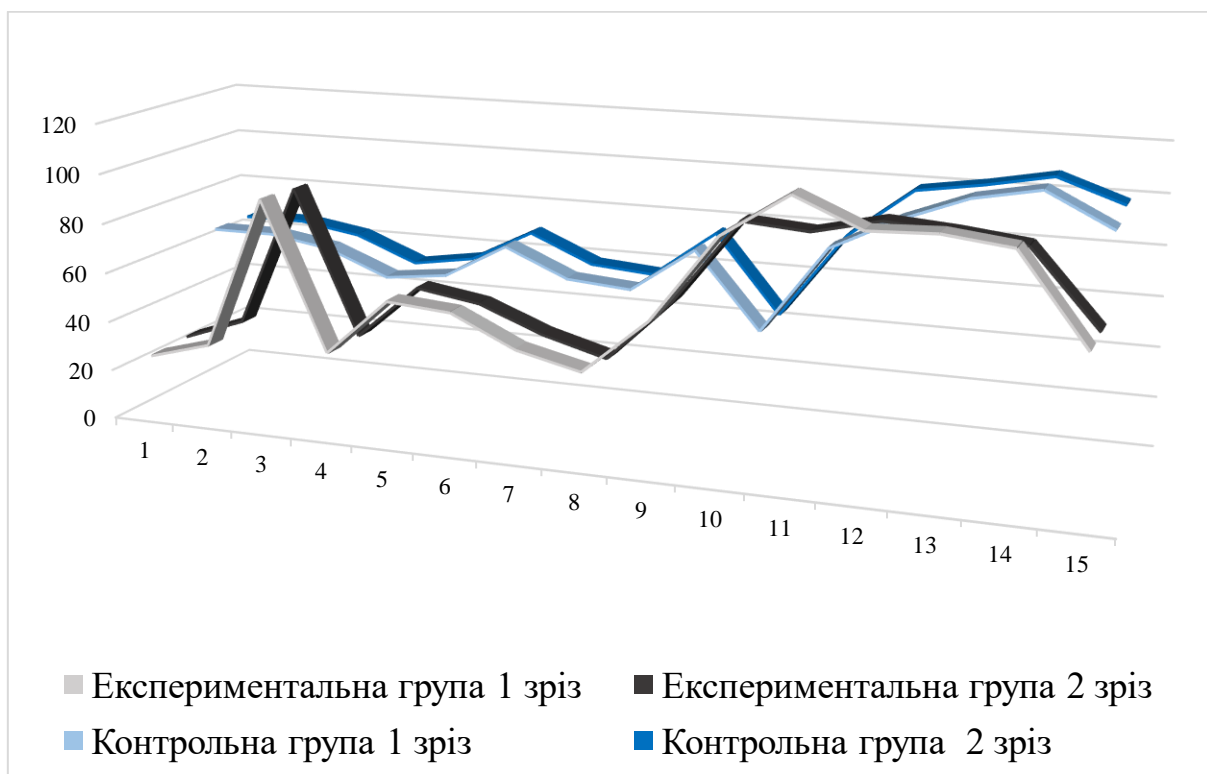
За результатами повторного оцінювання показники емоційної та стресової дизрегуляції в учасників програми статистично достовірно змінилися, а саме коефіцієнт труднощів до менталізації знизився у 80 % експериментальної групи ($p \leq 0,01$), реакції уникання у 40 % учасників ($p \leq 0,05$), стресу у 86,67 % ($p \leq 0,01$) та досягнуто ослаблення румінації у

53,33 % ($p \leq 0,01$), серед них 40 % експериментальної групи мають зниження показників на рівень. Показники змін у контрольній вибірці є випадковими, на що вказує показник Т-критерію Вілкоксона ($T_{кр}=30$, $p \leq 0,05$; $T_{кр}=19$, $p \leq 0,01$ для $n=15$).

Порівняльний аналіз параметрів антивітальності в експериментальній та контрольній групах показано на Рис. 3.

За результатами повторного опитування учасників контрольної та експериментальної груп за опитувальником антивітальності та життєстійкості встановлено, що статистично значущих змін у досліджуваних параметрах в осіб контрольної групи не виявлено.

Рисунок 3



Порівняльний аналіз параметрів антивітальності в експериментальній та контрольній групах

За результатами повторного оцінювання показники антивітальності в учасників програми статистично достовірно зменшилися ($p \leq 0,05$), а життєстійкості зросли ($p \leq 0,01$). Найбільших змін зазнав параметр «тривожних румінацій» ($p \leq 0,01$). Так, за результатами впровадження

програми розвитку менталізації особистості показники антивітальності та життєстійкості в експериментальній групі змінилися у 60 % респондентів, що вказує на зростання рефлексивних навичок особистості. Кожен четвертий учасник зміг знизити на рівень показники антивітальності, що вказує на ефективність впливу розвитку навичок менталізації на профілактику ризиків антивітальності особистості юнацького віку. Обмірковування цінностей, позитивне проєктування майбутнього та покладання надії на успіх щодо власних амбіцій позитивно вплинуло на ствердження життєстійкої спрямованості особистості юнацького віку.

Рефлексивна робота учасників над ризиками ментального здоров'я, що проявляються в антивітальній поведінці, переживаннях та негативних психічних станах допомогла їм усвідомити власну спроможність конструктивного опанування складними викликами життя, дозволила структурувати досвід та мобілізувати засоби впливу та саморегуляції на виклики небезпеки. В учасників посилилося переконання, що власне бачення життя та майбутнього в умовах війни представляє сенс.

Висновки. Застосування методів МВТ-психотерапії дозволяє досягти позитивних змін у розвитку навичок менталізації осіб юнацького віку. Технології МВТ-психотерапії у розвивально-корекційній програмі використовувалися для впорядкування та осмислення змін, які відбулися у житті молодих людей упродовж повномасштабної війни; осмислення власної соціальної активності та життєвої позиції у ситуаціях невизначеності та новизни. Учасники експериментальної групи зауважували, що цілеспрямоване самоспостереження та рефлексія особистісних переживань позитивно впливає на розпізнавання та управління дистресом. Метод МВТ-психотерапії допоміг юнакам та дівчатам осмислити власні стратегії реагування у ситуації небезпеки та невизначеності та випробувати нові моделі впливу та саморегуляції із використанням прийомів експліцитної менталізації.

Список використаної літератури

1. Вірна Ж. П. Насилля дитини: психоаналіз, психотерапія менталізації та досвід альтернативних послуг у Бразилії. Науковий вісник Херсонського державного університету. Секція 4. Історія психології. 2023. Випуск 3. С. 55-63.
2. Лазос, Г. П. Психотехнологія з розвитку резильєнтності у психологів/психотерапевтів, які працюють з постраждалими. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія. Київ, 2020. С. 135–159.
3. Турецька Х.І., Кунікевич Б.І. Україномовна адаптація опитувальника менталізації на неклінічній вибірці. Габітус. Психологія особистості. 2020. Випуск 17. С. 131-136.
4. Choi-Kain L.W., Brandon T.U. Mentalization-Based Treatment: A Common-Sense Approach to Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Times*. 2016. Volume 33. № 3.
5. Fonagy P., Allison E. What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families.* / N. Midgley & I. Vrouva (Eds.) 2012.
6. Hausberg M., Schulz H., Piegler T. Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*. 2012. № 22. P. 699–709.