

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра психології та психотерапії

Магістерська робота

**на тему «Корекція емоційної саморегуляції методами
гештальттерапії в осіб з ознаками особистісного нарцисизму»**

Виконав: студент

6 курсу, групи ЗПП19/М

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми «Клінічна психологія

з основами психотерапії»

Хома О.П.

Керівник: Кривенко І.С.

Рецензент:

Львів – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ЗАСТОСОВНІСТЬ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ОСІБ З НАРЦИСТИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ КОНТАКТУ	6
1.1. ЕМОЦІЙНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ: АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ.....	6
1.2. ЕМОЦІЙНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ ТА ОСОБИСТІСНИЙ НАРЦИСІЗМ: ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ’ЯЗКУ.....	12
1.3. ГЕШТАЛЬТТЕРАПІЯ У РОБОТІ З НАРЦИСТИЧНИМИ КЛІЄНТАМИ ТА З ПРОБЛЕМАМИ ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ.....	19
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ НА ЕМОЦІЙНУ САМОРЕГУЛЯЦІЮ ОСІБ З ОЗНАКАМИ ОСОБИСТІСНОГО НАРЦИСІЗМУ	27
2.1. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ, УЧАСНИКИ ТА ІНСТРУМЕНТАРІЙ.....	27
2.2. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ: ЕМОЦІЙНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ ДО ТА ПІСЛЯ ГЕШТАЛЬТТЕРАПІЇ.....	333
2.3. ОСОБЛИВОСТІ КЛІЄНТІВ ІЗ НАРЦИСТИЧНИМИ РИСАМИ ТА РОБОТА З НИМИ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ: ЯКІСНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ..	579
2.3.1. Учасник 27.....	39
2.3.2. Учасник 37.....	433
2.3.3. Учасник 59.....	47
2.3.4. Учасник 67.....	51
2.3.5. Учасник 68.....	544
2.4. ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ: ЧИ МОЖЕ ГЕШТАЛЬТТЕРАПІЯ ДОПОМОГТИ ПОКРАЩИТИ ЕМОЦІЙНУ САМОРЕГУЛЯЦІЮ?.....	3957
ВИСНОВКИ	6161
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	633
ДОДАТКИ	722

ВСТУП

Емоційна саморегуляція – це один із процесів саморегуляції, що відповідає за виявлення та усвідомлення емоційних реакцій, своїх та інших; прийняття та розуміння своїх емоцій, особливо негативних; опрацювання та контроль відповіді на емоції; вибір та реалізацію спонтанних стратегій реалізації своїх потреб ідентифікованих через емоційні сигнали та з врахуванням емоційних реакції інших людей (Gross & Muñoz, 1995). Порушення несвідомої та свідомої емоційної саморегуляції пов'язане з виникненням та ускладненням таких психічних розладів як межовий розлад особистості, афективні розлади, хімічні, ігрові та інші залежності, розлади харчової поведінки, а також нарцистичний розлад особистості (Berkin & Wupperman, 2012). Прикладами дезадаптивної емоційної саморегуляції, що найчастіше спричинена негативними емоціями у відповідь на несприятливі ситуації в житті, можуть бути самопошкодження, вживання психоактивних речовин, переїдання, тощо (Berkin et al., 2011). Робота над покращенням емоційної саморегуляції є важливою частиною психотерапевтичного процесу як в клінічній так і в позаклінічній перспективі (Berkin & Wupperman, 2012).

Нарцистичний розлад особистості характеризується суттєвими порушенням емоційної саморегуляції (Hui Zhang, Zhenhong Wang, Xuqun You, Wei Lü & Yun Luo, 2015; Ronningstam, 2017; Muñoz, Kimonis, Frick & Aucoin, 2013; Aradhye & Vonk, 2014; Dimaggio et al., 2017). Можна припустити, що для осіб з ознаками особистісного вразливого нарцисизму це теж буде справедливо, оскільки нарцистичний розлад особистості і вразливий нарцисизм характеризуються спільною рисою невротизму, що, в свою чергу, сильно пов'язана з відчуттям внутрішнього дистресу, негативним поглядом на світ та психічними розладами взагалі (Miller et al., 2016, 2017). Покращення емоційної саморегуляції має полегшити нарцистичну симптоматику та допомогти людям з такою організацією особистості легше переносити

негативні події та негативні емоції в їхньому житті (Berkin et al., 2011, Dimaggio et al., 2017; Kohut, 1977).

Гештальттерапія – це гуманістично-експериментальний напрям психотерапії, що має добре розвинуту теорію, широко та успішно застосовується в терапії невротичних, в психоаналітичному змісті, клієнтів та, останніми роками, все більше знаходить собі місце і в клінічному контексті (Francesetti, Geccele & Roubal, 2014), в тому числі у роботі з розладами нарцистичного спектру (Хломов, 1996; Погодин & Олифірович, 2007; Salonia, 2014; Müller, 2014). Зважаючи на те, що фокусом роботи в гештальттерапії є саме емоційна сфера, можна очікувати, що вона буде ефективним способом покращення емоційної саморегуляції клієнтів, в тому числі клієнтів з нарцистичним способом організації контакту.

Об'єктом дослідження є емоційна саморегуляція. Предметом – ефективність корекції емоційної саморегуляції методами гештальттерапії в осіб з ознаками особистісного вразливого нарцисизму.

Метою роботи є встановити зв'язки та детермінанти емоційної регуляції та визначити можливості корекції емоційної регуляції в ході короткофокусної гештальттерапії з клієнтами з вираженими сенситивно-нарцистичними особистісними рисами.

Завдання дослідження:

- 1) Провести теоретичний аналіз концепту «емоційна саморегуляція» та визначити місце нарцистичних рис особистості у її прояві.
- 2) В рамках емпіричного дослідження провести збір даних з використанням батареї психодіагностичних методик, та провести ряд психотерапевтичних сесій з клієнтами з ознаками особистісного нарцисизму в руслі гештальттерапії.
- 3) Проаналізувати зв'язки особистісного нарцисизму, показників емоційної саморегуляції, емоційного інтелекту у респондентів.

4) Перевірити потенційну ефективність гештальт-підходу в роботі з корекції емоційної саморегуляції в осіб з ознаками особистісного нарцисизму.

В ході дослідження було здійснено перевірку гіпотез:

(1) про існування зв'язку між рівнем особистісного нарцисизму та порушенням емоційної саморегуляції, а саме рівнем емоційного інтелекту, алекситимії та когнітивної емоційної саморегуляції,

(2) про ефективність впливу гештальттерапії на рівень емоційної саморегуляції і, як наслідок, на вираженість прояву ознак особистісного вразливого нарцисизму.

Для перевірки гіпотез проведено кількісне та якісне квазі-експериментальне дослідження, в якому зібрано досліджувану групу із 116 респондентів, які відповідали на запитання методик, та на наступному етапі сформовано експериментальну групу з учасників з високим рівнем вразливого нарцисизму (7 осіб), які пройшли 10 психотерапевтичних сесій в методі гештальттерапії; на виході рівень емоційної саморегуляції, виміряний через рівень емоційного інтелекту (за методикою TEIQue-SF), алекситимії (методикою TAS-20) та когнітивної емоційної саморегуляції (методикою ERQ), порівнювався з рівнем емоційної саморегуляції до проведення дослідження та з показниками контрольної групи.

РОЗДІЛ 1. ЗАСТОСОВНІСТЬ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ОСІБ З НАРЦИСТИЧНОЮ ОРГАНІЗАЦІЄЮ КОНТАКТУ

1.1. Емоційна саморегуляція: аналіз поняття

Згідно з академічним тлумачним словником української мови, «регулювати» - значить «впорядковувати що-небудь, керувати чимось, підкоряючи його відповідним правилам, певній системі». А «саморегуляція» чи «саморегулювання» - це «регулювання, що здійснюється в організмі внутрішніми силами, без стороннього втручання, впливу» (Білодід, 1970-1980).

В психології, саморегуляцію (*self-regulation*) традиційно розуміли як комплексну взаємодію *особистості, поведінки та середовища*, спрямовану на досягнення певної особистої мети (Boekaerts, Pintrich & Zeidner, 2000). Справді, середовище задає рамки, в межах яких шукаємо шляхів та способів досягнення наших цілей, які ми свідомо чи несвідомо обрали для задоволення наших потреб. В контексті особистості Ego-функція нашого Self інтроспективно аналізує та фільтрує часто суперечливі сигнали, що надходять від функцій Id та Personality, що розпізнаються нами як потреби, бажання, інтроєктовані чи свідомо прийняті правила та установки, і т. д. та приймає рішення про те, якому імпульсу і в якій мірі надати місце у обмеженому внутрішньопсихічному просторі (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). В контексті поведінки, людина обирає стратегії задоволення потреб та форму контактування з зовнішніми об'єктами так, щоб досягнути поставленої мети з найменшими зусиллями. В контексті середовища пристосовуємось до його явних та уявних вимог та пристосовуємо його під себе. Всі ці компоненти постійно впливають один на одного. Процес саморегулювання – нескінченний, неповторний калейдоскоп стимулів, реакцій, реакцій на реакцій, і т. д.

Емоційна саморегуляція – це підмножина процесів саморегуляції, що стосується афективного світу людини. Сюди відносять свідоме та несвідоме модулювання та опрацювання емоційних сигналів на психічному, фізичному та поведінковому рівнях, а також маніпулювання собою та іншими з метою викликати чи попередити появу певних емоцій (Gross & Muñoz, 1995).

Щоб збільшити ймовірність виникнення бажаних емоцій, можемо змінити своє середовище, наприклад, відвідати друзів чи подивитись сумний фільм. Можемо вплинути як на свій емоційний стан, так і на емоційний стан інших людей через вербальні та невербальні повідомлення чи своєю поведінкою. Внутрішньо, можемо, до певної межі, викликати ту чи іншу емоцію, подумавши про щось, що викликало цю емоцію раніше. Якщо ж емоційна реакція вже запустилась, реагуємо на неї спочатку несвідомо, через тілесні процеси чи відреагування (acting-out), а згодом, коли інтенсивність емоції перетинає індивідуальний поріг чутливості, можемо знайти прийнятну форму вираження актуальних емоцій чи, зусиллям волі, до певної межі, заблокувати розгортання емоційної реакції.

Оскільки емоції є невід’ємною частиною функціонування людини, емоційна саморегуляція відбувається постійно і, переважно, несвідомо. Тільки невелика частина емоційних реакцій проходить через когнітивне опрацювання. Порушення процесів емоційного регулювання асоціюють з виникненням та погіршеним прогнозом протікання психічних розладів. Наприклад, порушення емоційної саморегуляції лежить в основі межового розладу особистості, що асоціюється з неусвідомленням власних емоцій, недостатньою здатністю витримувати дистрес, небезпечною тенденцією до використання самопошкодження для регулювання власного емоційного стану. Рівень емоційної саморегуляції є предиктором важкості межового розладу. Іншим розладом в основі якого лежить дефіцит здатності до емоційної саморегуляції, є депресія. Депресивні пацієнти мають труднощі з ідентифікацією емоцій, прийманням своїх негативних емоцій і

самопідтримкою під час їх проживання. В осіб з тривожними розладами, порівняно з контрольною групою без таких розладів, спостерігається гірше розуміння емоцій, сильніша негативна реакція на виникнення емоцій і менше здатності до самозаспокоєння у разі виникнення негативних емоцій. Порушення емоційної саморегуляції є медіатором між важкістю пост-травматичного розладу та зловживанням хімічними речовинами в пацієнтів, що мають досвід хімічної залежності. Взагалі, зловживання хімічними речовинами та нездорова харчова поведінка (переїдання, булімія, утримання від їжі) є поширеними способами дезадаптивної емоційної саморегуляції у відповідь на переживання негативних емоцій. Нездатність ідентифікувати та виражати емоції є ключовим фактором виникнення соматоформних розладів (Berkin & Wupperman, 2012). Дослідники вказують на нездатність приймати, витримувати та справлятися з негативними емоціями як на головний аспект емоційної саморегуляції, що спричиняє психічні розлади чи погіршує їх перебіг (Berkin et al., 2011).

Серед науковців співіснують два паралельні погляди на емоційну саморегуляцію. Одні підкреслюють необхідність свідомо контролювати прояви негативних емоцій та діяти максимально раціонально. Інші наполягають на тому, що емоції мають важливі функції, і надмірний емоційний контроль може бути не менш шкідливим ніж безконтрольне відреагування (Gratz & Roemer, 2004).

Емоційна саморегуляція містить 4 складових (Gratz & Roemer, 2004):

1. Усвідомлення і розуміння емоцій
2. Прийняття емоцій
3. Контроль емоційних реакцій
4. Спонтанність емоційних реакцій

Відсутність будь-якої з цих складових вказує на порушення процесу емоційної саморегуляції.

Усвідомлення і розуміння емоцій – це перший крок свідомого емоційного саморегулювання. Більшість емоційних реакцій несвідомі – сила емоційної відповіді може не переходити індивідуальної межі чутливості і саморегулювання буде відбуватись через автоматичні механізми, що залежатимуть від досвіду кожної конкретної людини та від її рівня емоційної зрілості. Тільки коли інтенсивність переживань переходить цю межу, з'являється усвідомлення, що щось відбувається. Але навіть тоді людина може не розуміти, що саме з нею відбувається, не могли назвати свій емоційний стан чи прив'язати його до тих подій, що з нею відбуваються, а отже, матиме обмежені можливості щодо вибору оптимальної стратегії реагування.

Неможливість відчувати, розрізнити та виражати свої емоції називають *алекситимією*. Алекситимію пов'язують з різноманітними психічними та психосоматичними розладами, залежностями, пост-травматичним стресовим розладом (Naviland, 2016).

Алекситимія характеризується такими особливостями (Naviland, 2016):

- Складність ідентифікувати та розрізнити відчуття в тілі та емоції
- Складність знайти слова, щоб описати свої відчуття іншим людям
- Обмежена уява
- Зовнішньо-орієнтований спосіб мислення (разом з обмеженою уявою формують так зване *оператuarне мислення*).

Прийняття емоцій є важливим елементом емоційної саморегуляції, оскільки спроба заперечення чи відкидання емоцій звужує можливості вибору доречної стратегії реагування на стимул, що спричинив виникнення емоцій, а, також, може збільшувати емоційний тиск шляхом приєднання вторинних емоцій у відповідь на первинні емоційні реакції, що ще більше ускладнює процес саморегуляції (Gratz & Roemer, 2004). Наприклад, якщо первинною емоцією, що виникла як відповідь на зовнішній подразник є страх, то вторинною емоцією може виникнути сором за те, що людина відчуває страх. Як результат, замість того, щоб регулювати первинну ситуацію і зосередитись

на тому, що викликало цей страх, людина може відволікатись на те, щоб приховати свою реакцію чи проігнорувати джерело страху у відповідь на вторинну реакцію сорому. Приймання власних негативних емоцій є важливим фактором запобігання виникнення чи ускладнення психічних розладів (Berkin et al., 2011).

Контроль емоційних реакцій – це здатність контролювати імпульсивну поведінку і поводитись у відповідності зі своїми цілями незалежно від наявних емоцій. До цього пункту можна теж віднести переоцінку емоцій (reappraisal) – спробу думати про ситуацію, що викликає емоційну відповідь, так, щоб викликати іншу емоцію на зміну тій, що виникла автоматично (Webb, Miles & Sheeran, 2012).

Переоцінка відрізняється від придушення емоцій. Дослідження вказують на те, що придушення спричинює зменшення сили позитивних емоцій, але сила негативних емоцій не зменшується. Крім того, люди, що користуються придушенням емоцій, переживають болюче відчуття неадекватності та страждають від депресивних симптомів. Переоцінка ж веде до зменшення рівня негативних емоцій та збільшення рівня позитивних емоцій, і до зменшення рівня депресивних симптомів (Gross & Thompson, 2007).

Спонтанність емоційних реакцій розуміють в сенсі вільного і гнучкого вибору стратегії емоційного реагування, що максимально сприяє задоволенню потреб та цілей людини і є добре допасованим до вимог зовнішнього середовища.

Всі названі компоненти емоційної саморегуляції є складовими іншого добре відомого соціо-психологічного конструкта під назвою *емоційний інтелект*, що був запропонований Salovey & Mayer (1990). Автори визначають емоційний інтелект як «підмножину соціального інтелекту, що включає в себе здатність відслідковувати почуття та емоції - свої та інших, розрізняти їх та керуватись цією інформацією в процесі мислення та діяльності» (Salovey &

Mayer, 1990, с. 189). Основні компоненти емоційного інтелекту – це розуміння та вербальне і невербальне вираження свої емоцій, розуміння емоцій інших, емпатія, регулювання емоцій (своїх та інших) та використання емоцій (Salovey & Mayer, 1990).

Емоційна саморегуляція – це один із базових регуляційних процесів людини, що працює як на мікрорівні власних фізіологічних реакцій та внутрішніх реакціях на повідомлення лімбічної системи, так і на макрорівні стосунків з іншими людьми і з середовищем в цілому. Таке широке визначення цього терміну ускладнює його аналіз та оцінку. Тому, для зручності, в цій роботі будемо розглядати емоційну саморегуляцію спираючись на означення Грац та Ремер (Gratz & Roemer, 2004), а саме, з точки зору чотирьох складових:

- Усвідомлення та розуміння свої емоцій та емоцій інших,
- Прийняття емоцій,
- Контроль вираження емоцій,
- Спонтанний вибір стратегій реагування.

Для оцінки емоційної саморегуляції будемо вимірювати рівень емоційного інтелекту, визначення якого покриває всі області емоційної саморегуляції (Salovey & Mayer, 1990), а також, рівень алекситимії, яка перешкодає розпізнаванню емоцій, через що процес емоційної саморегуляції може не запуститись взагалі, та рівень когнітивного емоційного регулювання, що відповідає аспекту контролю емоцій і може обірвати процес емоційної саморегуляції шляхом придушення емоційної реакції коли вона вже розгортається.

Порушення емоційної саморегуляції широко досліджуються в зв'язку з виникненням та протіканням психічних розладів, таких як межовий розлад особистості, тривожні розлади, хімічні залежності, тощо (Berkin & Wupperman, 2012). Менше уваги приділяється позаклінічному контексту. Але для щоденної психотерапевтичної роботи за важливішим є розуміння впливу та методи роботи з порушеннями емоційної саморегуляції в клієнтів, що не

мають клінічних розладів, хоч і можуть мати особистісні акцентуації, наприклад, нарцистичного спектру.

1.2. Емоційна саморегуляція та особистісний нарцисизм: особливості взаємозв'язку

На даний момент не існує єдиного загальноприйнятого означення *нарцисизму*. В найширшому сенсі нарцисизм можна визначити як здатність людини підтримувати відносно позитивний образ себе за допомогою різноманітних регуляційних процесів (Pincus, Ansell, Pimentel, Cain, Wright & Levy, 2009). Підтримуванню позитивного образу служить процес регулювання власної самооцінки, який займає провідне місце в психічному функціонуванні осіб з нарцистичною орієнтацією. Нарцистичні особи не мають внутрішньої опори для підтримки достатнього рівня самооцінки та самовартості, тому характерною рисою нарцистичних осіб є використання середовища та інших людей для регулювання своєї самооцінки (Morf & Rhodewalt, 2001). Досягнення в соціальному, професійному, фінансовому чи інших зовнішніх контекстах сприймаються як підтвердження власної самовартості, в той час як відсутність чи втрата таких досягнень сприймається надзвичайно болюче, як поразка чи повна нікчемність (Ronningstam, 2017).

Більшість теоретиків сходяться на тому, що нарцисизм може бути *нормальним* і *патологічним*, в залежності від того чи структура особистості, способи задоволення потреб та регуляційні механізми є адаптивними чи дезадаптивними (Kernberg, 1998; Kohut, 1977; Pincus, 2005).

У своєму крайньому, патологічному, прояві нарцисизм залічують до розладів особистості. В останній версії діагностичного довідника DSM-5, один з ключових критеріїв *нарцистичного розладу особистості* (Narcissistic Personality Disorder, NPD) описується через порушення процесів саморегуляції – «надмірна орієнтація на інших для самовизначення та регулювання самооцінки; завищена чи занижена самооцінка, або самооцінка що

коливається між завищеною та заниженою; емоційна саморегуляція коливається разом з самооцінкою». Інший критерій говорить про порушення емпатії: «порушення здатності розрізняти та ідентифікуватись з почуттями та потребами інших; надмірно налаштовані на реакції інших, але тільки якщо вони сприймаються такими, що стосуються себе; недооцінка або переоцінка свого впливу на інших» (American Psychiatric Association, 2013).

Високий рівень нарцисизму характеризується порушеннями емоційної саморегуляції. Як Кернберг, так і Когут вказували на те, що емоційна нестабільність є характерною рисою нарцистично орієнтованих осіб (Kernberg, 1980; Kohut, 1971). Для того, щоб створювати чи уникати ситуацій, в яких буде збільшуватись чи, хоча б, не зменшуватись рівень власної самооцінки, нарцистичні особи мають постійно контролювати навколишню ситуацію, можливості та загрози. Цей контроль є частиною процесу саморегулювання. Втрата контролю, а особливо, якщо це приводить до ситуацій в яких неможливо утримати рівень своєї самооцінки, приводить до значної самокритики та супроводжується інтенсивними почуттями сорому, тривоги, люті чи страху. Ці почуття вимагають якомога швидше повернути гомеостаз, навіть за рахунок значних втрат в інших сферах існування особистості (Ronningstam, 2017). Такий типовий сценарій швидше свідчить про те, що емоційне саморегулювання не є незалежним самовартісним процесом, а обслуговує процес підтримання самооцінки.

В контексті **усвідомлення емоцій**, високий рівень нарцистичності супроводжується алекситимією, що критично шкодить здатності розуміти як свої почуття та мотиви так і почуття та мотиви інших людей. Саме коморбідну алекситимію вважають причиною порушень емпатії в широкому спектрі психопатологій та аутизму (Thompson, Luft & Vanissy, 2016).

В контексті **прийняття емоцій**, емоції в першу чергу будуть розглядатись з точки зору впливу на рівень самооцінки. Якщо певні, зазвичай негативні, емоції сприймаються як недоречні, або загрожують похитнути

власну самооцінку в очах інших людей, це може спричинити додаткові емоційні реакції сорому, страху чи люті та, в загальному, може викликати бажання приховати свої емоції (Ronningstam, 2017).

Таким чином, через переважне неприйняття своїх власних негативних емоцій, та через потребу контролювати ситуації, в яких самооцінка нарцистичної особистості має ризик постраждати, можемо очікувати, що саме **контроль емоцій** буде найбільш вираженим процесом емоційної саморегуляції. Причому не в сенсі переоцінки емоцій, що є в цілому позитивним процесом, а, скоріше в сенсі придушення емоційних реакцій та заперечення власної вразливості (Ronningstam, 2017).

Все це, та фокус на регулювання самооцінки, шкодить **спонтанності емоційних реакцій**. Стратегії нарцистичних осіб скоріше є ригідними, повторюваними, такими, що в першу чергу покликані якомога швидше повернути внутрішній рівень самооцінки навіть за рахунок близьких стосунків (Morf & Rhodewalt, 2001).

Страуман (Strauman, 2001), аналізуючи дослідження Морф та Родевальт (Morf & Rhodewalt, 2001), проводить паралель між нарцистичним розладом особистості, що є найбільш поширеним серед чоловіків, та межовим розладом особистості, що є найбільш поширеним серед жінок. Він показує, що причини виникнення обох розладів можна звести до впливу *інвалідизуючого середовища* в дитинстві, а саме, середовища, в якому особисті переживання не валідуються, а, навпаки, караються чи знецінюються. Як результат, дитина не вчиться адекватно розрізняти та називати свої емоційні реакції, витримувати емоційний дистрес, формувати реалістичні цілі і очікування і вчиться тому, що тільки екстремальні емоційні реакції чи поведінка можуть привести до отримання допомоги від інших і таким способом зменшити дистрес. Але найбільш релевантним є те, що дитина вчиться не довіряти своїм емоційним реакціям і шукати в зовнішньому середовищі підказки про те, що відчувати, як думати, як поводитись і, в кінці кінців, як себе оцінювати. Різниця між

нарцистичним та межовими розладами, на думку Страумана, лише в інтенсивності інвалідизуючого середовища та темпераменті дитини – більш інтенсивна інвалідизація та більш реактивний темперамент дитини скоріше призведуть до межового розладу, менш інтенсивна інвалідизація та менш реактивний темперамент – до нарцистичного. Зв'язок між межовим розладом і порушеннями емоційної саморегуляції був встановлений (Carpenter & Trull, 2013). Щодо нарцистичного розладу, існує багато досліджень зв'язку з розладами емоційної саморегуляції (Hui Zhang et al., 2015; Ronningstam, 2017; Muñoz et al., 2013; Aradhye & Vonk, 2014).

Дімаджіо зі співавторами (Dimaggio et al., 2017) у своїй роботі показали, що порушення емоційної саморегуляції складають значну частину патології багатьох розладів особистості, в тому числі нарцистичного і, що це порушення може бути об'єктом терапевтичного втручання в більшості розладів особистості з зауваженням, що питання нарцистичного розладу потребує додаткової уваги.

У неклінічному, соціально-психологічному контексті, під нарцисизмом розуміють певні особистісні риси, що не є безумовно патологічними (Miller & Campbell, 2008). Більшість дослідників сходяться на тому, що нарцисизм в соціально-психологічному розрізі має дві грані, які, умовно, можна назвати – *грандіозною* та *вразливою* (Briganti & Linkowski, 2020). Грандіозний нарцисизм асоціюють із схильністю використовувати інших, відсутністю емпатії та почуттям зверхності, в той час як вразливий нарцисизм асоціюється з гіперчутливістю, інтровертованістю, депресивністю, тривожністю, унікаючою поведінкою, низькою самооцінкою та суїцидальністю (Ragoza et al., 2018).

Сучасні автори моделей нарцисизму сходяться на тому, що грандіозна та вразлива грані нарцисизму є, великою мірою, незалежними, і поєднаними між собою внутрішнім переконанням у власній винятковості (Krizan & Herlache, 2018; Miller et al., 2016). Немає остаточного порозуміння щодо того,

як ці дві грані особистісного нарцисизму в соціально-психологічному сенсі, пов'язані з нарцистичним розладом особистості. Часто дослідники говорять про «три обличчя нарцисизму» - нарцистичний розлад особистості, грандіозний нарцисизм та вразливий нарцисизм (Rogoza et al., 2018; Miller et al., 2017).

Незважаючи на те, що грандіозний нарцисизм асоціюється з маніпулятивністю, схильністю до агресії, та інших проявів, що вважаються негативними в контексті міжособистісних стосунків, дослідження вказують на те, що існує позитивна кореляція рівня грандіозного нарцисизму з високою самооцінкою і мотивацією, та негативна кореляція з невротизмом і депресією. Грандіозний нарцисизм ще називають «адаптивним» нарцисизмом. На протилежність цьому, вразлива форму нарцисизму є «дезадаптивним нарцисизмом» з високим рівнем інтерналізації симптомів та психологічного дистресу (Miller et al., 2017).

Одним з найперспективніших підходів до демаркації межі різними типами нарцисизму є пошук простіших рис характеру (traits), комбінацією яких можна було б замінити концептуально складні і неоднозначні означення різних типів нарцисизму. Міллер з колегами запропонували підхід на основі трьох факторів – антагонізм, що є спільним для всіх трьох типів нарцисизму, та невротизм і суб'єктна екстравертованість, різні комбінації яких власне і формують конкретний тип. Вразливий нарцисизм асоціюється з високим рівнем невротизму, грандіозний – з високим рівнем суб'єктної екстравертованості, а нарцистичний розлад особистості асоціюється з обидвома цими рисами, що дає підстави говорити про те, що на патологічному краю спектру грандіозний і вразливий нарцисизм зливаються (Miller et al., 2016).

В контексті процесів регулювання самовартості, грандіозність асоціюють з активним пошуком підтверджень власної винятковості, надання переваги швидкому відновленню ураженої самооцінки, навіть за рахунок

близьких стосунків чи втрат в довгостроковій перспективі, в той час, як вразливість, скоріше, асоціюється з активним уникненням контактів з людьми та ситуацій в яких власна самооцінка може бути уражена (Morf & Rhodewalt, 2001).

Найбільш відомими стратегіями терапевтичної роботи з порушеннями нарцистичного характеру є, безсумнівно, підходи Когута та Кернберга (Kernberg, 1998; Kohut, 1977).

Когут постулював походження порушень нарцистичної сфери від відсутності достатньої емпатії в дитинстві і описав три види переносів, що виникають в роботі з нарцистичними пацієнтами, які він назвав селф-об'єктними переносами (Kohut, 1977; Baker, H. S. & Baker, M. N., 1987):

- **перенос віддзеркалювання** – коли людина потребує від терапевта бути повністю зрозумілою, як наслідок емпатичних «промахів» дорослих в її дитинстві. Такі промахи, коли раннім селф-об'єктам не вдається до кінця зрозуміти емоційний стан та мотиви дитини, приводять до найбільших зупинок розвитку та створюють передумови виникнення психопатології, в тому числі, нарцистичної.

- **перенос ідеалізації** – як відповідь дитини на потребу бути втішеною зовнішнім селф-об'єктом, для того, щоб згодом інтерналізувати цю функцію.

- **перенос альтер-его** – як відповідь на потребу людини пережити схожість з іншими подібними до себе людьми.

Когут пропонує терапевту дати клієнту розгорнути ці переноси і стати тим селф-об'єктом, якого клієнту бракувало в дитинстві. Бути максимально емпатичним, намагатись зрозуміти емоційний стан та потреби клієнта. Якщо ж терапевт помиляється у своєму розумінні, слід визнати свою помилку і прийняти свою частину відповідальності за ці емпатичні промахи, навіть якщо їх неможливо було уникнути. Якщо таких емпатичних промахів буде відносно небагато на загальному фоні розуміння і бажання зрозуміти, це створюватиме стимул для клієнта інтерналізувати емпатичний селф-об'єкт і, з часом, він

зможе сам використовувати емпатію по відношенню до себе і до інших. Ніякі інші потреби клієнта крім як бути повністю емпатично зрозумілим не задовільняються і інтерпритуються (Kohut, 1977; Baker, H. S. & Baker, M. N., 1987; Голдсмит, 2015).

Таким чином бачимо, що Когут пропонує працювати з нарцистичними клієнтами через покращення їхньої емоційної саморегуляції шляхом інтерналізації емпатичного селф-об'єкту.

Підхід Кернберга більше вкорінений в традиційний психоаналіз і передбачає розпізнавання і прояснення регресивних переносів. Він вважає, що основним захисним механізмом таких пацієнтів є розщеплення. Вони не можуть сприймати зовнішній об'єкт цілісно і проєктують на нього ідеалізовану або знецінену частку. Такі переноси слід уважно відслідковувати та прояснювати домагаючись інтеграції селф. Кернберг працював з більш ураженими, нарцистично патологічними пацієнтами, але його спосіб роботи так само застосовний і для роботи з більш збереженими клієнтами. В цьому підході бачимо менше уваги до емоційної саморегуляції, але конфронтація нарцистичних пацієнтів задля прояснення проєкцій безсумнівно викликатиме емоційну реакцію пацієнта, і, якщо терапевт буде приймати цю реакцію пацієнта, то, з часом, пацієнт навчиться приймати свої емоції і краще обходитись з ними, що теж позитивно впливатиме на емоційну саморегуляцію (Kernberg, 1998; Голдсмит, 2015).

Методи роботи Когута і, особливо, Кернберга з нарцистичними пацієнтами є психоаналітичними. Але це не означає, що інші психодинамічні методи не працюють з нарцистичними клієнтами. В наступному розділі розглянемо як гештальттерапія – психодинамічний, гуманістичний підхід, що початково вийшов із психоаналізу, але має свої власну, добре розвинуту теорію, працює з нарцистичними клієнтами та з проблемами емоційної саморегуляції таких клієнтів.

Через високий рівень психологічного дистресу та проблеми адаптації, саме особи з вразливою формою нарцисизму частіше потрапляють в психотерапію. Тому в цій роботі фокус буде в першу чергу на вразливому нарцисизмі. Оскільки і вразливий нарцисизм і нарцистичний розлад особистості мають високий рівень невротизму, можна очікувати, що вони демонструватимуть ті самі проблеми емоційної саморегуляції.

1.3. Гештальттерапія у роботі з нарцистичними клієнтами та з проблемами емоційної саморегуляції

Гештальттерапія – це метод психотерапії гуманістично-експериментального спрямування, що був сформований Фредеріком та Лорою Перлз у 60-их роках ХХ сторіччя на основі психоаналізу, гештальт-психології (Курт Голдштайн та Курт Левін), феноменологічного підходу (Едмонд Хуссерл), психодрами (Якоб Морено), концепції полярностей (Соломон Фрідландер), холізму (Ян Смутс) та інших джерел включно зі східною філософією (Perls, 1969; Brownell, 2010).

Можна виділити такі основні принципи гештальттерапії, що мають застосування в клінічній практиці (Perls, 1969; Raffagnino, 2019; Fogarty, Bhar, Theiler & O'Shea, 2016; Brownell, 2010):

- **Феноменологічний підхід**, що базується на трьох принципах:

- 1) Принцип *epoché* – відкласти в сторону свої упередження і очікування;
- 2) Принцип описування – описувати «як» замість пояснювати «чому»;
- 3) Принцип вирівнювання – трактувати всі елементи опису як рівні і однаково важливі.

- Проживати досвід **тут і тепер**, «бути» а не говорити «про». Але минулий досвід не відкидається, він є частиною того, що відбувається з клієнтом (і терапевтом) в теперішньому.

- **Теорія поля** – те що відбувається в кожен момент часу є суперпозицією впливів та досвіду як терапевта так і клієнта, а в груповому форматі – всіх учасників групи.

- Життя як нескінченна кількість **незавершених ситуацій** (гештальтів) – в процесі гештальттерапії терапевт допомагає клієнту закрити незавершені ситуації з минулого.

- Концепція **селф як процесу** в гештальт терапії. Селф структурно розглядається як полярності Ід (тілесність, емоції, потреби) та Персонеліті (укоріненість в реальності, минулий досвід) та Его як функції вибору.

- Концепція **полярностей** – відхід від діалектики (або-або) і пошук нейтральної точки (і-і).

- **Теорія контакту** – Селф існує тільки в процесі взаємодії, процес контактування з собою, з іншими зі світом розглядається як нескінченний циклічний процес що починається з актуалізації потреб, їх усвідомлення, формування фігури, фінального контактування та завершується асиміляцією досвіду. Переривання контакту можуть виникати на будь-якому етапі контактування і приводять до дезадаптивної поведінки.

- **Творче пристосування** як критерій здоров'я – використовувати свої особливості і враховувати обмеження реальності.

- **Усвідомленість** (awareness) – відчування тілесних сигналів та емоцій, активні спроби намацати потреби за своїми відчуттями, усвідомлення свого розуміння та нерозуміння.

- **Експериментування** як клінічний метод – оприсутнювати почуття та досвід через його проживання тут і зараз. Говорити «з» а не «про».

- **Діалог** між терапевтом та клієнтом – терапевт присутній собою з клієнтом, процес терапії розгортається без плану, шляхом спонтанного контактування терапевта та клієнта.

- **Важливість тілесних реакцій** – людина розглядається як одне ціле, тіло і психіка нероздільні. Всі тілесні реакції є частиною проживання. (Perls, 1969; Raffagnino, 2019; Fogarty, Bhar, Theiler & O'Shea, 2016; Brownell, 2010)

Гештальттерапія на своєму початку розроблялась і позиціонувалась Перлзом як «терапія для здорових людей» (Perls, 1969). Гештальттерапія в час свого зародження була більше культурним феноменом. Заохочувалось практичне використання і експериментування, а наукові дослідження вважались чимось недоречним, що не відповідає духу гештальттерапії. Гештальттерапія не застосовувалась до серйозних розладів. З часом, гештальт-терапевти, невідворотно, почали стикатись зі складнішими розладами в своїй практиці, для чого запозичувався доробок клінічних психологів та психоаналітиків. Поступово, силами теоретиків гештальттерапії було сформульовано гештальт підхід до психопатології, яку зараз розглядають як феномен поля, який може бути трансформований в процесі контактування (Greenberg, 2014).

На даний час існує дуже мало кількісних досліджень ефективності гештальттерапії. Рафаніно (Raffagnino, 2019) знайшов всього 11 наукових публікацій англійською та італійською мовами, що вимірювали б ефективність гештальттерапії. Тільки одна з цих праць стосувалась клінічного контексту, а саме роботи з депресивними пацієнтами, але навіть в цьому дослідженні гештальттерапія поєднувалась з гіпнозом і порівнювалась тільки з когнітивно-поведінковою терапією (González-Ramírez et al., 2017). Зважаючи на відсутність релевантних доказових робіт, та невелику кількість статей по гештальттерапії взагалі, змушено будемо спиратись на теоретичні рекомендації класиків гештальттерапії.

Бертрам Мюллер (Müller, 2014) говорить, що, з точки зору гештальттерапії, правильніше говорити про нарцисизм як про спосіб організації контакту, що не є ярликом чи стигмою конкретної людини, а, згідно з теорією поля, відтворюється кожного разу наново в теперішньому моменті,

хоч і пов'язаний з досвідом у минулому. Спираючись на міркування Ізадора Фрома, одного з класиків гештальттерапії, Мюллер говорить, що людина з нарцистичним способом організації контакту не витримує переживання конфлюенції (злиття в термінології гештальттерапії) з іншою людиною на стадії фінального або повного контакту, на якій із «я» і «ти» виникає «ми». Натомість, така людина буде відчувати потребу захиститись через переживання себе відмінним від оточення, та застосує психічні та поведінкові механізми, щоб дистанціюватись від іншої людини, яка відчувається як занадто близька, і, тому, небезпечна. Фром пояснював, що виникнення нарцистичного способу організації контакту це творче пристосування до неприємного переживання надмірної близькості з «важливими іншими», що поступово, крок за кроком, привело до виникнення таких копінгових механізмів як ретрофлексія, які дозволяють підтримувати бажану дистанцію. В момент актуалізації нарцистичного способу організації контакту відбувається втрата его-функції і реалізація творчого пристосування для уникнення близькості і залежності від терапевта (Müller, 2014). Тому, в терапії, слід фокусуватись саме на цих переживаннях тут і зараз, а не на поведінці чи особистісних характеристиках. В практичній роботі це означає, що способи яким клієнт організовує контакт (будь-який клієнт, не обов'язково нарцистичний) слід *вносити на границю контакту*, тобто називати їх, показувати, давати їм місце. Така стратегія роботи більше схожа на стратегію Кернберга, коли проєкції клієнта унаочнюються і стають фігурою контакту.

Погодін і Оліферович додатково наголошують на тому, що клієнти, схильні до нарцистичної організації контакту, зазвичай погано орієнтується в своїх почуттях і емоціях, тому, принаймні на початку терапії, вони рекомендують працювати з *внутрішньою феноменологією* клієнта, а саме цікавитись «як» клієнта, що більше схоже на рекомендації Когута. Терапевту слід уважно і обережно повертати клієнта до його переживань, особливо тих,

що викликають біль, а також виконувати едукативну роль щодо ідентифікації та називання своїх почуттів (Погодин & Олифирович, 2007).

Погодин і Оліфирович виділяють три основні задачі при роботі з клієнтами, що демонструють нарцистичну феноменологію контакту (Погодин & Олифирович, 2007):

- 1) Усунення розривів в контакті з реальністю – прояснення *проекцій*, робота з *інтроектами*,
- 2) Супровід на шляху до пізнання відторгнутих частинок Селф, навіть якщо це викликає біль і розчарування – могли бути вразливим поруч з іншими,
- 3) Турбота і підтримка в процесі усвідомлення та розвитку Селф.

Важливо наголосити на тому, що ці рекомендації по роботі з нарцистичними клієнтами можна застосувати до роботи з будь-яким іншим клієнтом. Це відповідає принципу «тут і тепер» і теорії поля в гештальттерапії – в кожний момент часу в контакті присутні клієнт, терапевт, їхній індивідуальний досвід, їхній спільний досвід, їхній загальнолюдський досвід, їхнє знання про себе і один одного, так само як місце, час, епоха, речі в кімнаті і завдання терапевта не виконувати «план терапії», а бути уважним до того як клієнт будує свій контакт, яка фігура контакту, які полярності демонструються а які відкидаються, які феномени клієнт демонструє, як клієнт проживає цю годину разом з терапевтом більше ніж що він говорить.

В гештальттерапії основним критерієм здоров'я служить творче пристосування людини. Якщо людина здатна спонтанно реагувати на можливості та виклики зовнішнього середовища таким чином, щоб успішно задовільняти власні потреби, не має особливого значення наявність дефіцитів чи структурна організація. Здоров'я – це процес а не результат. Зовнішнє середовище постійно міняється, виникають внутрішні потреби і бажання, і якщо людина знаходить свій шлях і місце в цьому (не)скінченному «тут і зараз», значить, з точки зору гештальттерапії, вона здорова. І навпаки, порушення

творчого пристосування, неможливість задовільнити свої потреби через контакт з собою, з іншими та зі світом свідчить про нездоров'я (Janowski & Biedrycka, 2014). Процес творчого пристосування = процес саморегуляції.

В процесі гештальттерапії багато уваги приділяється роботі з емоціями. Клієнтам пропонується проживати емоції та знаходити форму їх розміщення в контакті, на противагу придушення чи відреагування. Це веде до поглиблення рівня усвідомлення щодо власних емоційних реакцій і, як результат, до покращення всіх аспектів емоційної саморегуляції:

- В контексті **розуміння емоцій**, особливо на початку терапії, гештальт-терапевт звертає увагу клієнта на усвідомлення ним своїх тілесних реакцій, пов'язуванню їх із емоційними станами, називанню емоцій, розумінню їх ролі.

- В контексті **прийняття емоцій**, особливо негативних, гештальт-терапевт, проживаючи власні емоції поруч з клієнтом, валідизує їх і створює передумови для прийняття клієнтом своїх емоцій

- В контексті **контролю емоцій**, гештальттерапія виступає радикально проти придушення та ігнорування емоцій і пропонує, натомість, знайти добру форму їх вираження та розміщення в контакті з тою людиною якої ці емоції стосуються. Якщо це неможливо, прожити ці емоції з розумінням потреби, яка їх викликала.

- **Спонтанність емоційних реакцій** процесу саморегуляції – це творче пристосування гештальттерапії в застосуванні до емоційної сфери клієнта. Саме постійна увага до циклу контакту клієнта та робота з перериваннями контакту та емоціями які їх супроводжують, сприяють збільшенню спонтанності в житті клієнта та розширенню його стратегій реагування. Експериментальний підхід в індивідуальній та, особливо, в груповій гештальттерапії допомагає випробувати нові перспективні стратегії в безпечному середовищі та отримати новий емоційний досвід.

Гештальттерапія – це гуманістично-експериментальний напрям психотерапії, що має добре розвинуту теорію, широко та успішно

застосовується в терапії невротичних, в психоаналітичному змісті, клієнтів та, останніми роками, все більше знаходить собі місце і в клінічному контексті (Francesetti, Gecele & Roubal, 2014).

В процесі гештальттерапії багато уваги приділяють емоціям, розумінню потреб, що стоять за ними та пошукам доброї форми для їх розміщення з метою поглибити усвідомленість (awareness) людини та вивільнити енергію для спонтанного і творчого пристосування.

Незважаючи на те, що класична гештальттерапія заперечує необхідність в особливому підході до клієнтів певного типу, існують рекомендації та теоретичні обґрунтування підходів до клієнтів з різними формами розладів особистості, в тому числі нарцистичного спектру (Хломов, 1996; Погодин & Олифирович, 2007; Salonia, 2014; Müller, 2014).

Гештальт-практики все ще скептично налаштовані щодо наукового обґрунтування ефективності гештальттерапії, спираючись на те, що «неможливо виміряти якість контакту» (клінічна практика), але, поступово, з'являються кількісні дослідження впливу гештальттерапії в різних контекстах. (наукові дослідження). Можна очікувати, що гештальттерапія буде ефективним способом покращення емоційної саморегуляції клієнтів, в тому числі клієнтів з нарцистичним способом організації контакту.

Очікуваний ефект впливу гештальттерапії на покращення емоційної саморегуляції вразливо нарцистичних клієнтів можна зобразити схемою (Рис 1.1). Від стану, в якому значна кількість емоційних імпульсів не усвідомлюється і не розпізнається через алекситимію, відсутнє прийняття власних емоцій, особливо негативних, і, як результат, ригідні стратегії реагування на емоційні сигнали. Очікуємо, що в результаті впливу гештальттерапії більше емоцій та почуттів буде потрапляти в «поле зору» свідомості, емоції, навіть негативні будуть прийматись і використовуватись для кращого розуміння своїх емоційних потреб, в результаті чого людина

зможє з більшою гнучкістю обирати стратегію реагування, що все разом, зменшить рівень симптомів вразливого нарцисизму.

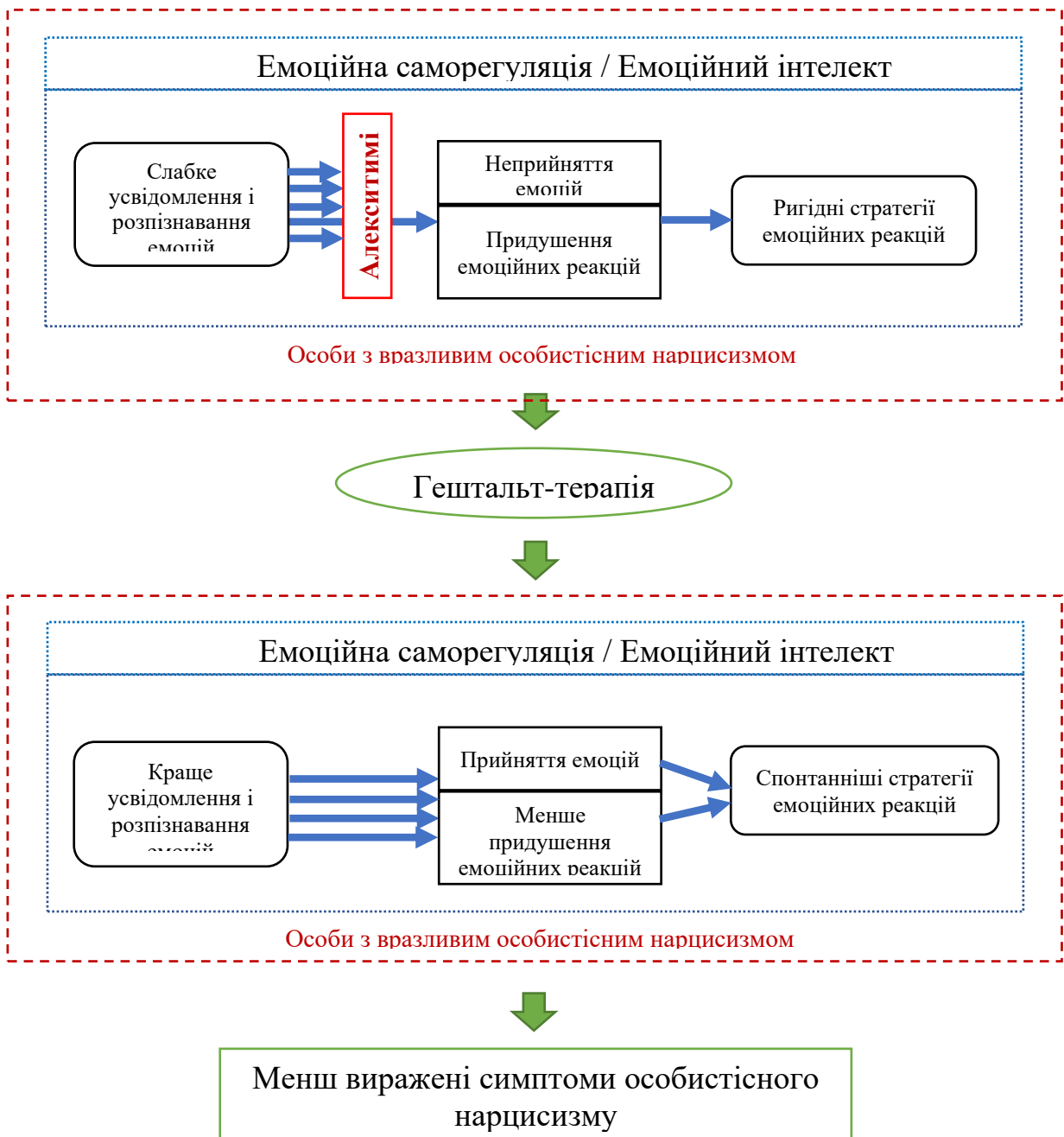


Рис 1.1. Теоретична модель дослідження: механізм прояву порушень емоційної саморегуляції та її корекції методами гештальттерапії

Ця робота має на меті перевірити гіпотезу про ефективність такого впливу через кількісні показники, а також, через якісний аналіз індивідуальних сесій.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ НА ЕМОЦІЙНУ САМОРЕГУЛЯЦІЮ ОСІБ З ОЗНАКАМИ ОСОБИСТІСНОГО НАРЦИСИЗМУ

2.1. Дизайн дослідження, учасники та інструментарій

Для оцінки ефективності гештальттерапії було проведене квазі-експериментальне дослідження. Вимірювання показників нарцисизму та емоційної саморегуляції відбувалось до та після експерименту за допомогою онлайн опитувальника.

У дослідженні взяли участь 104 учасники, 30 чоловіків (29%) та 74 жінок (71%). В загальному 116 людей пройшли попереднє опитування, вік учасників коливався від 16 до 67 років, але 12 учасників, що мали вік менше 18 років, не були враховані в подальших розрахунках. Середній вік $M = 34.5$ років (середнє квадратичне відхилення $\sigma = 11.1$ рік, але значна частина учасників (15%) мали вік менше 20 років. Середній вік жінок ($M_F = 33.5$ років, $\sigma_F = 10.9$ років) був менший від середнього віку чоловіків ($M_M = 36$ років, $\sigma_M = 10.9$) за рахунок більшої кількості жінок в діапазоні до 20 років (Рис. 2.1).

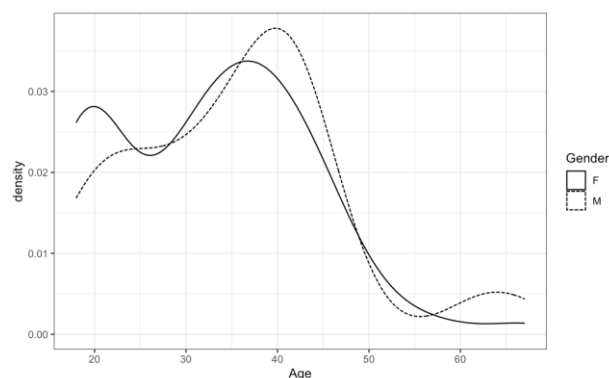


Рис 2.1. Розподіл віку учасників в залежності від статі. Суцільна лінія - вік жінок, пунктирна - чоловіків

За сферою зайнятості, 19 учасників (18%) були зі сфери інформаційних технологій, 18 студентів (17%), 15 психологів/психотерапевтів (14%).

Для вимірювання рівня нарцисизму використовувались адаптовані українською мовою опитувальники NPI-16 (16-item Narcissistic Personality Inventory) – коротка версія опитувальника грандіозного нарцисизму (Ames, Rose & Anderson, 2006; Pylat, Senyk & Kryvenko, 2020, in press) та опитувальник вразливого або гіперсенситивного нарцисизму HSNS (Hypersensitive Narcissism Scale) (Hendin & Cheek, 2013; Kryvenko, Pylat & Senyk, 2021, in press).

NPI-16 – це коротка форма опитувальника NPI-40 (Raskin & Terry, 1988), який, в свою чергу, є скороченою версією оригінального опитувальника NPI (Raskin & Hall, 1979), що складався з 80 питань і був розроблений виходячи з означення нарцисизму в діагностично-статистичному посібнику DSM-III (3rd ed.; DSM–III; American Psychiatric Association, 1980). NPI-16 складається з 16 пар тверджень. З кожної пари необхідно обрати одне твердження. На відміну від попередніх версій, NPI-16 не має підшкал. Результатом вимірювання є число від 0 до 16, де вищі результати свідчать про вищий рівень грандіозного нарцисизму. Внутрішній коефіцієнт валідності для NPI-16 в вибірці цього дослідження $\alpha_{NPI}=0.54$.

Шкала гіперсенситивного нарцисизму (HSNS) була побудована на основі шкали нарцисизму Мюррея (Murray, 1938), в якій нарцисизм розглядався з двох позицій – з одного боку у стосунку до само-покращення, використання інших, жадання уваги (грандіозний бік нарцисизму), а з іншого досліджувалось відчуття занедбаності, приниження, гіперчутливості і тривоги (вразливий аспект). Для HSNS були взяті ті питання, що стосувались вразливого аспекту нарцисизму, і які корелювали зі шкалою нарцисизму мультифазного міннесотського визначника розладів особистості MMPI (Rogoza et al., 2018). Опитувальник HSNS складається з 10 тверджень побудованих за шкалою Лайкерта від 1 до 5 де 1 – «дуже нехарактерно або

невірно, категорично не погоджуюсь», а 5 – «дуже характерно або вірно, повністю погоджуюсь». Результатом вимірювання є число від 10 до 50, де 10 відповідає низькому рівню вразливого нарцисизму, а 50 – високому. Внутрішній коефіцієнт валідності для HSNS в вибірці цього дослідження $\alpha_{HSNS}=0.69$.

Для вимірювання рівня емоційної саморегуляції використовувались три опитувальники:

- TEIQue-SF – коротка форма опитувальника для вимірювання емоційного інтелекту (Petrides, 2009)
- TAS-20 – Торонтська шкала вимірювання рівня алекситимії (Bagby, Parker & Taylor, 1994)
- ERQ – Опитувальник емоційної саморегуляції (Gross & John, 2003)

Як було показано раніше, конструкт емоційного інтелекту покриває всі області емоційної саморегуляції, тому для вимірювання загального рівня емоційної саморегуляції використано шкалу вимірювання емоційного інтелекту. TEIQue-SF – це коротка форма шкали вимірювання емоційного інтелекту TEIQue (Petrides, 2001), що містить 30 запитань за шкалою Лайкерта від 1 (категорично не погоджуюсь) до 7 (повністю погоджуюсь). Коротка формула опитувальника не вимірює підшкал емоційного інтелекту і його результатом є число від 30 до 210, де 30 відповідає максимально низькому рівню емоційного інтелекту в цілому, а 210 – максимально високому. Питання опитувальника були перекладені з англійської на українську мову (Додаток А), внутрішній коефіцієнт валідності склав для вибірки цього дослідження $\alpha_{EQ}=0.70$.

Додатково до емоційного інтелекту вимірюємо рівень алекситимії скороченою версією Торонтської шкали алекситимії TAS-20. Ця коротка версія була розроблена авторами оригінальної шкали TAS (Taylor, Ryan & Bagby, 1985) для покращення її надійності та внутрішньої валідності та

містить 20 питань за шкалою Лайкерта від 1 (категорично не погоджуюсь) до 5 (повністю погоджуюсь). Опитувальник має три підшкали:

- DDF – Difficulty Describing Feelings / Складність описувати почуття
- DIF – Difficulty Identifying Feelings / Складність розпізнавати почуття
- EOT – Externally Oriented Thinking / Схильність фокусувати свою увагу на зовнішніх речах

Загальний рівень алекситимії розраховують як суму по всіх питаннях (деякі з питань обернені). Якщо отримане значення менше 52 – можна стверджувати про відсутність алекситимії, якщо більше 60 – присутня алекситимія, між 52 і 60 – можлива алекситимія.

Для використання в цій роботі, питання опитувальника TAS-20 були перекладені з англійської мови на українську (Додаток Б). Внутрішній коефіцієнт валідності для вибірки цього дослідження $\alpha_{TAS} = 0.76$.

Для точнішого вимірювання аспекту контролю почуттів емоційної саморегуляції використано опитувальник ERQ. Він називається «опитувальник емоційної регуляції» (Emotional Regulation Questionnaire), але його дві підшкали вимірюють тільки схильність до контролювання почуттів різними способами:

- CR – Cognitive Reappraisal / Когнітивна переоцінка
- ES – Expressive Suppression / Придушення вираження почуттів

Опитувальник складається з 10 тверджень та використовує шкалу Лайкерта від 1 (категорично не погоджуюсь) до 7 (повністю погоджуюсь). Результатом вимірювання цього опитувальника є окремо результати підшкал CR та ES, які можуть приймати значення 6-42 та 4-28 відповідно. Більше значення по шкалі CR свідчать про більше використання когнітивної переоцінки почуттів, більше значення по шкалі ES свідчить про більше використання придушення вираження почуттів. Питання опитувальника були перекладені з англійської мови на українську (Додаток В). Внутрішній

коефіцієнт валідності для вибірки цього дослідження склав $\alpha_{\text{ERQ}} = 0.81$ для обох підшкал.

З 7 учасників була сформована експериментальна група (Табл. 2.1), яка отримувала вплив у вигляді 10 50-хвилинних психотерапевтичних сесій щотижня в методі гештальттерапії, що проводились сертифікованим гештальт-терапевтом. Згідно з принципами гештальттерапії, сесії не мали наперед визначеного плану чи фокусу. В експериментальну групу потрапили ті з учасників, які в опитувальнику відмітили, що хотіли б скористатись можливістю отримати 10 безкоштовних терапевтичних сесій і в яких рівень алекситимії був найвищий, а рівень емоційного інтелекту найнижчий. Кількість учасників експериментальної групи додатково була обмежена наявними можливостями надати запланований вплив з огляду на часові обмеження дослідження.

Таблиця 2.1

Розподіл учасників по групах

Група	Жінок	Чоловіків	Разом
Експериментальна	3	4	7
Контрольна, в терапії	6	2	8
Контрольна, без терапії	16	11	27

В контрольну групу потрапили учасники які погодились заповнити повторне опитування після закінчення експерименту. Контрольну групу додатково поділили на дві підгрупи:

- Контрольна група з тих учасників, які зараз знаходяться в індивідуальній або груповій терапії але не є в експериментальній групі. За результатами опитування, у переважної більшості з них терапія проходила в гештальт-напрямку – 8 учасників. Задля гомогенності, результати одного з учасників який вказав не-гештальт напрям було виключено з дослідження.

- Контрольна група з усіх інших учасників, що пройшли повторне опитування і які не знаходяться в терапії – 27 учасників

Аналіз результатів дослідження проводився з використанням програмного забезпечення R (R Core Team, 2020), RStudio (RStudio Team, 2020) та бібліотек *tidyverse* (Wickham et al., 2019), *cluster* (Maechler, Rousseeuw, Struyf, Hubert & Hornik, 2021), *clValid* (Brock, Pihur, Susmita Datta, & Somnath Datta, 2008), *psych* (Revelle, 2020), *Hmisc* (Harrell, Dupont et al., 2021).

В описі результатів використовуватимуться скорочені позначення для шкал:

- NPI – значення шкали грандіозного нарцисизму NPI-16
- HSNS – значення шкали вразливого нарцисизму HSNS. HSNS1/HSNS2 – значення до і після експерименту
- EQ – значення шкали емоційного інтелекту за опитувальником TEIQue-SF. EQ1/EQ2 – значення до і після експерименту
- TAS – загальне значення отримане по шкалі алекситимії TAS-20. TAS1/TAS2 – значення до і після експерименту
 - 1) TAS_DDF – значення підшкали DDF опитувальника TAS-20 (складність описування почуттів). TAS_DDF1/TAS_DDF2 – значення до і після експерименту
 - 2) TAS_DIF – значення підшкали DIF опитувальника TAS-20 (складність розпізнавання почуттів) TAS_DIF1/TAS_DIF2 – значення до і після експерименту
 - 3) TAS_EOT – значення підшкали EOT опитувальника TAS-20 (схильність фокусувати свою увагу на зовнішніх речах) TAS_EOT1/TAS_EOT2 – значення до і після експерименту
- ERQ_CR – значення отримане за підшкалою CR (когнітивне переосмислення) опитувальника емоційної регуляції ERQ. ERQ_CR1/ERQ_CR2 – значення до і після експерименту

- ERQ_ES – значення отримане за підшкалою ES (придушення вираження емоцій) опитувальника емоційної регуляції ERQ. ERQ_ES1/ERQ_ES2 – значення до і після експерименту

2.2. Результати дослідження: емоційна саморегуляція до та після гештальттерапії

Після проведення впливу та повторного вимірювання було проведено кластерний аналіз початкової вибірки для перевірки однорідності експериментальної групи за шкалами HSNS, EQ, TAS, TAS_DDF, TAS_DIF, TAS_EOT, ERQ_CR, ERQ_ES. Для визначення оптимальної кількості кластерів, використовувався пакет *clValid*, який запропонував 2 кластери, що підтверджується візуально на дендрограмі (Рис. 2.2).

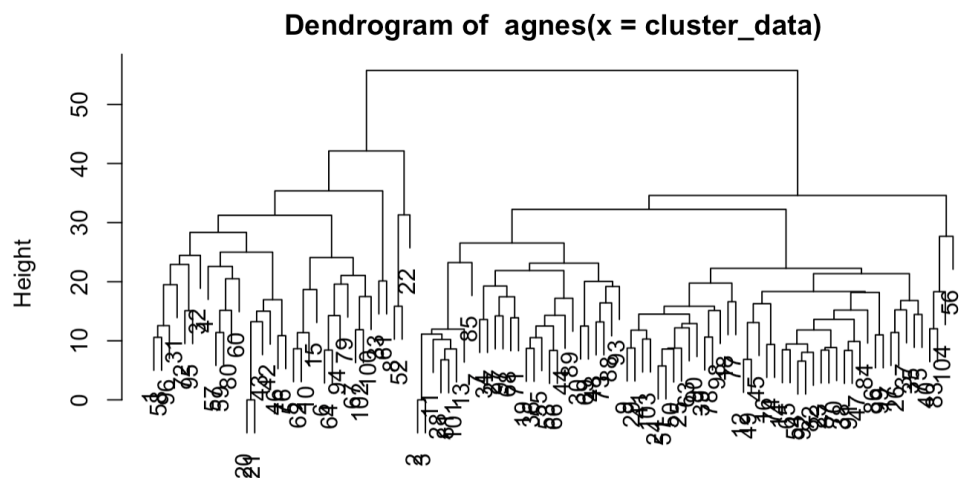


Рис 2.2. Ієрархічний кластер початкової вибірки 104 учасників за усіма шкалами

Проаналізувавши отримані середні значення для кластерів, можемо дати їм таку якісну характеристику:

- Кластер 1 – кластер **вразливого нарцисизму**. Для цього кластера характерні високі значення за шкалою вразливого нарцисизму,

алекситимії і придушення емоцій та низькі значення емоційного інтелекту, грандіозного нарцисизму, та переоцінки емоцій.

- Кластер 2 – протилежний йому **кластер емоційного здоров'я** з низьким рівнем алекситимії, високим рівнем емоційного інтелекту, низьким рівнем придушення емоцій та достатньо високими рівнями переоцінки емоцій та грандіозного нарцисизму.

Майже всі учасники експериментальної групи виявились розподіленими в кластер 1, кластер вразливого нарцисизму, який власне і є репрезентативним для цієї роботи. Тільки два з 7 учасників щодо яких відбувався вплив виявились зарахованим до іншого кластера, тому, задля гомогенності, їхні результати не будуть враховані в подальшому аналізі.

За результатами кластерного аналізу (Рис.2.3) вже можна бачити, що високий рівень вразливого нарцисизму в кластері 1 поєднується з низьким рівнем емоційного інтелекту, високим рівнем алекситимії та високим рівнем схильності до придушення емоцій, що свідчить про низький рівень емоційної саморегуляції. Кореляційний аналіз підтверджує ці спостереження (Рис.2.4).

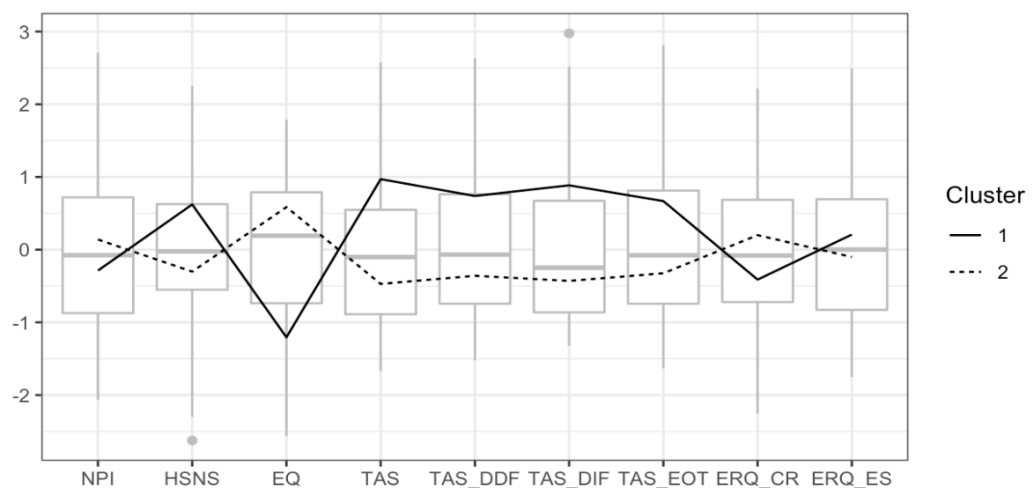


Рис 2.3. Розбиття учасників на кластери. Значення всіх шкал стандартизоване для зручнішого відображення

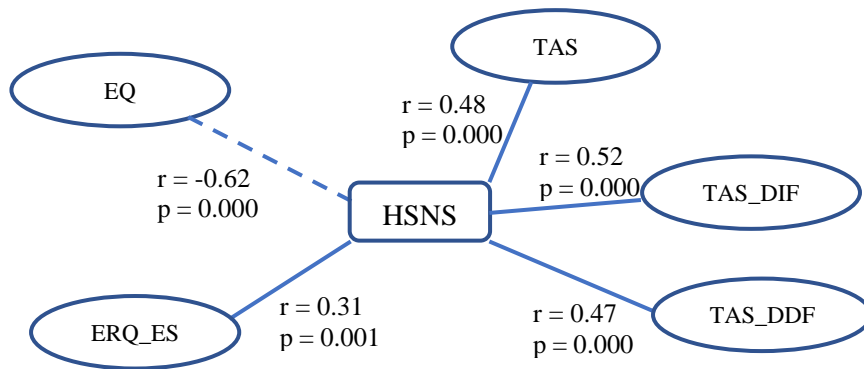


Рис 2.4. Статистично значущі кореляції виміряні за методом Спірмана між показником вразливого нарцисизму HSNS та шкалами, що вимірюють емоційну саморегуляцію. Також показано кореляцію між рівнем емоційного інтелекту EQ та рівнем алекситимії TAS

У вибірці всіх респондентів рівень вразливого нарцисизму HSNS демонструє сильну від’ємну кореляцію ($r = -0.62, p = 0.000$) з рівнем емоційного інтелекту EQ та значну додатню кореляцію ($r = 0.48, p = 0.000$) з рівнем алекситимії TAS і її двох підшкал, що відповідають за складність описувати та ідентифікувати почуття. Кореляції з рівнем схильності до фокусування уваги на зовнішніх речах TAS_EOT не виявлено. Щодо аспекту когнітивного контролю емоцій, присутня додатня кореляція з схильністю придушувати їх вираження ERQ_ES ($r = 0.31, p = 0.001$), але відсутня кореляція з схильністю до переоцінки емоцій.

Рівень емоційного інтелекту, очікувано, показує високу від’ємну кореляцію з алекситимією в цілому ($r = -0.64, p = 0.000$) та її компонентами, особливо складністю ідентифікувати емоції ($r = -0.64, p = 0.000$) і незначну кореляцію з різними типами контролю емоцій (Рис.2.5). Додатня кореляція з схильністю до переоцінки емоцій ($r = 0.37, p = 0.000$) та від’ємна незначна кореляція зі схильністю до придушення вираження емоцій ($r = -0.20, p = 0.044$).

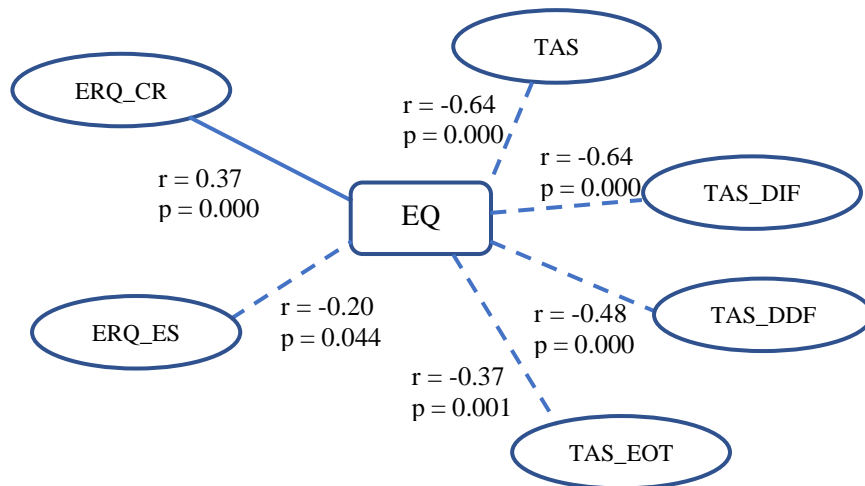


Рис 2.5. Статистично значущі кореляції виміряні за методом Спірмана між показником вразливого нарцисизму HSNS та шкалами, що вимірюють емоційну саморегуляцію. Також показано кореляцію між рівнем емоційного інтелекту EQ та рівнем алекситимії TAS

Для перевірки кількісного ефекту впливу гештальттерапії на учасників експериментальної групи було проведено порівняння показників емоційної саморегуляції до і після експерименту за критерієм Вілкоксона. За результатами порівняння, гіпотеза по ефективності впливу гештальттерапії на рівень емоційної саморегуляції осіб з ознаками особистісного нарцисизму не підтвердилась (Табл. 2.2).

Незважаючи на те, що на графіку порівняння шкал до та після експерименту (Рис. 2.6) значення TAS, TAS_DIF та EQ для експериментальної групи суттєво відрізняються, за критерієм Вілкоксона ця різниця наближається, але не перетинає умовного порогу статистичної значущості ($p = 0.059$).

Статистично немає різниці в значеннях рівня вразливого нарцисизму до та після експерименту, хоч візуально помітно, що результати експериментальної групи до експерименту були зосереджені біля значення HSNS = 40, а після експерименту стали розподілені на суттєво більшому проміжку (Рис. 2.7).

Таблиця 2.2

Значення p результату порівняння шкал, що стосуються емоційної саморегуляції, за критерієм Вілкоксона для експериментальної і контрольної групи

Шкала	Експериментальна	Контрольна, в терапії	Контрольна, без терапії
EQ	0.059*	0.359	0.068
TAS	0.059*	0.474	0.373
TAS_DDF	0.181	0.343	0.373
TAS_DIF	0.059*	0.147	0.155
TAS_EOT	0.201	0.108	0.334
ERQ_CR	0.498	0.953	0.069
ERQ_ES	0.269	0.395	0.570

Примітка. Зірочкою позначені значення p близькі до порогового значення $p=0.05$

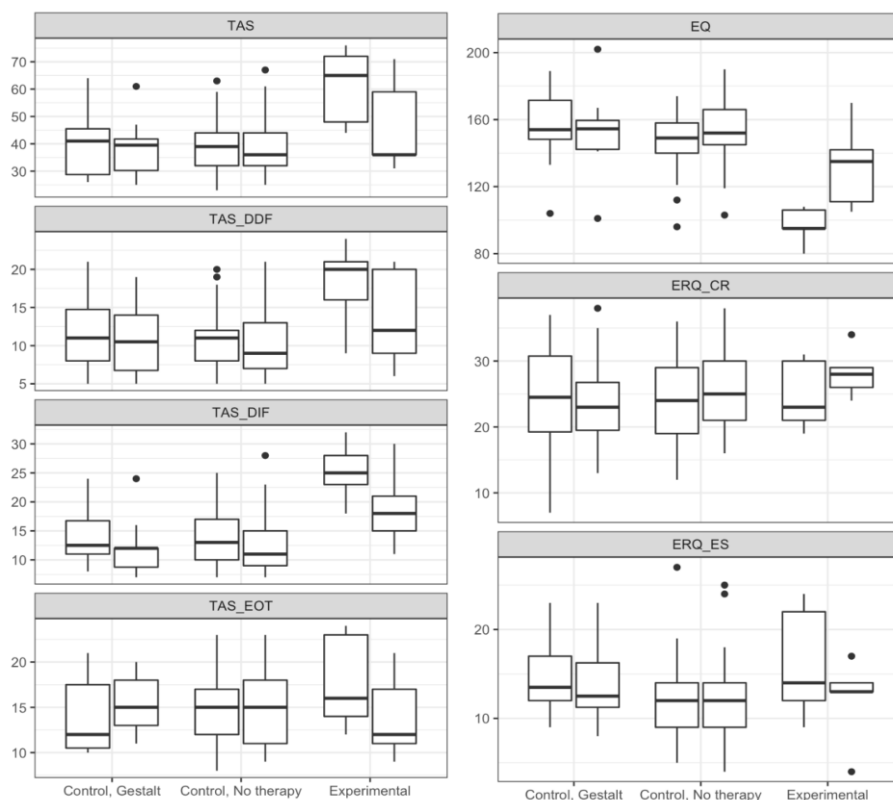


Рис 2.6. Порівняння значення шкал, що стосуються емоційної саморегуляції до та після експерименту для експериментальної та контрольної групи

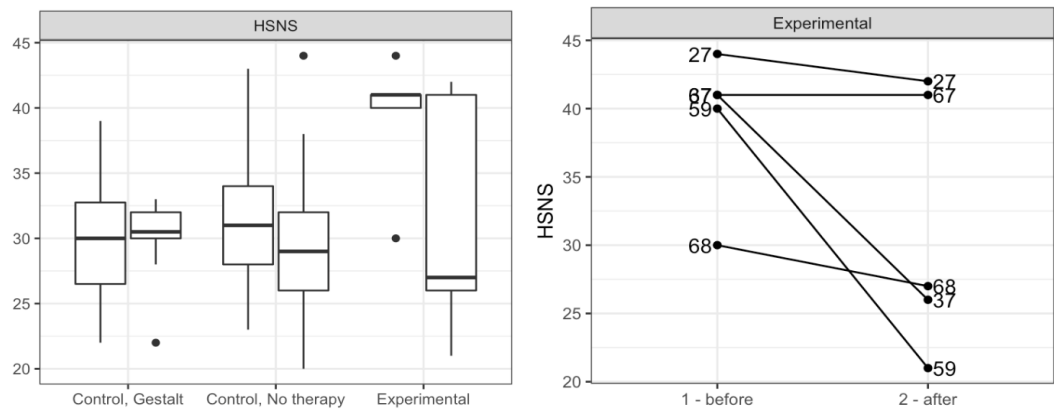


Рис2.7. Значення рівня вразливого нарцисизму HSNS до та після експерименту для експериментальної і контрольної груп

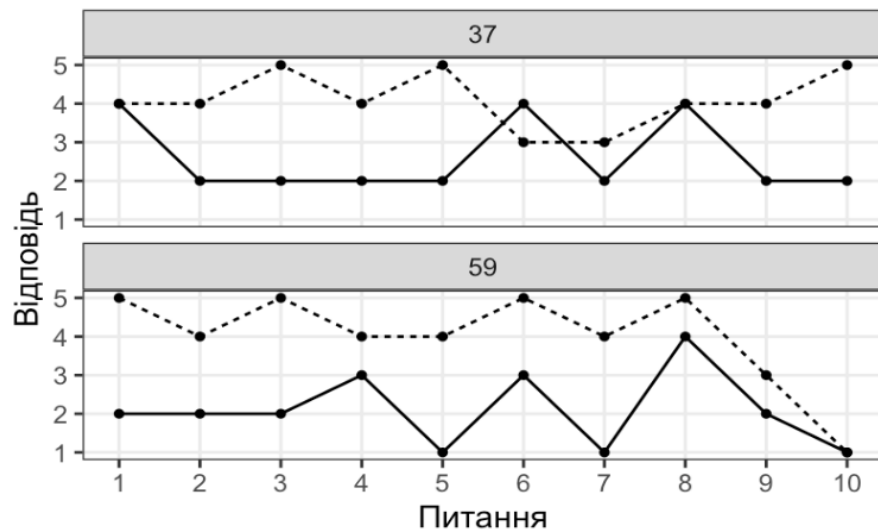


Рис2.8. Профіль відповідей учасників 37 та 59 на питання опитувальника вразливого нарцисизму HSNS. Пунктирною лінією показано відповіді до експерименту, суцільною - після. За шкалою HSNS чим більші значення – тим більший рівень вразливого нарцисизму

Порівнявши значення рівня вразливого нарцисизму до та після експерименту бачимо, що відбулось суттєве зниження в учасників 37 та 59, та незначне зниження в учасників 27 та 68. Профіль відповідей цих двох учасників до та після експерименту показує, що суттєве покращення відбулось майже у всіх питаннях (Рис. 2.8).

2.3. Особливості клієнтів із нарцистичними рисами та робота з ними щодо покращення емоційної саморегуляції: якісний аналіз результатів дослідження

В процесі дослідження було проведено психотерапевтичну роботу онлайн з 7 учасниками. З числа цих учасників 2 було відсіяно через те, що їхній профіль не потрапив до кластера вразливого нарцисизму. Учасники відбирались за високим рівнем особистісного вразливого нарцисизму, високим рівнем алекситимії, низьким рівнем емоційного інтелекту, але, перш за все, за їхнім бажанням пройти короткотерміновий курс психотерапії в гештальт підході. Серед учасників, зарахованих до кластеру 1, 59% висловили таке бажання, на противагу тільки 39% із кластеру 2. Така різниця може підтверджувати більший рівень психологічного страждання нарцистично вразливих осіб. З другого боку, в кластері 2 28% опитаних мають терапію проти тільки 13% із першого кластеру. Це опитування не включало в себе соціо-культурних показників, але 4 з 5 учасників експериментальної групи говорили про те, що не можуть дозволити собі регулярну терапію і це дослідження для них нагода отримати безкоштовну терапевтичну допомогу.

Розглянемо кожного з учасників, його симптоматику, особливості роботи та індивідуальні результати.

2.3.1. Учасник 27

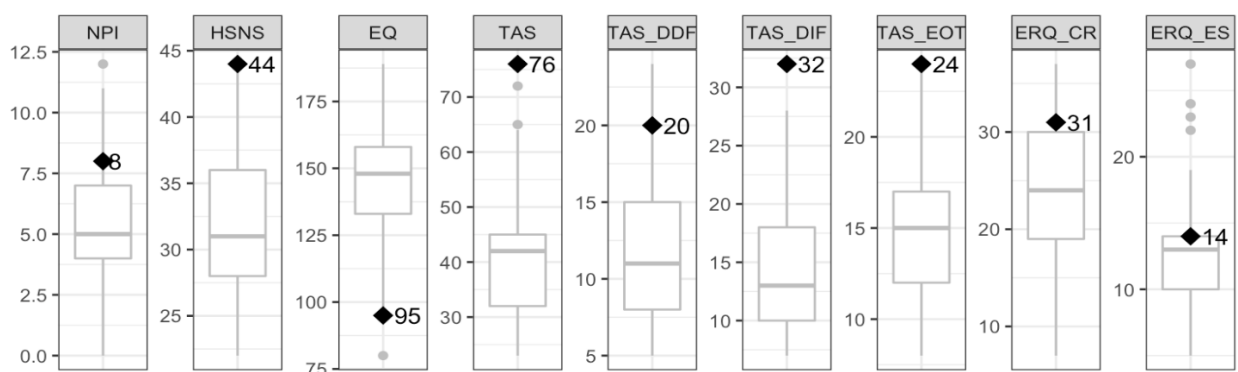


Рис 2.9. Значення вимірювань учасника 27 до початку експерименту

Чоловік, 22 роки, відразу після закінчення магістратури. В цього учасника були найвищі бали по шкалі вразливого нарцисизму та алекситимії. Відразу погодився зустрітись і працювати без зустрічі-знайомства. Давно хотів піти на терапію, одного разу мав досвід з іншим гештальт-терапевтом, але не склалось довіри до нього.

Клієнта лякає його внутрішній світ. Він майже довів двох людей до самогубства. В одному випадку він методично довів людину до того, що той був готовий стрибнути з даху будинку. Клієнта лякає те, що він не шкодує про свій вчинок. На одній із сесій він поділився тим, що його знайома покінчила з собою. Він знав про її бажання це зробити і підтримував її в цьому. А зараз, коли вона це зробила, він не розуміє, що відчуває. В цих епізодах відчутно багато стриманої люті (методично довів людину), а також ймовірна відсутність вини та емпатії, що викликає підозру щодо повноцінного нарцистичного розладу особистості. Одночасно, в клієнта присутнє значне бажання бути потрібним. Коли він про це говорить, це викликає в нього сльози.

Клієнт має порушену емоційну саморегуляцію, яку він намагається компенсувати когнітивно. Присутня значна дисоціація тілесних відчуттів. Може працювати чи просто не спати до ранку, тому що йому не хочеться, а потім заставляє себе йти спати, тому що треба. Може не відчувати голоду і забути поїсти цілий день. Фізичні вправи не приносять йому задоволення, ходить в зал тому, що знає, що треба.

Клієнт не довіряє своїм емоціям. Вважає, що їх потрібно контролювати. Називає себе “конфліктною людиною”. Говорить, що часто свариться з іншими людьми. Буває, по 6 годин сперечаються і йому «добре», а інші люди не витримують. Але це стосується тільки близьких людей. Він намагається не сперечатись і бути ввічливим на “середній і далекій дистанції”. Найгірше, що може бути під час суперечки – це якщо інша людина просто піде. Це важко переживається клієнтом. В рамках експерименту погодився трохи менше

стримувати свої емоції і зізнався, що через це краще почувався, але інші люди страждали більше. Така висока інтенсивність взаємодії може бути спричинена великими запасами ретрофлесованої нарцистичної люті, що не бачить об'єкта прикладання (в моїх психоаналітичних фантазіях цей об'єкт – це батько клієнта, на якого злитись неможливо, тому що той відразу кидає трубку чи йде), а, також, високим порогом емоційної чутливості.

Клієнт висловлює значну потребу в емпатичному розумінні, що відповідає концепції емпатичної травми Когута (Kohut, 1977). Він шкодує за своєю першою дівчиною, яка вміла його вислухати і сердиться на теперішню дівчину за те, що вона постійно відволікається і не присутня. Відсутність емпатії пробує компенсувати соціонікою – вважає, що через це добре розуміє інших людей. Клієнт може багато говорити, справляти враження «свого» на будь-якій вечірці, але говорить, що це тільки маска, «притворяння».

Клієнт, з його слів, більшу частину часу перебуває в депресивному стані. Може прожити тижнями, не виходячи на двір і не спілкуючись ні з ким, і «почуватись добре». Але («я вам розкажу секрет») потратив багато зусиль для того, щоб хімічно регулювати свій афективний стан за допомогою мікродозування амфетаміну. Стверджує, що це дозволяє йому бути в хорошому настрої без наслідків. Вживає і інші наркотики, які саме – не говорив. До лікаря звертатись не хоче, тому що не довіряє лікарям.

В процесі роботи клієнт демонструє багато дефлексивної поведінки – говорить, не дивлячись в камеру, часто переводить погляд в сторону, уникає прямого погляду, говорить багато, уривчасто, використовує багато допоміжних звуків, слів паразитів, перестрибує з теми на тему. В ході психотерапевтичної бесіди викликало труднощі слідкувати за історіями клієнта та виникла необхідність періодично «розвертати його» в сторону контакту. Тактика психотерапії була спрямована на намагання максимально емпатично зрозуміти страждання клієнта, дослідження разом з ним його

внутрішньої феноменології, повертання йому переживань психотерапевта, що виникали в контакті, пояснення ролі і важливості емоцій.

Загалом, до кінця терапії, клієнт торкнувся кількох важливих моментів власного досвіду, в яких він почувався незаслужено покараним і самотнім в своїх переживаннях а, також, трохи більше зрозумів, для чого потрібні емоції. Розмірковуючи психодинамічно про клієнта, складається враження, що це може бути лише початком довгої терапії, в якій терапевту відводиться роль когутівського селф-об'єкту, якого клієнт одночасно і прагне і, принаймні спочатку, остерігається, і оберігає від себе.

За результатами повторного вимірювання значення шкал емоційної саморегуляції змінилися незначно. Єдині помітні вимірювальні зміни тільки в зовнішньому типі мислення TAS_EOT, що може свідчити про те, що клієнту стало менш страшно заглядати всередину, та зменшення рівня переоцінки емоцій ERQ_CR, що може буде відображенням зменшеного рівня контролю над своїми емоціями.

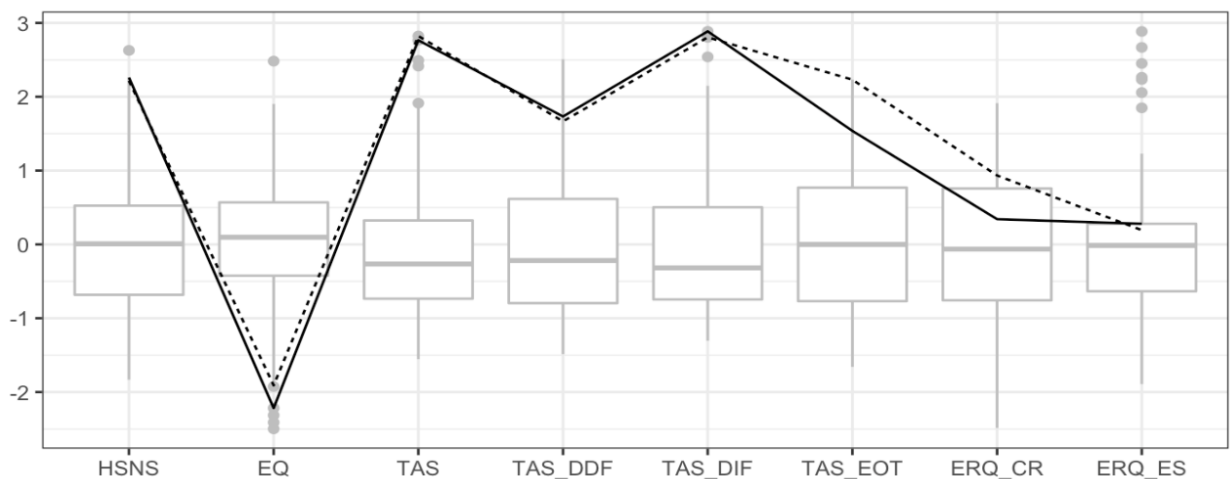


Рис 2.10. Значення шкал учасника 27 до (пунктирна лінія) та після експерименту (суцільна лінія). Для зручності відображення значення шкал масштабовані

У повторному опитуванні клієнт описав, як на нього повпливав досвід психотерапії:

«1. На рівні інсайтів: я людина, яка має право на власні емоції, право на власну думку і право на те, щоб вважати себе живою людиною зі всіма впливаючими наслідками.

2. На рівні навчання: я навчився приймати власні емоції та своє минуле, а також відчувати власне життя у теперішньому

3. На рівні поведінки: знайшов способи жити своє життя безпосередньо, а не зі сторони, а також набагато екологічніше, повноправно взаємодіяти з навколишнім оточенням так, як того би хотів я особисто».

2.3.2. Учасник 37

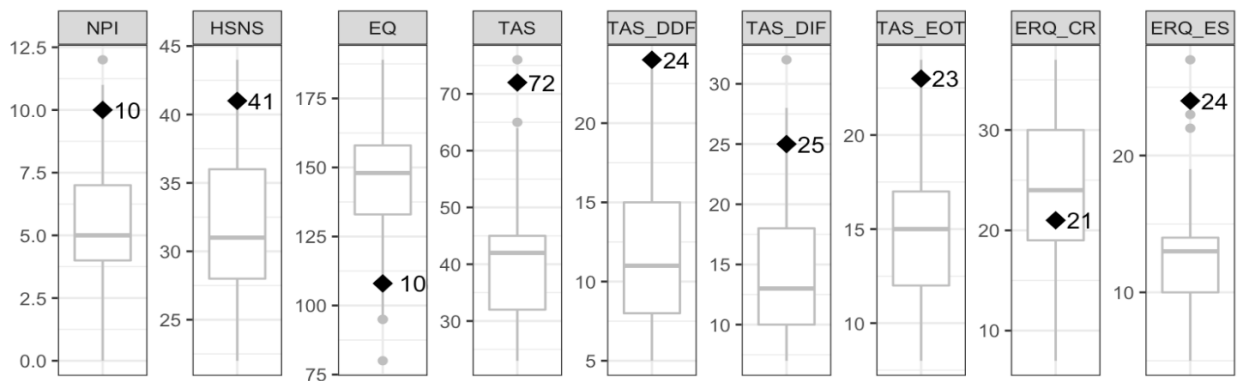


Рис 2.11. Значення вимірювань учасника 37 до початку експерименту

Молодий хлопець, 20 років, студент 4-го курсу. Рік тому проходив курс лікування в психоневрологічному диспансері з діагнозом «розлад адаптації». З його слів, він втрачав контакт з реальністю, мав нав'язливі видіння, слухові галюцинації. Симптоми з'явилися в підлітковому віці без видимої причини – наснився страшний сон, видіння зі сну почали нав'язливо з'являтися протягом дня. В диспансері сказали, що причиною може бути психотравма дитинства.

Психотравма полягала в тому, що орієнтовно в 7 і 12 років у нього був сексуальний контакт зі страшим на 6 років братом. Цей контакт був приємним для нього, поки йому не сказали, що це могло стати причиною його страждань, після чого він відчував злість на себе за те, що тоді не зупинив брата. Деколи

йому сниться повторення цього контакту і сон приємний, але після пробудження відчуття наче прокинувся після кошмару.

Клієнт гомосексуальний, свій інтерес до чоловіків почав помічати десь з 8-9 років. Запит клієнта на момент звернення – відсутність бажання по відношенню до свого хлопця, який старший від нього. Збудження обривається миттєво в момент повного роздягання, від вигляду статевого органу, який здається якимось «інопланетним». Збудження відчуває тільки тоді, коли ситуація нагадує ситуацію з братом, наприклад, коли він знаходиться з іншим чоловіком (або братом) в одній квартирі, але знає, що з ним не може бути сексуального контакту (наприклад, з братом є його дружина).

Батько клієнта хворіє на епілепсію, не має доброго стосунку з клієнтом. Батько досі не знає про психічне захворювання чи орієнтацію сина. Вдома «жорсткий патріархат». Мама дізналась про захворювання та орієнтацію випадково, після цього вона «має більше терпіння».

Клієнт не справляє враження нарцистичного. Навпаки, він здається теплим, зворушливим, викликає бажання підтримати і допомогти. Якщо учасник 27, віком 22 роки відчувався як дорослий чоловік, то цей учасник віком 20 років сприймається як хлопчик.

Відчувається значна потреба в розумінні. Клієнт говорить, що йому дуже важко вибачатись і він рідко просить пробачення. Хотів би почути вибачення від своїх батьків, за те, що не намагались його зрозуміти (плаче, розповідаючи про це). Ніхто не знає і не розуміє його повністю. Йому і не хочеться себе показувати іншим, тому що він сам себе зневажає через те, що він егоїстичний і може ранили інших людей своїми словами і своїми вчинками. Через такі думки клієнт опинився в ізоляції в підлітковому віці і не шукав допомоги коли почався психотичний процес.

Ця «когутівська» потреба в емпатичному розумінні та відчуття нікчемності збігаються з симптомами вразливого нарцисизму, але через те, що після експерименту його рівень нарцистичності суттєво зменшився, можна

припустити, що цей клієнт міг бути помилково діагностований як нарцистично уражений через сильну кореляцію шкали вразливого нарцисизму зі шкалами емоційної саморегуляції, яка була, безсумнівно, серйозно порушена. Цього учасника радше слід розглядати в клінічному контексті через діагностовані психотичні епізоди та, ймовірно, психосоматизацію сексуальної функції.

Безвідносно до нарцистичності клієнта, він демонструє виражені порушення емоційної саморегуляції. Через те, що клієнту здавалось, що його рухи стають манірними, а він сам «дурашливим», і що це зробить видимою його орієнтацію, він навчився в підлітковому віці контролювати свої рухи, свій вираз обличчя і свої почуття. Крім того, він навчився стримувати та ретрофлексувати свою агресію, особливо в контакті з батьком, який вдавався до фізичного насильства. Зовні з «кам'яним лицем», а всередині все кипить від злості, причому від злості на себе, а не на батька, тому що батькові, через хворобу, не можна виражати сильних почуттів. В результаті клієнт ніяк не виділяє агресію, ні через відреагування, ні через сублімацію, часто зупиняє себе невротичним почуттям вини. Це кам'яне лице клієнта спостерігалось і в контакті з терапевтом. Були моменти, коли йому було дуже важко зустрічатись з втратами – з тим, що, можливо, така «фіксація» сексуального бажання справді може бути викликана сексуальним контактом з братом, яку він, на його думку, міг зупинити в минулому, з тим, що йому, швидше за все, доведеться завжди слідкувати за тим, щоб не потрапити в стресову ситуацію, в якій може знову розгорнутись патологічний процес, і, найбільше, з втратою «теплого стосунку своїх батьків» - але він не подавав вигляду, що йому боляче, і наче запрошував терапевта продовжувати «препарувати його по-живому». Це можна інтерпретувати як ілюстрацію того, яким беззахисним відчувається клієнт в контакті зі своїми батьками.

В процесі терапії здійснювалась валідація почуттів клієнта, він отримував «дозвіл» відчувати навіть заборонені негативні почуття з метою розвернути ретрофлексовану агресію назовні. Поступово, клієнт почав

активніше заперечувати батькам, не погоджуватись із нав'язаним почуттям вини, що стишило його стан та зменшило рівень внутрішнього дистресу. Клієнт повідомив, що більше не відчуває надмірної тривоги в спілкуванні з іншими людьми. «Таких емоцій і переживань, як на наших сесіях, я ніколи не переживав в житті».

В результаті 10 терапевтичних сесій профіль клієнта змінився практично на протилежний (Рис. 2.12). Радикально зменшився рівень алекситимії, рівень придушення почуттів та вразливого нарцисизму, відповідно, збільшився рівень емоційного інтелекту та переоцінки почуттів.

Такі радикальні зміни викликають питання щодо валідності процедури вимірювання, але, завдяки сильній кореляції між різними шкалами, суттєві зміни в одній шкалі імовірно впливають на результати в інших шкалах.

У відгуку в повторному опитуванні клієнта написав:

«Зрозумів яким чином можна розуміти та аналізувати свої емоції, що значно розширило бачення своїх мотивів, переживань та несвідомих висновків, в тих чи інших життєвих обставинах. Також це допомогло краще розуміти не тільки себе, а й оточуючих, що значно покращило стосунки з ними.

Особливо важливим було зрозуміти наскільки важливі емоції в повсякденному житті, і наскільки важливо їх розуміти.

Життя стало значно легшим і зрозумілішим»

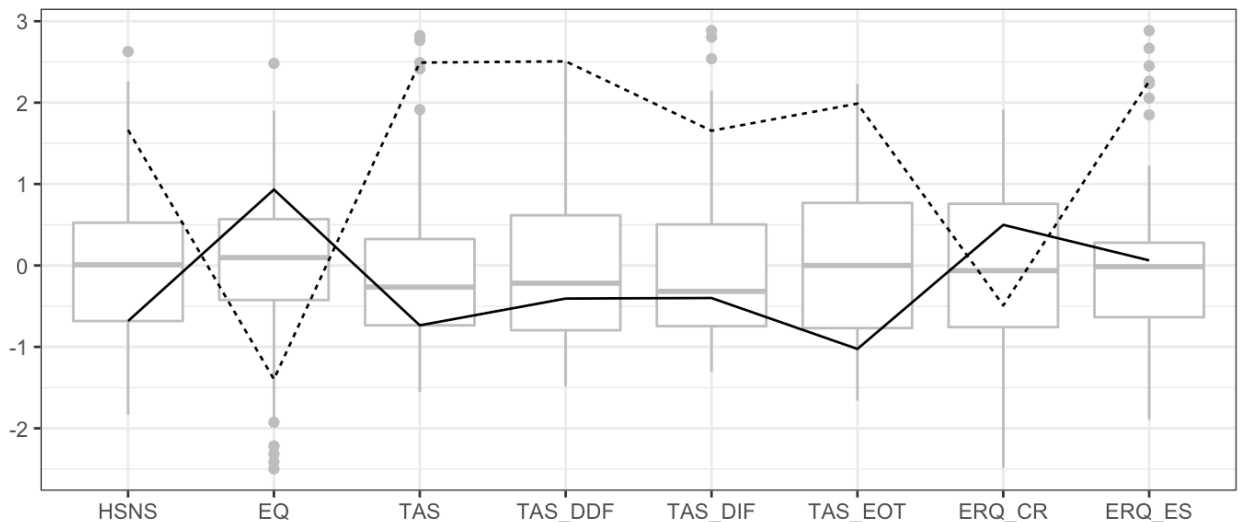


Рис 2.12. Значення шкал учасника 37 до (пунктирна лінія) та після експерименту (суцільна лінія). Для зручності відображення значення шкал масштабовані

2.3.3. Учасник 59

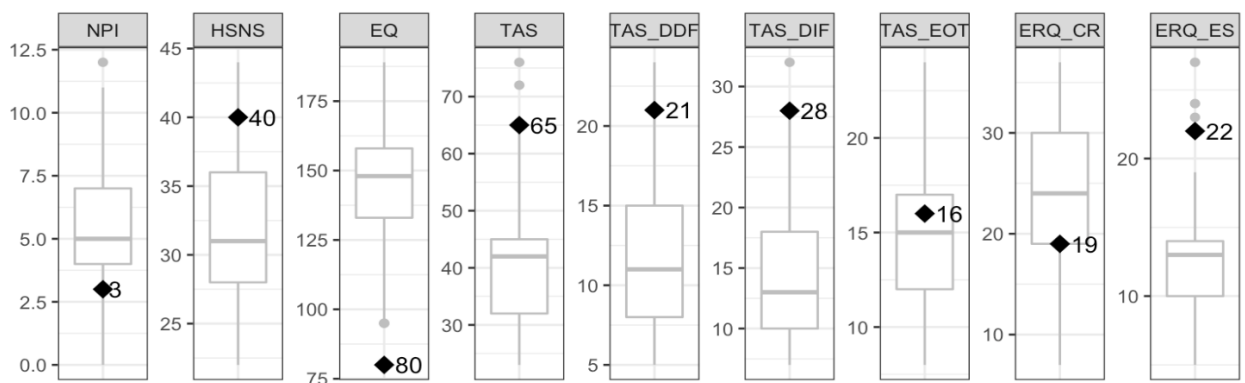


Рис 2.13. Значення вимірювань учасниці 59 до початку експерименту

Студентка другого курсу, 18 років, вчиться за кордоном. Батьки живуть разом з молодшим братом в Україні.

В сімейній системі батько виступає в ролі агресора – «це як жити навпроти вулкану». Мати жертва, яка одночасно запрошує дочку в коаліцію проти батька, а з другого боку перекладає на неї занадто багато відповідальності – мати говорила клієнтці, що вона (клієнтка) надзвичайно важлива для батька, і якщо з нею (клієнткою) щось станеться, то батько може

щось з собою зробити. Рік клієнтка не розмовляла з батьком, хоч вони жили в одній квартирі. Одного разу клієнтка впустила ложку на підлогу, батько дуже гостро на це відреагував і клієнтка відреагувала спротивом, сказала, що буде робити, що хоче. Тоді мама сказала, що буде краще, якщо клієнтка менше часу буде проводити з ними. Схоже, найбільшу владу в сім'ї має саме мати, а батько не навчений проявляти свої почуття, стримується до останнього «для загального блага», і врешті решт не витримує. В результаті компенсує свої вибухи фінансово.

Запит клієнтки – перепади настрою 2-3 рази в день, бажання кинути університет, пригнічений настрій, нервозність, трусяться руки, сором, коли навколо є інші люди.

Клієнтка вважає себе некрасивою, відчуває що всі на неї дивляться і думають про те, яка вона некрасива і як «нежіночно ходить». Про те, що вона «нежіночно ходить», довідалась від своєї мами. Були хлопці, які говорили, що вона красива, але вона їм не вірила. Рефлекторно тікає з контакту. Зараз стосунків не має, з попереднім хлопцем розійшлась, тому що вона постійно вимагала від нього підтвердження своєї важливості для нього. Говорить, що краще ні з ким не заводити стосунків, тому що людям з нею важко.

Таке самоприпониження, низька самооцінка, депресивний стан, песимістичний погляд на світ збігаються з симптоматикою вразливого нарцисизму. З точки зору емоційної саморегуляції, було помітно, що клієнтка змушує себе придушувати свої емоції та почуття «щоб не ранили інших». Вона добре розбиралась в тому, які бувають емоції (їй розповідала мама), але була переконана в тому, що негативні емоції не треба проявляти. Наприклад, не потрібно ревнувати подругу до її друзів, тому що це беззмістовно.

В роботі з цією клієнткою відслідковувались моменти, коли вона оцінювала та забороняла собі свої почуття ще до того, як вони були повністю усвідомленими, здійснювалось пояснення різниці між відчуттям почуттів та реагуванням на почуття.

Клієнтка мала цікаву особливість реагування на неприємні емоції – широко посміхалась. Така невідповідність почуття з тілесним проявом викликає розгубленість і є ще одним свідченням розсynchronізації внутрішнього світу емоцій з зовнішніми способами їх вираження.

Протягом терапії клієнтка отримала пропозицію щодо стажування. Це викликало багато тривоги щодо того, чи її приймуть в новому колективі, але в результаті подружилась з іншими стажерами і навіть закохалась в одного з працівників, хоч і, поки що, «здалеку». В терапії вона отримала підтримку в цьому процесі адаптації і, загалом, в легалізації її почуттів як таких, що мають право на існування. В результаті терапії (і, звичайно, нових стосунків) в клієнтки зменшився рівень соціальної тривожності і збільшилось прийняття себе і своїх почуттів.

За даними повторного вимірювання в клієнтки радикально зменшився рівень вразливого нарцисизму, суттєво зменшилась схильність до придушення власних емоцій та складність ідентифікувати свої емоції (Рис. 2.11). Натомість, трохи підріс рівень емоційного інтелекту (ймовірно за рахунок кореляцій з тими шкалами, які зазнали прямишого впливу) та значно підріс рівень переоцінки емоцій. Останнє може бути пов'язане з тим, що клієнтка стала більше уваги приділяти своїм емоціям саме з когнітивного боку – про що вони сигналізують і як реагувати. Загальний високий рівень алекситимії та складності описувати почуття на момент завершення терапії залишились на тому самому рівні. Рівень екстернального фокусу теж практично не змінився і залишився на тому самому рівні вище середнього.

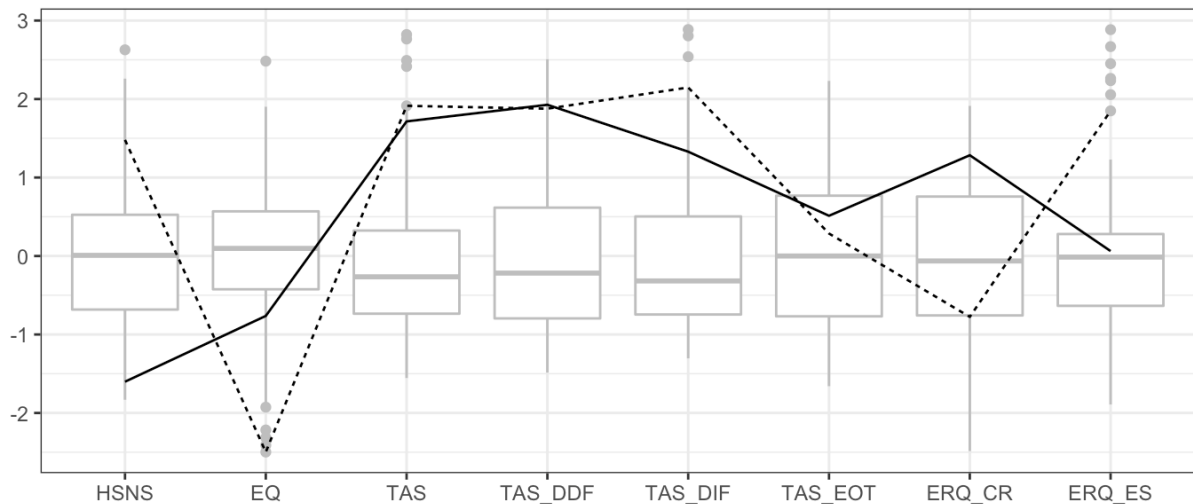


Рис 2.14. Значення шкал учасниці 59 до (пунктирна лінія) та після експерименту (суцільна лінія). Для зручності відображення значення шкал масштабовані

Після завершення експерименту клієнтка написала, що цей досвід повпливав на неї:

«На рівні контролю власних емоцій, усвідомлення необхідності їх переживати, а не подавляти.

Підвищилась самооцінка, в меншій мірі дистанціююсь від інших.

Я справді дуже рада участі в цьому проєкті. Він змінив моє сприйняття себе, але при цьому я прийняла певні негативні риси свого характеру, та усвідомила, що вони рівноправна частина мене. Я більше не страждаю від білого шуму депресивних думок, що раніше душили мене. Колись єдиним дієвим способом їх позбутись був алкоголь та різні речовини. Я вчусь сприймати інших з певною мірою критичності, намагаюсь полюбити себе і навчитись любити інших.»

2.3.4. Учасник 67

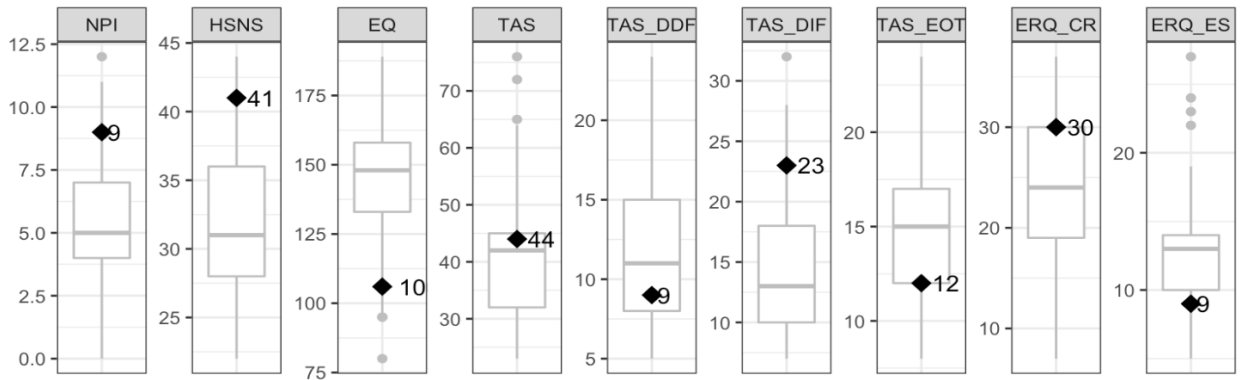


Рис 2.15. Значення вимірювань учасниці 67 до початку експерименту

Жінка, 30 років, закінчує магістратуру. Запит – страх спілкування з новими людьми, який заважає їй розвивати практику та підтримка її рішення піти з церкви, через те, що деякі їхні правила та рамки більше її не влаштовують. Клієнта не перестала бути християнкою, але їй здаються занадто жорсткими і безглуздими обмеження на спілкування з іншими людьми нехристиянами, заборона не тільки сексуальних стосунків а і побачень взагалі. Вона відчуває, що її тілесний розвиток зупинився в підлітковому віці, і з того часу вона займалась тільки духовним розвитком.

Протягом останніх років клієнтка познайомилась з субкультурою плейбек театру і через них познайомилась з кардинально протилежним підходом до життя. Це знайомство ще більше відвернуло її від церкви. З того часу клієнтка кілька разів закохувалась і відчуває значну потребу в сексуальній самореалізації.

Інтерес до психотерапії виник в клієнтки після власної травми насильства, яку вона пропрацювала з EMDR терапевтом. Ця травма ще довгий час впливала на самопочуття клієнтки та її відчуття безпеки. Церква давала їй відчуття безпеки, приналежності до спільноти, але, схоже, клієнтка вже «виросла» з цього середовища.

Важливим аспектом розмов з терапевтом була фігура батька. Клієнтка має амбівалентний стосунок до батька. Протягом кількох перших сесій вона скаржилась, що він мало звертав на неї уваги, його практично ніколи не було вдома, він міг допомагати далеким родичам, але не звертати увагу на неї. Мама ніколи прямо не критикувала, але могла так подивитись чи прокоментувати одяг чи захоплення клієнтки, що та відразу відчувала сором і переставала носити цей одяг та знецінювала свої захоплення.

В процесі роботи перекладачем клієнтка декілька разів зустрічалась з болючим знеціненням своїх зусиль від авторитетних для неї старших за статусом жінок. В одному з попередніх місць праці, її керівниця систематично знецінювала і редагувала чи повністю переписувала її тексти, через що клієнтка втратила розуміння своєї цінності і компетентності настільки, що у неї розвинулась депресія, яку вона лікувала медикаментозно.

В процесі терапії терапевт відслідковував розгортання подій у внутрішньому і зовнішньому світі клієнтки. Вона говорила, що їй стає легше після того, як вона виговорюється і вона говорила багато, не зупиняючись, так, що спочатку було складно встановити контакт з нею, але з часом бесіди стали більш діалоговими. В терапії клієнтка отримала підтримку в процесі сепарації з церквою, пошуку нової форми творчого пристосування, проводилась робота над її інтроектованими переконаннями та проєкціями. Знаковою подією було організоване самою клієнткою завершення стосунків з її попередньою роботою та керівницею, яке відбулось через ритуальне спалення написаних нею текстів. Терапевт свою роль відчував у ролі провідника, через який виливалась накопичена напруга.

Щодо власне емоційної саморегуляції, виразних порушень в цій сфері не відчувалось, окрім, хіба що, деякої ригідності в процесі вибору та реалізації стратегій, що мали б успішно задовольняти емоційні потреби клієнтки. Це легко пояснити значною зарамкованістю та строгими обмеженнями, які від неї вимагала церква. Після прийняття рішення про сепарацію, клієнтка отримала

ширший простір для своїх стратегій і, на момент завершення роботи, овоювалась з відвойованою свободою.

За виміряними шкалами високий рівень вразливого нарцисизму не змінився (Рис. 2.16). Незначно зменшився рівень алекситимії в цілому з найвищим показником в сфері складності ідентифікації почуттів. Більші зміни відбулись в області емоційного інтелекту, переоцінки та придушення почуттів. Це свідчить про більше прийняття власних емоцій та меншу потребу «щось з ними зробити».

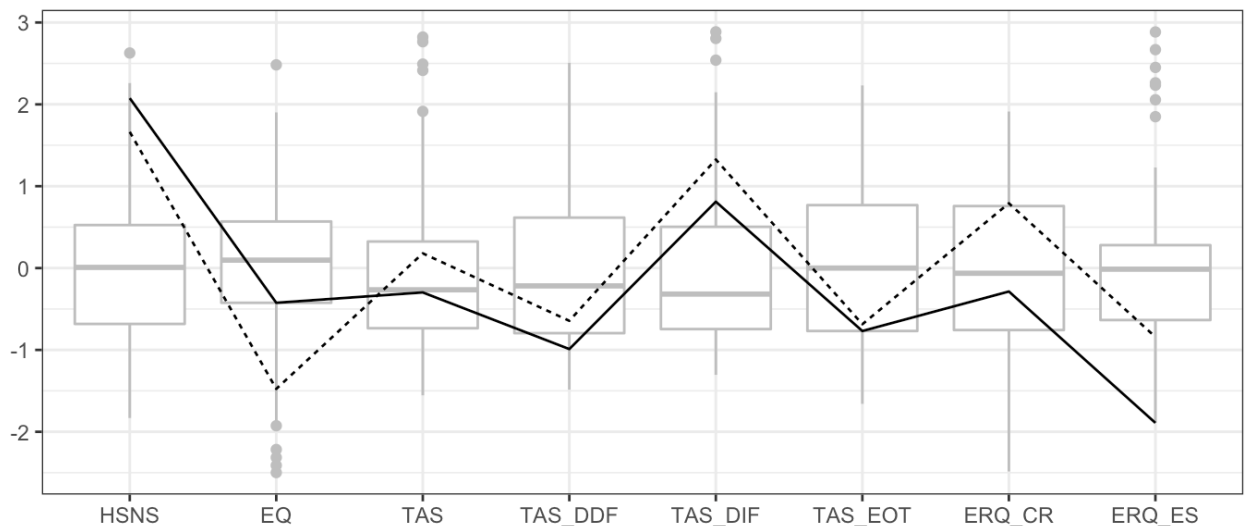


Рис 2.16. Значення шкал учасниці 67 до (пунктирна лінія) та після експерименту (суцільна лінія). Для зручності відображення значення шкал масштабовані

У своєму відгуку за результатами експерименту клієнтка описала те, що їй вдалось зробити протягом наших сесій:

«Консультування допомогло: зрозуміти причину прокрастинації у написанні магістерської роботи; зрозуміти чому я не могла відпустити минулорічне звільнення і закрити гештальт; зрозуміти чому я часом поводжуся ризиковано; більше себе пізнати. Я відчула позитивний вплив на навчання та стосунки до себе.»

Найважливішим для неї було «*Те, що я розібралась із моїм звільненням, бодем від керівника, відпустила ту подію і змогла перегорнути своє життя на нову сторінку.*»

2.3.5. Учасник 68

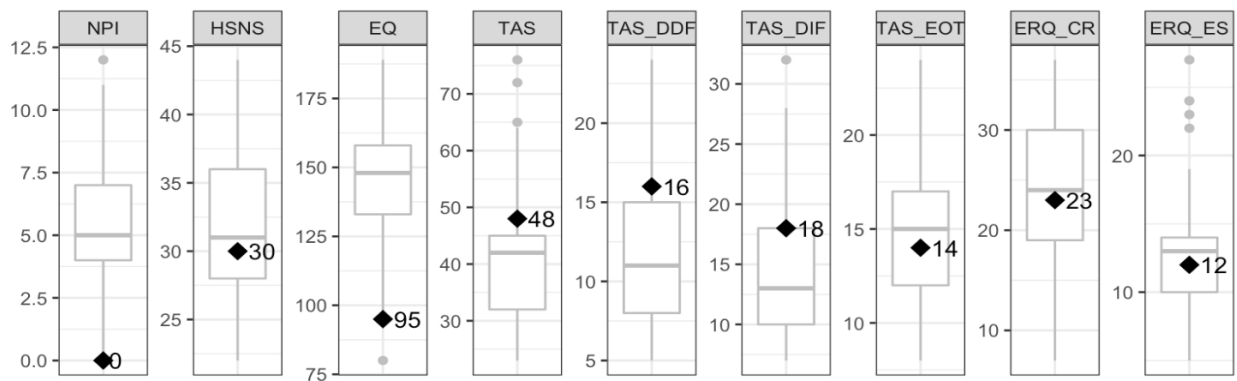


Рис 2.17. Значення вимірювань учасниці 68 до початку експерименту

Жінка 44 роки, працює вчителькою в сільській школі, розлучена, сама виховує сина. Має складну життєву історію. В дитинстві батько був алкоголіком, бив і знущався над своєю жінкою і сином, погрожував клієнтці, хоч ніколи її не бив. Продав чи просто віддав свою дружину, маму клієнтки, теж вчительку, своїм друзям на групове зґвалтування. В результаті мати розвинула психічний розлад і стан її поступово погіршувався, вона мало займалась дітьми. Батько погрожував вчинити інцест з клієнткою – «краще я, ніж хтось інший». На людях був завжди добрий і інтелігентний, що підсилювало розщеплення клієнтки.

В молодості клієнтка не вірила, що хтось колись захоче на ній одружитись і погодилась одружитись з засудженим. В результаті вони одружились і в них народився син, якого вона зараз виховує. Після звільнення, її чоловік не захотів жити з нею, в бідності, і вони розлучились. Клієнтка багато працювала, їздила на заробітки за кордон. В одному з місць, де вона працювала, один з працівників примусив її до співжиття з ним, гвалтував її,

вона завагітніла, але в неї був викидень. Найкраще вона себе почувала на заробітках в Італії, але змушена була повернутись через те, що її мама захворіла і після її смерті вона залишилась в своєму селі з сином.

Працює в школі, хоч і не любить викладати чи взагалі працювати з людьми. Важко переносить тиск суспільства чи свого брата – за місцевими уявленнями вона має одружитись. Робота в школі займає в неї дуже багато часу і зусиль, вона виснажується, картає себе, що не займається господарством «як треба», за те, що не може заробити достатньо грошей для себе і для дитини. Думає про самогубство, але не хоче залишити сина сиротою, сподівається за кілька років стане легше, коли він підросте. Клієнтка знаходиться в значному дистресі.

На відміну від інших учасників, рівень вразливого нарцисизму в цієї клієнтки був невисокий, але її профіль все одно було зараховано до першого кластера через низький рівень емоційного інтелекту, вищий середнього рівень алекситимії та високий рівень придушення почуттів.

До симптомів, що можна віднести до вразливого нарцисизму, спостерігається унікаюча поведінка, ретрофлексія агресивних імпульсів, відчуття неможливості відстояти свої потреби і відмова від них зі значним рівнем суспільного сорому, в якому вона залишається ізольованою, та виною перед дитиною. Але ця вина скоріше за те, що клієнтці було простіше, коли дитиною займався хтось інший, а вона могла реалізовувати свій потяг до свободи. Зараз цю потребу вона не має де реалізувати, і це погіршує її депресивний стан. Але не відчувається відчуття власної винятковості, швидше бажання звільнитись від тиску суспільства.

В аспекті емоційної саморегуляції, клієнтка з усіх сил утримує свої емоції під контролем. Вона відчуває, що якщо піддасться їм, то не зможе продовжувати жити – «зробить щось з собою або дитиною». Розглядає можливість звернутись до психіатра, щоб зменшити страждання, але боїться стигматизації та не впевнена, що їй вистачить коштів. Звично ретрофлексує

агресивні імпульси по відношенню до людей, що порушують її границі і не бачить в собі сили не дозволити їм їх порушувати. Може виразити емоції тільки коли знаходиться одна – покричати та виплакаться в полі. Часто говорить, що терапія – це єдине місце, де вона може виговоритись.

В процесі терапії її рівень особистісного нарцисизму та емоційного інтелекту не змінилися. Зменшився рівень алекситимії, в основному за рахунок екстернального мислення – клієнтка почала частіше зосереджуватись на своїх почуттях і переживаннях. Можливо саме через це рівень придушення емоцій виріс – ті емоції і переживання, які вона раніше дисоціювала, зараз доводиться свідомо зупиняти, поки ще немає кращого способу обходитись з ними.

В подальшому для цієї клієнтки було б важливо отримати кваліфіковану допомогу психіатра, щоб, можливо, медикаментозно полегшити її страждання та суїцидальні думки і обов'язкову тривалу психотерапію для пропрацювання травматичного досвіду, якого зараз вона не дуже хоче торкатись.

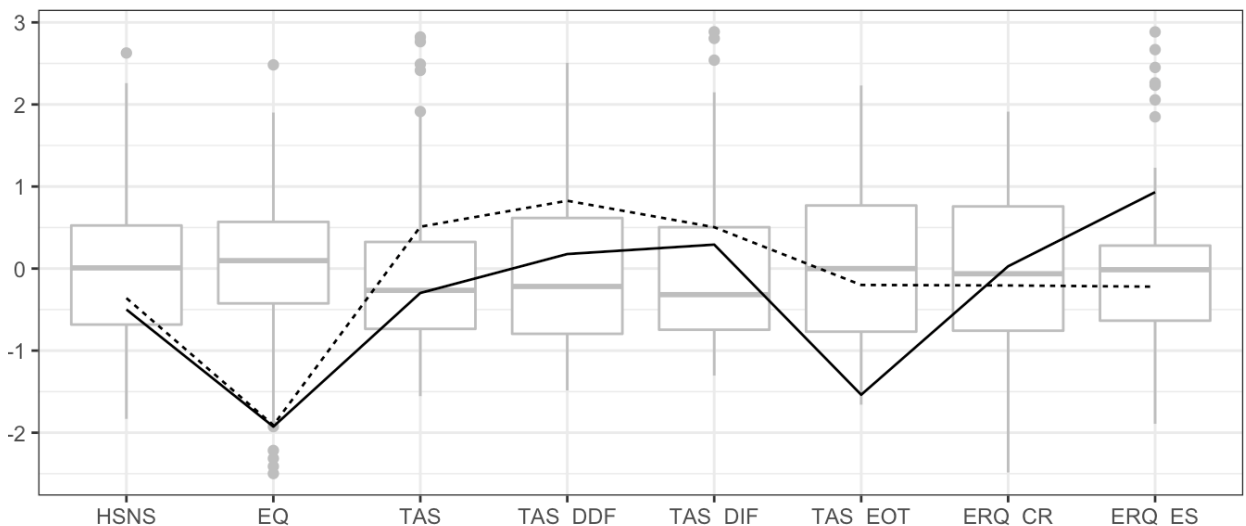


Рис2.13. Значення шкал учасниці 68 до (пунктирна лінія) та після експерименту (суцільна лінія). Для зручності відображення значення шкал масштабовані

В своєму відгуку клієнтка написала, що найважливіше, з чим їй допомогла психотерапія – це те, що «Я не вчинила суїциду». Крім того вона говорить, що:

«Психологічне консультування допомагає мені краще розуміти свій стан, внутрішні проблеми, причини моїх вчинків, які можуть бути наслідки. Я інакше бачу як виховувати мого сина. Знаходжу більше ресурсів для того, щоб справлятися з проблемними ситуаціями в моєму житті.»

2.4. Інтерпретація результатів: чи може гештальттерапія допомогти покращити емоційну саморегуляцію?

Сильна негативна кореляція ($r = -0.62$) між рівнем вразливого нарцисизму та рівнем емоційного інтелекту, що служить еквівалентом загального рівня емоційної регуляції, підтверджує припущення про те, що вразливий нарцисизм характеризується значними порушеннями емоційної саморегуляції.

В досліджуваній вибірці не виявлено зв'язку з компонентом алекситимії TAS_EOT ($r = 0.13, p = 0.175$), що характеризує екстернальне мислення і є частиною конструкту «оперативного мислення» (Marty & de M'Uzan, 1963). Це не може бути достатнім доказом того, що вразливий нарцисизм не пов'язаний з соматоформними симптомами. Можливість такого зв'язку обговорюється у літературі (наприклад, в Daig, Klapp, & Fliege, 2009).

Інший компонент емоційної саморегуляції для якого не виявлено зв'язку з вразливим нарцисизмом – це схильність до переоцінки емоцій EQR_CR ($r = -0.09, p = 0.34$). Грос і Джон (Gross & John, 2003), обґрунтовують корисність переоцінки емоцій в порівнянні з придушенням емоційних реакцій, особливо щодо негативних емоцій, що спричиняють більшість страждань та сприяють виникненню розладів (Berkin et al., 2011). Але в нашій вибірці наявність чи відсутність цієї здібності не впливає на рівень вразливого нарцисизму.

Методи оптимального вибору кількості кластерів запропонували тільки два кластери, перший з яких, умовно кластер вразливого нарцисизму містить 34 учасники, а другий, умовний кластер емоційного здоров'я решту 70. Показово, що алгоритм кластеризації відділив саме вразливо-нарцистичних особистостей від інших. З другого боку, такий розподіл повторює наявні зв'язки між вразливим нарцисизмом та іншими шкалами емоційної саморегуляції. Умовний кластер емоційного здоров'я містить як грандіозних нарцисів, так і осіб, що не мають виражених нарцистичних особливостей, але, спираючись на компоненти емоційної саморегуляції, між ними неможливо провести чітку лінію, що свідчить, скоріше, про відсутність особливої різниці в емоційній саморегуляції осіб з ознаками грандіозного нарцисизму та осіб без ознак нарцисизму взагалі. Звичайно, спираючись тільки на «самоопитувальники», неможливо знати наскільки правдою є те, що сказали нам респонденти. Можна припустити, що особи з грандіозним нарцисизмом можуть бути переконані в тому, що вони чудово розбираються в своїх і чужих емоціях, але незрозуміло чи саме так є в реальності. Але, за відсутністю інших даних, припускаємо, що, справді, саме особи з вразливим нарцисизмом демонструють розлади емоційної саморегуляції і це об'єднує неклінічний вразливий нарцисизм з клінічним нарцистичним розладом особистості.

Щодо центральної гіпотези цієї роботи, а саме, про вплив гештальттерапії на емоційну саморегуляцію осіб з ознаками особистісного нарцисизму, то за кількісними вимірюваннями, підтвердити її неможливо. З іншого боку, візуально спостерігаючи за значеннями алекситимії та емоційного інтелекту експериментальної групи, які показують значну відмінність між собою, можна зробити припущення, що розмір експериментальної групи занадто малий, для того, щоб довести наявності змін. Додатковим підтвердженням ймовірного впливу є аналіз зміни рівня вразливого нарцисизму по кожному з учасників, який показує, що рівень нарцисизму зменшився для 4 з 5 учасників, причому для двох з них

радикально. Перевірка відповідей до і після експерименту для цих двох учасників показала, що один з учасників на 7 з 10 а інший на 9 з 10 питань після експерименту дали відповіді, що свідчать про суттєво менший рівень симптоматики. Такий результат важко проігнорувати, і він підтверджується якісними спостереженнями за динамікою цих учасників в терапії, але через те, що такі зміни відбулись всього за 3 місяці і 10 сесій, виникає питання, щодо того, наскільки тест вразливого нарцисизму HSNS вимірює саме рівень нарцисизму а не актуальний психологічний дистрес чи інші споріднені фактори (Arble, 2008). Крім того, допустимо, що авторський переклад українською без його стандартизації та адаптації міг змінити сприйняття тесту, що в результаті могло вплинути на результати.

В результаті дослідження проведено 10 психотерапевтичних сесій з 5 учасниками з високим рівнем особистісного вразливого нарцисизму за результатами тесту HSNS та низьким рівнем емоційної саморегуляції.

Четверо з п'яти учасників демонстрували високий рівень психологічного дистресу на вході в дослідження, в трьох з п'яти учасників спостерігається клінічна картина розгортання психічних розладів. Тільки один з них (учасник 37) має в анамнезі досвід психіатричного лікування. Один з учасників з підозрою на нарцисичний розлад особистості (учасник 27) «не довіряє лікарям», тому «лікується» мікродозами амфетамінів, інша учасниця (учасник 68), з підозрою на депресію, забарвлену суїцидальними думками, не звертається до психіатра через страх стигматизації та «відсутність коштів на лікування».

У всіх учасників спостерігались помітні порушення в процесі емоційної саморегуляції, що проявлялись у неможливості, чи, частіше, небажанні та страху відчувати свої емоції, страх перед їх «неконтрольованістю», ігноруванні та придушенні власних емоційних реакцій, особливо негативних, ретрофлексії власних агресивних імпульсів та, як результат, неможливості

побудувати та реалізувати ефективні стратегії задоволення власних емоційних потреб.

У чотирьох з п'яти учасників, крім учасника 27, з підозрою на нарцистичний розлад особистості, після проведення впливу спостерігаються помітні позитивні якісні зміни в процесі емоційної саморегуляції, що підтверджуються самими учасниками. В двох учасників (37 та 59) спостерігається різке зменшення рівня вразливого нарцисизму, що підтверджується їхніми суб'єктивними звітами та спостереженнями за динамікою терапевтичного процесу, але може, також, свідчити про недосконалість тесту на вимірювання рівня вразливого нарцисизму (HSNS).

За результатами якісного дослідження, ефективність впливу гештальттерапії на рівень емоційної саморегуляції осіб з високим рівнем особистісного нарцисизму підтверджується. Особливо ефективно гештальттерапія показала себе в зменшенні алекситимічних проявів, легалізації та валідації власних емоцій та збільшенні рівня прийняття негативних емоцій. Менший вплив спостерігався на когнітивне емоційне регулювання, оскільки в гештальттерапії більше уваги приділяється проживанню емоцій, контакту через емоції зі своїми потребами, та знаходженню доброї форми для їх вираження, ніж переоцінці та рефреймінгу точки зору на події, щоб уникнути негативних емоцій взагалі. Для підтвердження якісних результатів необхідно проводити дослідження з більшою експериментальною групою.

ВИСНОВКИ

В процесі дослідження було проведено перевірку зв'язку між рівнем вразливого особистісного нарцисизму та рівнем емоційної саморегуляції, що вимірювався через рівень емоційного інтелекту, алекситимії та когнітивної емоційної саморегуляції та ефективність впливу гештальттерапії на рівень емоційної саморегуляції задля полегшення симптомів вразливого нарцисизму.

Результати кількісного дослідження підтвердили гіпотезу про зв'язок між рівнем вразливого нарцисизму та рівнем емоційної саморегуляції. Щодо ефективності впливу, результати вимірювань після проведення експерименту показали зміну рівня емоційного інтелекту та алекситимії, але недостатню для того, щоб перетнути статистичний поріг значущості, що пояснюється недостатнім розміром експериментальної групи (5 учасників).

Результати якісного аналізу впливу гештальттерапії показали переважно добрі результати. В 4 з 5 учасників (80%) спостерігалось покращення рівня емоційної саморегуляції, в основному в сферах усвідомлення, розуміння та прийняття своїх почуттів, в тому числі негативних. В 2 з 5 учасників (40%) спостерігалось значне зменшення рівня вимірюваного вразливого нарцисизму. Висловлені припущення про недосконалість тесту HSNS, який, скоріше, може реагувати на актуальний психічний дистрес, ніж описувати стабільну рису нарцисизму. Суб'єктивні відгуки усіх учасників були позитивні та сигналізували про покращення їхньої емоційної саморегуляції та полегшення симптомів вразливого нарцисизму, що, разом із спостереженнями за динамікою цих учасників в терапії дає підстави стверджувати про ефективність гештальттерапії в роботі з порушеннями емоційної саморегуляції клієнтів з високим рівнем особистісного вразливого нарцисизму.

Обмеженнями цього дослідження є, перш за все, замала вибірка експериментальної групи, що не дозволяє отримати кількісне підтвердження

ефективності впливу, а також, як і у багатьох дослідженнях, що спираються на «само-опитувальники», результати можуть залежати від індивідуального сприйняття учасниками питань опитувальника та їх актуального психологічного стану. Питання опитувальників додатково ускладнюється тим, що 3 з 5 опитувальників використаних в цій роботі були перекладені автором та не були формально адаптовані для українського контексту.

В подальших роботах рекомендується крім збільшення розміру експериментальної групи проаналізувати та адаптувати інші опитувальники, що можуть показати порушення емоційної саморегуляції (наприклад DERS-18; Victor & Klonsky, 2016) та рівень вразливого нарцисизму через рівні нарцистичних рис (traits) (FFNI; Miller et. al, 2013). Додатково, рекомендується провести кореляційний, регресійний та факторний аналіз шкал вимірювання рівня нарцисизму та емоційної саморегуляції, щоб мати більше інформації щодо того, які саме атрибути найбільше впливають на різні фактори вразливого нарцисизму.

Якщо для практиків гештальттерапії це дослідження не містить нових методів чи рекомендацій роботи з клієнтами, які демонструють нарцистичний спосіб орієнтації контакту, то для гештальттерапії в цілому, це ще один крок до наукового підтвердження ефективності гештальттерапії, що може сприяти ширшому її використанню та подальшому розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білодід, І. (Ред.) (1970-1980). *Словник української мови*. В 11 т. Київ. Наукова думка.
2. Голдсмит Г.Н. (2015). Подходы к лечению нарциссических расстройств: Кохут и Кернберг. *Журнал Практической Психологии и Психоанализа*, 2015, 1.
3. Погодин, И.А. & Олифирович, Н.И. (2007). Нарциссизм: феноменология, диагностика, психологическая помощь. В Белановская О.В. (Ред.) *Возрастная и педагогическая психология: сб. научных трудов*, 7, 303-309. Белорус. гос. пед. ун-т им. М. Танка.
4. Хломов Д. (1996) Динамическая концепция личности в гештальт-терапии. *Гештальт-96. Сборник материалов МГИ, 46-51. Москва*.
5. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.).
6. American Psychiatric Association. (2013). Narcissistic Personality Disorder. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
7. Ames, D. R., Rose, P., & Anderson, C. P. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of Research in Personality*, 40(4), 440-450.
8. Aradhye, C., & Vonk, J. (2014). Theory of mind in vulnerable and grandiose narcissism. In A. Besser (Ed.), *Psychology of emotions, motivations and actions. Handbook of the psychology of narcissism: Diverse perspectives*, 347–361. Nova Science Publishers.
9. Arble, E.P., (2008). Evaluating the psychometric properties of the hypersensitive narcissism scale: Implications for the distinction of covert and overt narcissism. *Master's Theses and Doctoral Dissertations*. 236.

10. Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
11. Baker, H. S., & Baker, M. N. (1987). Heinz Kohut's self psychology: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 144(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1176/ajp.144.1.1>
12. Berking, M., Poppe, C., Luhmann, M., Wupperman, P., Jaggi, V., & Seifritz, E. (2011). Emotion-regulation skills and psychopathology: Is the ability to modify emotions the pathway by which other emotion-regulation skills affect mental health? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 931-937.
13. Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
14. Boekaerts, M., Pintrich, P. R. & Zeidner, M. (Eds.). (2000). *Handbook of self-regulation*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50030-5>.
15. Briganti, G. & Linkowski, P. (2020). Exploring network structure and central items of the Narcissistic Personality Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 29:e1810. <https://doi.org/10.1002/mpr.1810>
16. Guy Brock, Vasyl Pihur, Susmita Datta, Somnath Datta (2008). cIValid: An R Package for Cluster Validation. *Journal of Statistical Software*, 25(4), 1-22.
 URL <https://www.jstatsoft.org/v25/i04/>
17. Brownell P. (2010). *Gestalt Therapy: a guide to contemporary practice*. Springer Publishing Company. New York.
18. Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15, 335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>

19. Daig, I., Klapp, B. F., & Fliege, H. (2009). Narcissism Predicts Therapy Outcome in Psychosomatic Patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(4), 368–377. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9122-0>

20. Dimaggio, G., Popolo, R., Montano, A., Velotti, P., Perrini, F., Buonocore, L., Garofalo, C., D'Aguanno, M., & Salvatore, G. (2017). Emotion dysregulation, symptoms, and interpersonal problems as independent predictors of a broad range of personality disorders in an outpatient sample. *Psychology and psychotherapy*, 90(4), 586–599. <https://doi.org/10.1111/papt.12126>

21. Fogarty, M., Bhar, S., Theiler, S., & O'Shea, L. (2016). What do Gestalt therapists do in the clinic? The expert consensus. *British Gestalt Journal*. 25:1, 32-41.

22. Francesetti G., Gecele M. & Roubal J. (Eds.) (2014) Gestalt Therapy in Clinical Practice: from psychopathology to the aesthetics of contact.

23. González-Ramírez, E., Carrillo-Montoya, T., García-Vega, M.L., Hart, C.E., Zava-la-Norzagaray, A.A. and Ley-Quinónez, C.P. (2017) Effectiveness of Hypnosis Therapy and Gestalt Therapy as Depression Treatments. *Clinica y Salud*, 28, 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.001>

24. Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOB.A.0000007455.08539.94>

25. Greenberg L. (2014) Preface. In Francesetti G., Gecele M. & Roubal J. (Eds.) Gestalt Therapy in Clinical Practice: from psychopathology to the aesthetics of contact, 1-3.

26. Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

27. Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 3–24). The Guilford Press.
28. Gross, J. J. & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
29. Hansen-Brown A.A. (2018) Perceived Control Theory of Narcissism. In: Hermann A., Brunell A., Foster J. (eds) *Handbook of Trait Narcissism*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-92171-6_3
30. Harrell F. E., Dupont C. et al. (2021). Hmisc: Harrell Miscellaneous. R package version 4.5-0. <https://CRAN.R-project.org/package=Hmisc>
31. Haviland, M.G. (2016) Alexithymia. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, 47-53. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00227-5>.
32. Hendin, H.M., & Cheek, J.M.(2013) . The Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS)
33. Janowski M. & Biedrycka M. (2014). Skuteczność psychoterapii Gestalt w zakresie regulacji emocji u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi/lękowymi. *Psychoterapia*, 4, 63-75.
34. Kernberg, O. (1980). *Internal world and external reality*. New York: Jason Aronson.
35. Kernberg, O. (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical background and diagnostic classification. In E. F. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (p. 29–51). American Psychiatric Association.
36. Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York City: International Universities Press, Inc.
37. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. University of Chicago Press.

38. Krizan, Z., & Herlache, A. D. (2018). The Narcissism Spectrum Model: A Synthetic View of Narcissistic Personality. *Personality and Social Psychology Review*, 22(1), 3–31. <https://doi.org/10.1177/1088868316685018>
39. Kryvenko, I., Pylat, N., Senyk, O. (2021, in press). The “Blue” Face of Narcissism: Psychometric Properties of the Ukrainian Translation of the Hypersensitive Narcissism Scale in Non-Clinical Groups.
40. Maechler, M., Rousseeuw, P., Struyf, A., Hubert, M., Hornik, K.(2021). cluster: Cluster Analysis Basics and Extensions. R package version 2.1.1.
41. Marty P., & de M'Uzan M. (1963). La "pensée opératoire." *Revue Franraise de Psychanalyse* 27(suppl). 1345-1356.
42. Miller J.D., & Campbell W.K. (2008). Comparing Clinical and Social-Personality Conceptualizations of Narcissism. *Journal of Personality* 76:3. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00492.x>
43. Miller, J. D., Few, L. R., Wilson, L., Gentile, B., Widiger, T. A., MacKillop, J., & Keith Campbell, W. (2013). The Five-Factor Narcissism Inventory (FFNI): A test of the convergent, discriminant, and incremental validity of FFNI scores in clinical and community samples. *Psychological Assessment*, 25(3), 748–758. <https://doi.org/10.1037/a0032536>
44. Miller J.D., Lynam D.R., McCain J.L., Few L.R., Crego C., Widiger T.A. & Campbell W.K. (2016). Thinking Structurally About Narcissism: An Examination of the Five-Factor Narcissism Inventory and Its Components. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_177
45. Miller, J. D., Lynam, D. R., Vize, C., Crowe, M., Sleep, C., Maples-Keller, J. L., Few L.R., & Campbell, W. K. (2017). Vulnerable Narcissism Is (Mostly) a Disorder of Neuroticism. *Journal of Personality*, 86(2), 186–199. <https://doi.org/10.1111/jopy.12303>
46. Morf C. C. & Rhodewalt F. (2001) Unraveling the Paradoxes of Narcissism: A Dynamic Self-Regulatory Processing Model, *Psychological Inquiry*, 12:4, 177-196, https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1204_1

47. Muñoz Centifanti, L. C., Kimonis, E. R., Frick, P. J., & Aucoin, K. J. (2013). Emotional reactivity and the association between psychopathy-linked narcissism and aggression in detained adolescent boys. *Development and psychopathology*, 25(2), 473–485. <https://doi.org/10.1017/S0954579412001186>
48. Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
49. Müller B. (2014) Comment on Salonia G. From the Greatness of the Image to the Fullness of Contact. Thoughts on Gestalt Therapy and Narcissistic Experience. In Francesetti G., Gecele M. & Roubal J. (Eds.) *Gestalt Therapy in Clinical Practice: from psychopathology to the aesthetics of contact*, 660-663.
50. Perls, F., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy, Excitement and Growth in the Human Personality*, 377- 383. Souvenir Press. London.
51. Perls, F. S. (1969). *Ego, hunger and aggression: The beginning of Gestalt therapy*. Crown Publishing Group/Random House.
52. Petrides, K. V. (2001). A psychometric investigation into the construct of emotional intelligence. Unpublished doctoral dissertation, University College London.
53. Petrides K.V. (2009) Psychometric Properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). In: Parker J., Saklofske D., Stough C. (eds) *Assessing Emotional Intelligence. The Springer Series on Human Exceptionality*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_5
54. Pincus, A. L. (2005). A Contemporary Integrative Interpersonal Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (p. 282–331). Guilford Press.
55. Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365–379. <https://doi.org/10.1037/a0016530>

56. Pylat, N., Senyk, O., Kryvenko, I. (2020, in press). Adaptation of the NPI-16 questionnaire into the Ukrainian language: psychometric indicators analysis [Україномовна адаптація короткої версії опитувальника грандіозного нарцисизму (NPI-16): аналіз психометричних показників].

57. R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

58. Raffagnino, R. (2019) Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7, 66-83. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>

59. Raskin, R. N., & Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, 45(2), 590. <https://doi.org/10.2466/pr0.1979.45.2.590>

60. Raskin, R., & Terry, H. (1988). A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 890–902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.5.890>

61. Revelle, W. (2020) psych: Procedures for Personality and Psychological Research, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA, <https://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 2.1.3.

62. Rogoza R., Zemojtel-Piotrowska M., Kwiatkowska M. M. & Kwiatkowska K. (2018) The Bright, the Dark, and the Blue Face of Narcissism: The Spectrum of Narcissism in Its Relations to the Metatraits of Personality, Self-Esteem, and the Nomological Network of Shyness, Loneliness, and Empathy. *Frontiers in Psychology*. 9:343. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00343>

63. Ronningstam, E. (2017). Intersect between self-esteem and emotion regulation in narcissistic personality disorder - implications for alliance building and treatment. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation* 4, 3. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0054-8>

64. RStudio Team (2020). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, PBC, Boston, MA URL <http://www.rstudio.com/>.

65. Salonia G. (2014). From the Greatness of the Image to the Fullness of Contact. Thoughts on Gestalt Therapy and Narcissistic Experience. In Francesetti G., Gecele M. & Roubal J. (Eds.) *Gestalt Therapy in Clinical Practice: from psychopathology to the aesthetics of contact*, 643-660.

66. Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

67. Strauman, T. (2001). Self-Regulation, Affect Regulation, and Narcissism: Pieces of the Puzzle. *Psychological Inquiry*, 12(4), 239-242.

68. Taylor G.J., Ryan D.P. & Bagby R.M. (1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44:19, 1-199. <https://doi.org/10.1159/000287912>

69. Thompson N.M., Caroline Di Bernardi Luft & Banissy M.J. (2016). Chapter 15 – Empathy. In Absher J.R. & Cloutier J. (Eds.), *Neuroimaging Personality, Social Cognition, and Character*. Academic Press.

70. Victor, S.E., & Klonsky, E.D. (2016) Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) in Five Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 38, 582–589. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9547-9>

71. Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775–808. <https://doi.org/10.1037/a0027600>

72. Wickham et al., (2019). Welcome to the tidyverse. *Journal of Open Source Software*, 4(43), 1686, <https://doi.org/10.21105/joss.01686>

73. Hui Zhang, Zhenhong Wang, Xuqun You, Wei Lü & Yun Luo. (2015). Associations between narcissism and emotion regulation difficulties: Respiratory sinus arrhythmia reactivity as a moderator. *Biological Psychology*, 110, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.06.014>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А. ПЕРЕКЛАД КОРОТКОЇ ФОРМИ
ОПИТУВАЛЬНИКА ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ TEIQue-SF

1. Для мене не проблема виразити свої емоції словами
2. Мені часто буває складно побачити ситуацію з точки зору іншої людини
3. Загалом, я високовмотивована людина
4. Зазвичай, мені важко справлятися зі своїми емоціями
5. В цілому, я не вважаю що життя є приємним
6. Я можу ефективно взаємодіяти з людьми
7. Я схильний/а часто змінювати свою думку
8. Часто я не можу зрозуміти які емоції я відчуваю
9. Мені здається в мене є ряд позитивних рис характеру
10. Мені часто буває важко відстояти свої права
11. Як правило, я можу впливати на те, як почувуються інші люди
12. Здебільшого, я маю песимістичний погляд стосовно майже всього
13. Мої близькі часто скаржаться, що я не ставлюсь до них належним чином
14. Мені часто буває складно підлаштувати своє життя до обставин
15. Загалом, я можу дати собі раду зі стресом
16. Часто мені буває важко виразити моїм близьким, свою прихильність
17. Як правило, я можу "поставити себе на місце" інших і пережити їхні емоції
18. Зазвичай, мені складно залишатись вмотивованим
19. Зазвичай, я можу знайти способи контролювати свої емоції, коли захочу
20. Загалом я задоволений своїм життям

21. Можна сказати, що я добре вмію домовлятися
22. Я схильний/на вплутуватись у справи, яких я потім ніяк не можу позбутись
23. Я часто замислююся над тим, що я відчуваю
24. Я впевнений, що я маю багато сильних сторін
25. Я скоріше відступлю, навіть якщо знаю, що правий/ва
26. Здається, я не маю жодної влади над почуттями інших людей
27. В цілому я вірю, що в моєму житті все буде добре
28. Мені складно побудувати здорову прив'язаність навіть з тими, хто мені близький
29. Загалом, я маю здатність адаптовуватись до нових умов
30. Інші захоплюються мною, через те, що я зберігаю спокій і врівноваженість

ДОДАТОК Б. ПЕРЕКЛАД КОРОТКОЇ ФОРМИ
ОПИТУВАЛЬНИКА АЛЕКСИТИМІЇ TAS-20

1. Мені часто буває важко зрозуміти які емоції я відчуваю
2. Мені важко підібрати правильні слова для опису своїх почуттів
3. В мене бувають такі відчуття в тілі, які не можуть зрозуміти навіть лікарі
4. Я можу легко описати свої почуття
5. Мені більше подобається аналізувати проблеми, а не просто про них розповідати
6. Коли я погано почуваюсь, я не розумію чи я засмучений, чи боюся, чи злюсь
7. Відчуття в моєму тілі часто бувають незрозумілі для мене
8. Я скоріше залишу все як є, ніж розбиратимусь чому все вийшло саме так
9. В мене бувають відчуття, для яких я не можу підібрати назву
10. Дуже важливо усвідомлювати свої емоції
11. Мені важко описати, що я відчуваю стосовно інших людей
12. Люди радять мені більше говорити про свої почуття
13. Я не знаю що відбувається в мене всередині
14. Я часто не знаю чому серджуся
15. Я краще говоритиму з людьми про їхні щоденні справи, ніж про їхні почуття
16. Я краще дивитимусь легкі розважальні програми, а не психологічні драми
17. Мені важко розказати свої найсокровенніші почуття навіть найближчим друзям
18. Я можу відчувати близькість з іншою людиною, навіть коли ми мовчимо

19. Для вирішення особистих проблем я вважаю корисним розібратись зі своїми почуттями
20. Пошук прихованого змісту в фільмах чи інших творах заважає мені отримувати від них задоволення

ДОДАТОК В. ПЕРЕКЛАД ОПИТУВАЛЬНИКА ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ERQ

1. Коли я хочу підняти собі настрій (відчути радість чи задоволення), я починаю думати про щось інше
2. Я тримаю свої емоції при собі
3. Щоб справитись з негативними емоціями (такими як сум чи злість), я починаю думати про щось інше
4. Коли я відчуваю позитивні емоції, то слідкую за тим, щоб їх не показувати
5. Коли я опиняюсь в стресовій ситуації, то змушую себе думати про неї так, щоб зберегти спокій.
6. Для того щоб тримати свої емоції під контролем я не даю їм проявлятися назовні
7. Щоб підняти собі настрій, я змінюю свій погляд на ситуацію
8. Для того щоб тримати свої емоції під контролем, я змінюю свій погляд на ситуацію, в якій я знаходжуся
9. Коли я відчуваю негативні емоції, я роблю все щоб не показати цього
10. Щоб справитись з негативними емоціями, я змінюю свій погляд на ситуацію