

7. Крутецкий В.А. Самосознание // Педагогическая энциклопедия. – Т.3. – М.: Сов. Энциклопедия, 1966.– 768 с.
8. Левин К., Дембо Т., Фестингер Л., Сирс Р. Уровень притязаний // Психология личности / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. – М.: МГУ, 1982. – С. 86-92.
9. Платонов К.К. Проблемы сознания // Матер. симпозиума. – М., 1966. – 256 с.
10. Рубинштейн С.Л. Самосознание личности и её жизненный путь: Психология личности / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. – М.: МГУ, 1982. – С. 127-131.
11. Спиркин А.Г. Сознание и самосознание. – М.: Политиздат, 1972. – 303 с.
12. Чамата П.Р. Самосвідомість та її розвиток у дітей. – К.: Знання, 1965. – 48 с.
13. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии // М.: Наука, 1977. – 143 с.
14. Шорохова Е.В. Проблема сознания в философии и естествознании. – М., 1961. – 281 с.
15. Freud A. The ego and the mechanism of defense. – №4.– 1946.
16. Freud S. Das Ich und das Es, Ges. Werke. – Vol. 18. – London, 1923.
17. Lewin K. The dynamic theory of personality. – New-York. – London, 1935.
18. Rogers C.R. Client Centered Therapy. – Boston, 1955.

В.М. Заїка
Полтава

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ТА ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Постановка і обґрунтування актуальності проблеми. Сучасний розвиток інформаційного суспільства відображається не лише на якості наукових відкриттів, але й на кожному індивіді окремо, на його фізичному і психічному розвитку. Дегуманізація суспільства із перестановкою акценту з людини – на техніку, комп'ютери, електроніку призводить до відчуження, втрати свободи, свого «Я», залежності від технічних винаходів. А гедоністичний стиль життя з його повсякчасним прагненням до задоволення, пошуку насолоди породжує виснаження, втрату духовного сенсу життя, справжніх людських цінностей, переінформатизацію і як наслідок – депресивні стани.

За даними статистики сьогодні можна говорити про справжню епідемію депресії, яка значно поширилась за останні 30 років. Так, 15-20% населення у всьому світі відчули цей стан на собі. Щохвилини приблизно 121 мільйон людей різного віку, чоловіків та жінок, бідних та заможних страждають на депресію. [7]. Причому не менше 40% всіх депресій протікають із стертими проявами. Також встановлено, що від 5% до 12% чоловіків і від 10% до 20% жінок потерпають від приступів глибокої депресії на певному етапі свого життя. Приблизно половина цих хворих зазнавала депресії повторно. Страждання і обмеження дієздатності є симптомами депресії але вона є й потенційним убивцею. Щороку трохи менше 15% хворих на депресію кінчають життя самогубством [3]. Профілактика та лікування цих людей залишають бажати кращого. Так, менше від 4% до 5% хворих на депресію отримують адекватне лікування. Це пов'язано з багатьма чинниками. А саме: відсутність у хворих бажання звертатися до лікарів, недостатня кількість інформації у населення, щодо симптомів та проявів депресії, відсутність спеціальних навичок щодо діагностування соматичних розладів у лікарів загальної практики (лише в 30% випадків депресії діагностуються своєчасно), відсутність затверджених стандартів лікування подібних розладів в Україні [8]. Всі ці дані обумовлюють актуальність теоретичних та практичних досліджень стосовно вказаного явища.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивченням депресії та її проявів займалися провідні зарубіжні та вітчизняні лікарі, психіатри, психологи, психофізіологи: З.Фрейд, К.Г. Юнг, Е. Фромм, Ф. Перлз, В. Франкл, Ш.Б. Немерофф, Ч. Костелло, С.О. Гримблант, Е. Блейлер, І. Л. Первова, В.М. Блейхер, І.В. Крук та ін.

На депресію страждали завжди, вона описується ще у Старому Завіті. Але її по-іншому називали: меланхолією, розлиттям чорної жовчі (Гіппократ), неврастенією, іпохондрією, хандрою, печаллю, журбою, кручиною. Вона навіть була модною та була ознакою заможних людей. Батьківщиною депресії вважається туманний Альбїон, де вона називається спліном.

Приступами депресії страждали відомі люди різних епох: Мікеланджело, Ф. Достоєвський, О. Блок, У. Черчілль, А. Дюкер, П. Верлен, А.П. Чехов, Чайковський та ін [2, 5].

Виділяють тріаду ознак за якими визначають депресію:

1) пригнічений настрій; 2) ідеаторна загальмованість – зниження психічної активності, темпу мислення, мови; 3) психомоторна загальмованість – збіднені рухливість, жестикуляція, міміка, одноманітність поз.

Нерідко депресії маскуються під соматичними проявами (головні болі, порушення сну, розлади травлення, болі в серці тощо) тому їх важко діагностувати. Вчені довели причинну обумовленість депресії як відповідь на стрес, психотравму, але найчастіше вона виникає безпричинно, спонтанно. Сезонність річних періодів також має значення, весною та восени вона проявляється найбільш часто. До інших факторів ризику відносять патологічну спадковість, юнацький або підлітковий вік, жіночу стать, вагітність, післяпологовий період, клімакс.

Із методів лікування депресій найчастіше застосовують психотерапію та психофармакологію. Антидепресанти та транквілізатори в основному мають побічні ефекти, а лікування словом потребує значного часу та високої кваліфікації спеціаліста, що надає допомогу.

Саме тому на нашу думку проблема депресії повинна займати одне з провідних місць в сучасній науці. Адже перелічені факти доводять поширеність вказаного недугу серед населення нашої країни та труднощі в його діагностиці та лікуванні.

Таким чином, **об'єктом дослідження** є особистість людини у стані депресії. **Предмет дослідження** – психологічні особливості діагностування та терапії депресивних розладів особистості людини. **Метою даної публікації** є змістовне вивчення практичних методів виявлення та подолання депресивних розладів.

Результати теоретичного аналізу проблеми. Отже, **депресія** – це синдром, що характеризується зниженим настроєм (гіпотимією), гальмуванням інтелектуальної і моторної діяльності, зниженням вітальних спонук, песимістичними оцінками себе і свого положення в навколишній дійсності, соматоневрологічними розладами. За А.В. Снежневським, депресії властиві такі когнітивні властивості, як негативна, знищуюча оцінка власної особистості, зовнішнього світу і майбутнього [1].

За останніми дослідженнями нейробіологічними механізмами розвитку депресивних розладів вважають наступні фактори [3]: генетично обумовлена спадковість (дефекти генів та хромосом); дефіцит норадреналіну в деяких структурах мозку; зниження вмісту серотоніну в синапсах нервових клітин; гормональні аномалії пов'язані із розладом функції гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи, яка формує реакції організму на стресові фактори.

Депресивні стани відрізняються великим різноманіттям і поширеністю. Схематично виділяють дев'ять основних клінічних варіантів депресії, що об'єднані в три групи (Kielholz P.) [1]: 1) *соматогенні*, що виникають у зв'язку з яким-небудь захворюванням внутрішніх органів — органічна і симптоматична; 2) *ендогенні*, що спостерігаються при психічних захворюваннях — шизофренічна, циркулярна, періодична, інволюційна; 3) *психогенні*, котрі пов'язані з емоційним перенапруженням, внутрішнім конфліктом або багатократними психічними травмами (конфліктами, що повторюються, в сім'ї або на роботі) — невротична, виснаження, реактивна.

Чарльз Костелло з університету Калгарі виокремлює наступні симптоми депресії: дисфорія (порушення настрою із переважанням похмурого, злобно-дратівливого

настрою), відсутність інтересу, ангедонія (втрата почуття радості та насолоди), соціальна дисфункція, проблеми з пам'яттю та концентрацією уваги, порушення самооцінки, сором та відчуття провини, безнадія, розлади апетиту, розлади сну, суїцидальні наміри тощо [6].

Окремого розгляду потребує так звана “маскована” або “ларвована” депресія, при якій хворі пред'являють різноманітні скарги соматичного характеру (безсоння, психалгії – головний біль, біль у серці, м'язовий біль чи біль у спині, шлунково-кишкові розлади, зміни апетиту, астенію). Такі люди схильні звертатися за допомогою до лікарів різного профілю, шукаючи причину їх фізичних розладів. Цікаво, що при цьому майже відсутні скарги на знижений настрій, або вони займають другорядне місце і розглядаються як природня реакція на соматичні розлади, котрі насправді є невротичними.

Одним із важливих диференціально діагностичних критеріїв маскованої депресії є *парадоксальна добова циклічність*, за якою хвора людина завжди відмічає погіршення стану в ранковий час або полегшення стану до вечора. На противагу цьому справжня астенія при інфекційних захворюваннях пов'язана з погіршенням самопочуття в другій половині дня. Також до проявів маскованої депресії відносять: *розлади сну* (відсутність сну в ранкові часи та втрата задоволення від нього); *зміни апетиту* (депресивна анорексія – зниження апетиту або депресивна булімія – підвищення апетиту, при яких відмічається втрата відчуття насичення їжею та втрата відчуття її смаку); *розлади статевої функції* (зниження та зникнення потягу та інтенсивності оргазму); *психалгії* (не пов'язані з фізичним навантаженням, інтенсивні в ранковий час, зазвичай відрізняються не гостротою болю, а відчуттям “важкості”); *астенію* (емоційно-роздратована слабкість з втомленістю та нездатністю виносити розумові і фізичні навантаження) [4].

Специфічними є статеві прояви депресії. Так, у чоловіків депресія найчастіше проявляється у вигляді фізичних скарг. При цьому в емоційній сфері у них переважають явища роздратованості та вони не схильні визнавати психічні причини своїх страждань. Жінки проявляють більшу готовність говорити про такі явища, як пригніченість, туга та сльозливість. Саме тому у них дещо легше розпізнаються ознаки депресивного стану.

В дитячому та підлітковому віці діагностичні критерії депресії залишаються тими ж, але в них депресія може проявлятися у вигляді підвищеної роздратованості, імпульсивності та замкнутості, схильності до самопошкоджень, зниження навчальної успішності. У зв'язку із нерозпізнаною та нелікованою депресією у підлітків значно підвищується ризик вживання наркотиків, алкоголю та виникнення суїцидальних намірів.

Як видно з вищенаведених даних депресія характеризується різноманітною симптоматикою, яка зачіпає майже всі сфери людського існування. Цим вона дуже впливає на життєдіяльність людини погіршуючи її працездатність та вибиваючи зі звичного ритму життя. Інколи суб'єкт, який відчуває всі ці симптоми навіть не знає що з ним трапилося та гадає, що все це скоро минеться. Саме тут потрібно вчасно діагностувати депресивний розлад для запобігання можливим ускладненням та небажаним негативним змінам у психіці людини у стані депресії. Для цього існують спеціальні методики: шкала А. Бека для оцінки депресії, шкала В. Цунга для самооцінки депресії, методика визначення рівня депресії В.А. Жмурова тощо.

Своєчасне виявлення та постановка правильного діагнозу дає можливість якомога раніше здійснити терапевтичний вплив.

Серед найголовніших напрямів роботи з терапії депресії виділяють наступні: 1) лікування антидепресантами, 2) психотерапію, 3) правильно збалансоване харчування, 4) світлотерапію, 5) фізичні вправи, 6) відновлення структури сну.

Лікування антидепресантами. Антидепресанти – це препарати, що полегшують або запобігають депресії. Вони здатні коригувати роботу деяких механізмів головного мозку.

Задачу передачі повідомлення від одного нейрона до іншого і перенесення його через синапс виконує хімічний посередник – медіатор (від лат. mediator – посередник). Згідно біологічної теорії депресії – при захворюванні в мозку знижується концентрація

деяких медіаторів в синаптичній щілині. Біохімічні процеси нашого мозку дуже складні, і в них беруть участь сотні різних медіаторів. На сьогоднішній день з них виділено всього лише 30, а безпосередньо до депресії мають відношення три медіатори. Це – норадреналін, серотонін і дофамін. Їх називають біогенними амінами. Антидепресанти здатні регулювати концентрацію одного або декількох біогенних амінів.

До найбезпечніших природних антидепресантів відносять: “Геларіум гіперікум” (на основі трави зверобою), “Деприм” (на основі трави зверобою), “Флорісед” (на основі валеріани та кропиви собачої), “Тривалумен” (на основі валеріани, м’яти, бобівника та хмелю), “Тенотен” (мозкові антитіла) тощо.

Часто препарати призначають разом з іншими методами лікування, оскільки комплексна атака найбільш ефективна. Антидепресанти частіше за все не здатні наповнити душу щастям і світлом і повністю позбавити від депресивних переживань, але вони здатні, дати хоч якесь відчуття стабільності, нівелювати тяжкість депресії. “Вони допомагають пережити темний період, перенести через прірву” [10].

Психотерапія. В США практично у кожній нормальній (а тим більше – не дуже нормальній) людини є психотерапевт. В Україні ж – навіть достатньо заможні люди борються зі своєю депресією поодиночі. На жаль, у нас інститут психотерапії більш менш розвинутий тільки у великих містах, та і там за лікування у гарного фахівця доводиться платити достатньо крупні суми.

Існує більше 200 напрямів психотерапії, але можна виділити два основних. Перший – це *психодинамічна* або *інсайтоорієнтована* (до цієї групи входить психоаналіз), який допомагає пацієнту досягти інсайту (осаяння), докопатися до причин проблеми, які нерідко йдуть коренями в саме дитинство. Інша категорія – *когнітивна* та *поведінкова* терапія, які роблять упор на конкретних змінах в поведінці і думках людини [10].

Науковців турбує питання, чи здатна психотерапія повністювилікувати від депресії. Однозначної відповіді на ці питання не існує, але у будь-якому випадку, для того, щоб докопатися до причин захворювання, потрібно достатньо багато часу. І нерідко, як відзначав ще К.Г. Юнг, багато що залежить від успіху. Напевно, тільки від не дуже важких форм депресії, але психотерапія може навчити контролювати стан депресії. Твердої гарантії позбутися цієї недуги – не існує. Курс психотерапії може тривати декілька тижнів або затягнутися на роки. Все залежить від лікаря, пацієнта і конкретної ситуації.

Правильно збалансоване харчування. Їжа впливає на настрій людини. Це зв’язано з тим, що деякі продукти впливають на вироблення в мозку хімічних речовин, які визначають наш настрій і поведінку [10].

Найбільший вплив на настрій надають вуглеводи. Потрапляючи в організм, вуглеводи запускають ланцюг хімічних реакцій, в результаті якого в мозок потрапляє багато триптофана. Триптофан перетворюється на серотонін, який і покращує наш настрій. Але не всі вуглеводи діють однаково. Фрукти, наприклад, не володіють таким ефектом. Фруктоза не запускає ланцюг реакцій, що призводять до утворення серотоніну.

А до серотонін-утворюючих продуктів відносять:

- ✓ Хліб з муки грубого помелу. Потрапляючи в мозок, триптофан активізує рівні серотоніну, речовини, заспокоює і поліпшує роботу мозку. Але з’їсти хліб потрібно до, збагачених білком м’яса або сиру. Це дозволяє триптофану потрапити в мозок, перш ніж мозок буде наповнений іншими амінокислотами.
- ✓ М’ясо індички багате тирозином. Тирозин – амінокислота, що підвищує рівень допаміну і норадреналіну в мозку, що у свою чергу підвищує енергію і швидкість реакції. Добрими заміниками є м’ясо тунця і курки.
- ✓ Яловичина. У людей, що дотримуються дієти з низьким змістом холестерину, може виникнути дефіцит заліза в організмі, що викликає відчуття утомленості і поганого настрою. Залізо підтримує насиченість кліток організму киснем і таким чином заряджає його енергією.

- ✓ Вода. При обезводненні зменшується надходження крові до органів тіла і робота організму сповільнюється. Якщо пити достатньо води щодня, це допоможе позбутися сонливості. Дорослій людині слід випивати від восьми до десяти стаканів води в день. Напої що містять кофеїн і кава не можуть служити заміником води. Вони нерідко діють як сечогінне і усугубляють обезводнення організму.
- ✓ Банани. Дефіцит магнію в організмі і стрес так тісно зв'язаний, що деякі лікарі і дієтологи радять людям, з напруженим графіком життя, додавати в раціон такі багаті магнієм продукти, як банани. Учені також визначили, що підвищене споживання магнію знижує збудливість і сприяє поліпшенню сну. Якщо людина не любить банани, то іншими добрими джерелами магнію є горіхи, квасоля, листові зелені і пророслі зерна пшениці.
- ✓ Апельсини і грейпфрути. Недолік в їжі вітаміну С, що уповільнює здатність організму засвоювати залізо, яке необхідне для боротьби з утомленістю.
- ✓ Шоколад. Одні фахівці вважають, що, як і багато солодких вуглеводів, шоколад може надавати благотворну дію на настрій. Інші вважають, що кофеїн і подібні йому речовини, що містяться в шоколаді, грають роль стимуляторів.
- ✓ Кава. Кофеїн, що міститься в одній-двох чашках кави, додає енергійність і ясність думки протягом 2 годин. Але більша кількість кофеїну може привести до утомленості і дратівливості.
- ✓ Гострий перець. Капсаїцин, речовина, що додає перцю гострий смак, стимулює нервові закінчення в роті, викликаючи відчуття паління. У відповідь на це мозок виділяє ендорфіни, природні речовини, що підвищують настрій.

Світлотерапія. Сезонні емоційні розлади (СЕР) пов'язані з тим, що в один час року дні довші, а в інші - коротші. Люди, схильні до СЕР, до кінця року стають похмурими. З цим видом депресії багато в чому пов'язана тривалість світлового дня і широта. В даний час вчені переконані, що прояв СЕР пов'язаний з тим, скільки світла потрапляє на сітківку ока. Чим менше світла, тим більше мелатоніна, природного гормону сну циркулює в організмі. В наукових експериментах піддослідні тварини, яким вводили мелатонін, дуже багато їли і спали, і ставали млявими. Мелатонін – це побічний продукт серотоніну. Чим більше мелатоніну в організмі, тим менше серотоніну. Можливо, цей тип депресії обумовлений надлишком мелатоніну і одночасним зниженням рівня серотоніну. Якщо людина страждає СЕР, то найпростіше, що вона може зробити, це скоротити виробіток мелатоніну, одержуючи більше світла в найтемніші місяці. Це може означати наступне:

переїзд: переїхати в будинок з великими вікнами, що виходять на південь або на схід; інше оформлення інтер'єру: пофарбувати стіни в білий колір, постелити світлі килими (не використовувати темні обробні матеріали); встановити додаткові освітлювальні прилади і використовувати в будинку більш сильне освітлення, наприклад галогенові лампи [10].

Фізичні вправи. Численні наукові дослідження відзначили, що вправи, поліпшуючі кисневий обмін (танці, баскетбол, біг підтюпцем, їзда на велосипеді, плавання, прогулянки та ін.), а також і вправи, що не відносяться до цієї категорії (такі, як важка атлетика), можуть полегшити депресію, якщо вона оцінюється в межах від легкої до середньої і, окрім того, посилити ефективність лікування при більш важкій депресії. Навіть таке, що не вимагає сил заняття, як прогулянка, робить свою справу. Просто дотримання стабільного режиму при меланхолії може послужити могутнім тонізуючим засобом. Не виключено, що це і все, що потрібне людині. Вправи настільки ефективні, що якщо людина буде їх виконувати в поєднанні з психотерапією або з прийомом ліків, вона швидше наблизить своє одужання, ніж якби обмежувалася одним лише курсом лікування [10].

Ефект від вправ може бути довгостроковим. Позитивні ефекти від рухів можуть походити також з біологічних джерел. Учені прийшли до висновку, що фізична активність вивільняє в мозку хімічні речовини, так звані ендорфіни. Вони діють подібно

морфіну: послаблюють больові відчуття і піднімають настрій. Крім того, фізична активність покращує дію і метаболізм медіаторів, таких, як норадреналін і серотонін. А вони вкрай важливі для регулювання настрою.

Відновлення структури сну. Порушення структур сну – нездатність заснути, нормально спати, або, навпаки, вчасно вставати з ліжка – часто є ознаками депресії. Дослідження показали, що у людей, страждаючих депресією, цикли сну переплутані в часі. Структура сну функціонує в протилежній послідовності. Дія цього зміненого порядку полягає в тому, що людині в депресії, крім всього іншого, не вистачає глибокого сну, який краще всього відновлює сили. Можливо, саме тому людина, котра страждає на депресію, може довго спати, але, прокинувшись, як і раніше відчувати себе втомленою і виснаженою.

Порушення сну – ознака того, що біологічний годинник людини, його внутрішній механізм, або добовий ритм, не в порядку. Лікування антидепресантами повертає ці структури в нормальний стан, але рекомендують також і більш простий метод: просто не спати протягом 24-х годин. Це може перевести біологічний годинник у страждаючих депресією людей і служити одним з кращих способів витягнути людину з депресії. Ефект має бути нетривалий, але це спрацьовує на день або два.

До інших методів, які регулюють неправильне функціонування біологічного годинника, обумовлене депресією, відносяться: прийом мелатоніну, природного гормону сну, під ретельним спостереженням лікаря; зміна часу відходу до сну на 5-6 годин раніше звичайного, потім поступове повернення до звичайного часу; чітке дотримання часу відходу до сну і пробудження, а також режиму їжі; відмова від кофеїну і алкоголю, від ліків, таких, як нодоз або нітол, а також від інших стимуляторів і депресантів, що розбалансовують структури сну; релаксуючі або дихальні вправи.

Висновки. В ході проведення теоретичного дослідження психологічних особливостей виявлення та подолання депресивних розладів отримані результати пропонуються в логічній послідовності відповідно до змісту роботи.

1. Депресивні розлади є чи не найпоширенішою формою невротичних (грец. *neuron* — жила, нерв і *pathos* — страждання, хвороба) у сучасному світі. Патологічні симптоми проникають в емоційну і вольову сфери психіки, мислення, соматичні процеси, взаємини, поведінку особи. За останніми дослідженнями причинами виникнення депресивних розладів вважають нейробіологічні фактори.

2. Різноманітні розлади психічної та фізичної сфер життя людини, які є наслідками депресії край важливо знати для вірної констатації нервово-психічного порушення. Для цього існують різноманітні опитувальники наявного стану, наприклад шкала А. Бека для оцінки депресії, шкала В. Цунга для самооцінки депресії, методика визначення рівня депресії В.А. Жмурова тощо.

3. Своєчасне виявлення та постановка правильного діагнозу дає можливість якомога раніше здійснити терапевтичний вплив та попередити можливі ускладнення. Серед найголовніших напрямів роботи з терапії депресії виділяють наступні: 1) лікування антидепресантами, 2) психотерапію, 3) правильно збалансоване харчування, 4) світлотерапію, 5) фізичні вправи, 6) відновлення структури сну. Всі вони направлені на полегшення наявного стану хворої людини та на відновлення її працездатності і здорового способу життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – 1995. – 397 с.
2. Морозов П.В. Депрессия // Валеология. – 2003. - № 9 – 10. – С. 8 – 9.
3. Немерофф Б. Нейробиология депресії // Світ науки. – 1999. - № 2 –С.34–42.
4. Новости медицины и фармации /Неврология/Справочник специалиста. – 2005. - №7. – С. 3 – 7.
5. Шефтель Л. Болезнь в маскхалате // Новое время. – 2001.-№ 23.–С.39– 40.

6. Costello Charles G. Symptoms of depression. – New York: by John Wiley & Sons, Inc., 1993. – 326 p.
7. <http://www.zdorov.com.ua>
8. <http://www.likar.info> (15 Апреля 2003)
9. <http://www.mwtp.ru>
10. <http://www.nodepress.spb.ru>

В.М. Заїка, С.В. Мерцалов
Полтава

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТАФОР В ПРАКТИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

Постановка і обґрунтування актуальності проблеми. Застосування непрямого методу впливу на клієнта обумовлено дуже розповсюдженим явищем опору клієнта прямим, аргументованим, логічно обґрунтованим доводам і рекомендаціям. Якщо клієнт звернувся за допомогою, а психолог вірно діагностував та ідентифікував стан клієнта, його проблему, визначив зміст тієї інформації, котру має передати клієнту для вирішення конкретного запиту, доцільним буде вирішити, який, прямий або непрямий метод терапевтичного впливу використовувати. У випадку уникнення або опору клієнтом новому розумінню ситуації (здатність до розуміння напряму пов'язана з дискомфортом або душевним болем), психолог може використовувати терапевтичну метафору. Саме тому питання вмілого застосування метафори, як методу особливого психокорекційного впливу, є досить актуальною темою в сучасній психологічній науці. Адже це дає можливість скоротити термін психологічної взаємодії, вплинути на особистість людини, з метою розуміння нею потрібної інформації, при цьому не викликаючи негативних, болючих переживань.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Слово “*метафора*” походить із давньогрецької мови (*μεταφορά* — “переміщення”, “обертання”) і буквально означає “переносити”. Термін належить Арістотелю і пов'язаний з його розумінням мистецтва, як наслідування життя: “Метафора являє собою називання речі ім'ям, яке належить чомусь іншому; перенос відбувається або з роду на вид, або з виду на вид, або на ґрунті аналогії” [1].

Метафора – один з основних прийомів пізнання об'єктів дійсності, їх найменування, створення художніх образів і породження нових значень. Так, можуть бути виділені наступні основні типи мовної метафори: 1) *образна* метафора, яка є наслідком переходу ідентифікуючого (багатозначного, описового) значення в предикативне (характеризуюче) і служить розвитку синонімічних засобів мови; 2) *номінативна* метафора (перенесення назви), яка полягає в заміні одного описового значення іншим, що служить джерелом омонімії; 3) *когнітивна* метафора виникає в результаті зсуву в сполучуваності предикативних (ознакових) слів (прикметників і дієслів) і створює полісемію; 4) *генералізуюча* метафора (як кінцевий результат когнітивної метафори), яка стирає в значенні слова межі між логічними порядками і створює предикати самого загального значення.

Мова являє собою систему, яка знаходиться в постійному перетворенні. Метафора в цій системі трактується як універсальний механізм семантичних змін, що забезпечує включення нових об'єктів в культурно-мовний контекст шляхом вироблення номінацій і розкриття їх істотних властивостей. Акт метафоричної творчості — діяльності, направленої на створення нових значень об'єктів, - лежить в основі багатьох семантичних процесів. В лінгвістиці проблема метафори як засобу образності мови, як номінативної одиниці мови розкрита в роботах С.С. Гусева, І.А. Дмитрієвої, Н.Ф. Крюкової, Г.Н. Складаревської, В.К. Харченко.