Н. Ф. ШЕВЧЕНКО

ОСНОВИ **ПСИХОТЕРАПІЇ**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Н. Ф. Шевченко

ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Навчальний посібник
для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра
спеціальності С4 «Психологія»
освітньо-професійної програми «Психологія»

Затверджено
вченою радою ЗНУ
Протокол № 5 від 12.10 2026 р.

Запоріжжя
2026

УДК: 159.964.2:615.851(075.8)
Ш 379

Шевченко Н.Ф.
Основи психотерапії : навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра спеціальності С4 «Психологія» освітньо-професійної програми «Психологія». Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2026. 198 с.

Навчальний посібник розроблено відповідно до силабусу навчальної дисципліни «Основи психотерапії». Матеріал посібника присвячений системному викладу теоретичних засад і практичних аспектів сучасної психотерапії. Представлено провідні теоретичні підходи та напрями (психодинамічний, когнітивно-поведінковий, гуманістично-екзистенційний та ін.), охарактеризовано основні принципи організації психотерапевтичного процесу, специфіку терапевтичних стосунків, а також етичні засади професійної діяльності психотерапевта.

Матеріал викладено у формі, що поєднує теоретичну ґрунтовність із практичною спрямованістю, що робить видання корисним як для навчальних цілей, так і для подальшого професійного самовдосконалення.

Посібник рекомендований для для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра спеціальності С4 «Психологія». Він може бути використаний практикуючими психологами, а також усіма, хто цікавиться теорією і практикою психотерапевтичної допомоги.

Рецензент
Г. О. Горбань, доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри психології Запорізького національного університету;

Відповідальний за випуск
Н. О. Губа, кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри психології Запорізького національного університету

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА…….4
РОЗДІЛ 1. ВСТУП ДО ПСИХОТЕРАПІЇ……6
Тема 1. Психотерапія як вид психологічної допомоги і професійної діяльності психолога…….6
Тема 2 Психотерапевтичні стосунки……...26
Тема 3. Психотерапевтичний процес……42
РОЗДІЛ 2. ВИДИ ПСИХОТЕРАПІЇ……61
Тема 4. Психодинамічна психотерапія…….61
Тема 5. Кататимно-імагінативна психотерапія……79
Тема 6. Поведінкова психотерапія……95
Тема 7. Раціонально-емотивна психотерапія Альберта Елліса……...111
Тема 8. Екзистенційна психотерапія Ірвіна Ялома……...130
Тема 9. Клієнт-центрована психотерапія Карла Роджерса……..150
Тема 10. Гештальт-терапія Фредеріка Перлза……...162
СЛОВНИК ТЕРМІНІВ……183
ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА……189
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА……..190
ДОДАТОК
ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ПСИХОЛОГА……192

ПЕРЕДМОВА

Динамічний характер перетворень, що відбуваються в суспільстві, науці й техніці, породжує об'єктивну необхідність у якісних змінах підготовки фахівців багатьох напрямів і, зокрема, психологів. Зміст цієї підготовки на нинішньому етапі розвитку суспільства повинен відповідати не тільки існуючим, але, у першу чергу, перспективним його потребам. Завдання полягає в тому, щоб студенти не лише оволоділи певною сумою знань, необхідних для роботи за вибраним фахом, але й усвідомили шляхи подальшого розвитку власної професійної діяльності й уміли згодом ефективно впливати на цей процес.

Великий досвід роботи українських психологів, а також ефективні результати психологічної допомоги свідчать про важливість і необхідність підготовки фахівців цього профілю та про своєрідність і специфіку цієї підготовки, що визначається видом психологічного знання та зумовлює систему навчання.

У сучасному житті нерідко трапляються несподівані неприємні ситуації, прикрі життєві обставини. Зі стресовими ситуаціями та кризами стикається кожна людина, тому психологічна травматизація є неминучим явищем. Стає все більш очевидним, що сучасний психолог-практик, за яким би вузьким фахом він не працював, поставлений перед необхідністю надання психологічної допомоги, націленої на підтримку особистості, одним з видів якої є психотерапія.

Навчальний посібник розроблено відповідно до силабусу навчальної дисципліни «Основи психотерапії». Матеріал посібника присвячений системному викладу теоретичних засад і практичних аспектів сучасної психотерапії. Представлено провідні теоретичні підходи та напрями (психодинамічний, когнітивно-поведінковий, гуманістично-екзистенційний та ін.), охарактеризовано основні принципи організації психотерапевтичного процесу, специфіку терапевтичних стосунків, а також етичні засади професійної діяльності психотерапевта.

Метою вивчення навчальної дисципліни є набуття здобувачами освіти знань з теорії та практики, необхідними в роботі психолога з клієнтами, а також формування готовності до використання знань основ психотерапії в професійній діяльності.

Основними **завданнями** вивчення дисципліни «Основи психотерапії» є такі:

- набуття методологічної компетентності – знання основних тенденцій розвитку психотерапії на сучасному етапі; розуміння специфіки психотерапії як особливої галузі психології;

- розвиток психологічної грамотності – орієнтування у напрямах діяльності психолога-психотерапевта; володіння основними термінами та поняттями основ психотерапії на рівні відтворення, тлумачення та використання їх у повсякденному та професійному житті;

- набуття і розвиток професійної компетентності – формування навиків ведення психотерапевтичної бесіди, способам збору анамнезу; забезпечення засвоєння етичних норм, обов'язкових для практикуючого психолога

- набуття і розвиток інформаційної компетентності – аналізувати, інтерпретувати, систематизувати, критично оцінювати психологічну інформацію в процесі навчальної та професійної діяльності. Дисципліна «Основи психотерапії» логічно й змістовно пов'язана з такими фундаментальними і прикладними психологічними дисциплінами, як «Загальна психологія», «Вікова психологія», «Психологія особистості», «Основи психологічного консультування».

Згідно з вимогами освітньо-професійної програми «Психологія» здобувач освіти повинен набути:

- *компетентностей*: здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій; здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях; здатність самостійно збирати та критично опрацьовувати, аналізувати та узагальнювати психологічну інформацію з різних джерел; здатність бути критичним і самокритичним; здатність дотримуватися норм професійної етики.

- *програмних результатів навчання*: аналізувати та пояснювати психічні явища, ідентифікувати психологічні проблеми та пропонувати шляхи їх розв'язання; розуміти закономірності та особливості розвитку і функціонування психічних явищ в контексті професійних завдань; узагальнювати емпіричні дані та формулювати теоретичні висновки; обґрунтовувати власну позицію, робити самостійні висновки за результатами власних досліджень і аналізу літературних джерел; пропонувати власні способи вирішення психологічних задач і проблем у процесі професійної діяльності, приймати та аргументувати власні рішення щодо їх розв'язання зокрема, щодо організації заходів раннього вручання.

Матеріал навчального посібника викладено у формі, що поєднує теоретичну ґрунтовність із практичною спрямованістю, що робить видання корисним як для навчальних цілей, так і для подальшого професійного самовдосконалення.

РОЗДІЛ 1. ВСТУП ДО ПСИХОТЕРАПІЇ

Тема 1. Психотерапія як вид психологічної допомоги та професійної діяльності психолога

Мета вивчення теми: зрозуміти сутність психотерапії як особливого виду психологічної допомоги та професійної діяльності психолога, засвоїти основні підходи до визначення психотерапії, її мету, завдання та принципи. Ознайомитись з основними напрямами психотерапії, специфікою професійної позиції психотерапевта, вимогами до його особистості та кваліфікації, а також етичними принципами психотерапевтичної практики.

 *Питання для опанування теоретичного матеріалу.*

Визначення поняття «психотерапія», основні моделі психотерапії. Мета й завдання психотерапії. Методи психотерапії. Основні підходи в психотерапії. Особистісні та професійні якості психотерапевта. Буденні уявлення стосовно особистості психолога-психотерапевта. Механізми психотерапії.

Основні терміни й поняття: автентичність, емпатія, механізми психотерапії, методи психотерапії, модель психотерапії, психотерапія, психолог-психотерапевт, лікар-психотерапевт, медична психологічна модель психотерапії, інсайт-орієнтований підхід у психотерапії, орієнтований на дію підхід у психотерапії, проблемно-орієнтований підхід, клієнт-орієнтований підхід.

Визначення поняття «психотерапія», основні моделі психотерапії

На сьогодні у світі не існує єдиного погляду на визначення поняття «психотерапія». Але завдяки зусиллям Європейської психотерапевтичної асоціації у європейських країнах проводиться велика робота зі стандартизації законодавчої бази Євросоюзу щодо визначення психотерапії в рамках Страсбурзької декларації. Цей документ лаконічно й точно визначає сучасне поняття психотерапії так:

- психотерапія є особливою дисципліною в галузі гуманітарних наук, заняття якою представляє вільну та незалежну професію;
- психотерапевтична освіта вимагає високого рівня теоретичної та клінічної підготовленості;
- гарантованою є різноманітність терапевтичних методів;
- освіта в межах одного зі психотерапевтичних методів повинна здійснюватися інтегрально; вона включає теорію, особистий терапевтичний досвід і практику під керівництвом супервізора; одночасно формуються широкі уявлення про інші методи;

• доступ до такої освіти можливий за умови широкої попередньої підготовки, зокрема в галузі гуманітарних і суспільних наук [14].

Вперше термін «психотерапія» був уведений наприкінці XIX століття англійським лікарем Тьюком (Tuke D. H.). В опублікованій ним у 1872 р. книзі «Ілюстрація впливу розуму на тіло» один із розділів мав назву «Психотерапія». Цим словом позначали терапевтичну дію, вплив лікаря на дух пацієнта і тіло пацієнта.

☝Отже, поняття «психотерапія» можна трактувати як різновид активного психологічного впливу на пацієнта, який перебуває в стані кризи або стресу. Психотерапія передбачає зміну проявів несприятливого стану, корекцію індивідуальних психологічних властивостей людини за допомогою спеціальних способів психотерапевтичного впливу. Способів же цих нині є величезна кількість. Кожен із них має свої принципи дії та свої методики зміни конкретних станів, іноді захворювань. Ефект у психотерапії досягається інформацією та емоційним зарядом.

Психотерапія може здійснюватися при безпосередньому контакті з людиною або опосередковано (за допомогою звукозапису, телефону, за допомогою друкованого слова, музики, картин). Найефективніший психотерапевтичний вплив має живе слово та безпосереднє спілкування психотерапевта й клієнта. Найбільше поширення одержали три психотерапевтичних напрями:

• психоаналітичний;

• біхевіористський;

• екзистенційно-гуманістичний.

У нашій країні слово «психотерапевт» використовується в різних контекстах.

З одного боку, згідно з наказом МОЗ існує спеціальність «лікар-психотерапевт». Лікар-психотерапевт – це людина з медичною освітою, яка отримала підготовку за спеціальністю «психіатрія» та подальшу перепідготовку з психотерапії. Таких фахівців часто скорочено називають просто «психотерапевт».

У той же час, більшого поширення поняття «психотерапевт» набуло поза медичним контекстом і використовується для позначення людей, які отримали ґрунтовну освіту в галузі одного з методів психотерапевтичної практики. Зазвичай це люди з вищою психологічною освітою. Цей процес відбувається за аналогією з деякими європейськими країнами, де психотерапевтична підготовка є окремим видом гуманітарної освіти, не пов’язаним із медичною або психологічною вищою освітою.

Існують дві основні моделі психотерапії: медична та психологічна [5; 6].

Медична модель. У медичній моделі акцент робиться на знанні нозології, синдромології, клінічної картини розладів. Основною мішенню такої моделі є симптом, пошуком і ліквідацією причини якого практично не займаються. Згідно з цією моделлю, психотерапевтом є особа з медичною освітою (найчастіше психіатр, який отримав додаткову спеціальну освіту з психотерапії), а людину, яка звернулася по допомогу, слід називати пацієнтом (чи хворим), як це прийнято в медицині. При цьому пацієнт приходить на прийом до психотерапевта так, як він зазвичай приходить на прийом до будь-якого лікаря, а свій стан він ідентифікує як хворобу. Ставлення людини до себе як до хворого накладає певний відбиток на психотерапію, оскільки в цьому випадку пацієнт як правило займає пасивну позицію, мало втручаючись у процес власного зцілення, перекладаючи відповідальність за результат на лікаря. Лікар-психотерапевт використовує у своїй практиці ті ж підходи, що й будь-який інший лікар, спираючись на біологічну концепцію розвитку патологічних станів, нозологічний підхід і загальноприйняту класифікацію хвороб – МКХ-11 (міжнародна класифікація хвороб). Психотерапія може підкріплюватися призначенням лікарських препаратів, фізіологічних процедур і різних видів обстеження, що значною мірою розширює терапевтичний діапазон. Як відомо, така модель психотерапії була єдиною в СРСР, де не допускалося проникнення психологічного розуміння психотерапії. Одним із проявів цього факту було і є встановлення лікарської монополії на проведення психотерапії. На жаль, і нині психологи можуть здійснювати психотерапевтичну діяльність лише під прикриттям надуманих термінів: психологічна корекція, психопрофілактика, сімейна психотерапія тощо [10].

Психологічна модель. Згідно з цією моделлю, психотерапевтом є кваліфікований психолог, який пройшов спеціальну психотерапевтичну підготовку за одним або декількома напрямами. Психолог використовує ті ж методи, що й клінічний психотерапевт. Різниця полягає, насамперед, у їх націленості. Найважливіше завдання психолога полягає не в знятті або полегшенні симптомів хвороби, а у створенні умов для оптимального функціонування особистості та її розвитку.

Психологічна модель орієнтована на поширення психологічної культури та мислення на сферу допомоги хворим і людям, які мають психологічні проблеми. З одного боку, стає все більш очевидною недостатня ефективність суто медичної психотерапії, і лікарі починають цікавитися психологічними моделями психотерапії, психологічним способом мислення, психологічною культурою. З іншого боку, останнім часом з’явилося безліч пацієнтів із донозологічними формами розладів, якими раніше не займалися ні лікарі, ні

психологи. Зараз ці люди стали об'єктом уваги і тих, і інших. Характерною особливістю психологічної моделі психотерапії є переконаність у тому, що за пацієнта (клієнта) вирішити його проблему ніхто не може. Психотерапевт лише супроводжує клієнта в проблему, у глибину переживань, допомагає людині знайти ресурс зміни та вирішення своїх проблем. Незважаючи на розбіжності між медичною та психологічною моделями психотерапії, їх об'єднує орієнтація на допомогу клієнту.

Всесвітня організація охорони здоров'я в преамбулі до своєї Декларації зазначає, що здоров'я – це не відсутність хвороби або фізичної вади, а стан фізичного, розумового й соціального благополуччя. У цьому контексті можна говорити про те, що психотерапія спрямована на підтримання загальної гармонії самопочуття в широкому сенсі слова, а не на «лікування», «виправлення» або «корекцію» певних розладів.

Для психологічної моделі психотерапії характерне максимальне залучення людини, яка звернулася за допомогою та іменується клієнтом, у процес роботи над своєю проблемою. У цьому полягає вигідна відмінність цієї моделі від медичної, оскільки прийняття на себе відповідальності за результат роботи є неодмінною умовою її ефективності. Іншими словами, клієнт виступає активним суб'єктом власного зцілення. Без цього будь-які досягнення терапії можуть розглядатися як тимчасові [5; 6] .

Психотерапія як вид психологічної допомоги передбачає активний вплив психотерапевта на особистість клієнта. Клієнт психотерапевта – це людина, яка потребує реконструкції особистості. Іншими словами, це хвора людина, якій потрібен організований вплив на її психічну реальність з метою її відновлення або реконструкції.

Реконструкція особистості клієнта здійснюється психологом успішно тільки в тому випадку, якщо він чітко рефлексує зміст свого впливу, його обґрунтованість та ефективність, тобто використовує у своїй роботі наукові відомості психології та психіатрії.

Мета й завдання психотерапії

Основна мета психотерапії полягає у сприянні людині в аспекті зміни її свідомості й діяльності таким чином, щоб її життя стало більш різноманітним і ефективним у різних галузях.

Сучасна психотерапія вирішує ряд *завдань,* які ставляться для досягнення означеної мети:

• надання допомоги людям у аспекті кращого усвідомлення перешкод, що виникли перед ними;

• сприяння в коригуванні та зміні гнітючого настрою;

• сприяння у волевиявленні та вираженні почуттів;

• надання необхідних відомостей, які допомагають вирішити проблеми;

• надання консультацій щодо нових способів мислення.

Для вирішення зазначених завдань застосовується ряд засобів:

- надання допомоги психологічного характеру, унаслідок чого людиною повністю усвідомлюються та реалізуються різноманітні вміння й практичні навички;
- сприяння в розробці нової моделі поведінки;
- сприяння процесу розкриття людини, внаслідок чого вона краще розуміє свої думки, почуття тощо.

Методи психотерапії

У світовій практиці використовується більше 600-от форм і методів психотерапії. Єдина систематизація такого широкого списку, який продовжує поповнюватися, практично нереальна, і класифікація форм і методів психотерапії значно варіює від автора до автора. Але так чи інакше, більшість із них співвідносяться з основними теоретичними напрямами. Крім того, у цих напрямах не узгоджуються, а іноді й суперечать одне одному уявлення про моделі психічного (психологічного) здоров'я, механізми розвитку психопатологічних і психосоматичних розладів, теорії психотерапевтичної зміни пацієнта/клієнта й т. п [2; 9; 15].

Із розвитком психотерапії зростає потреба в систематизації використовуваних психотерапевтичних методів. Кожен із них являє собою спосіб лікувального впливу на психіку, а через неї на весь людський організм. Поняття методу в психотерапії вкрай розмите. Насамперед це проявляється в різних класифікаціях.

☝За кількістю людей, які беруть участь у сеансі, методи психотерапії поділяються на індивідуальні та групові. Техніки, які при цьому використовує психотерапевт, різняться, оскільки спрямовані на один із аспектів особистості людини. Відповідно до цього, методи психотерапії поділяються на такі: *сугестивні* (навіювання), *аналітичні* (виявлення причин, що призвели до певного стану речей), *поведінкові* (вплив на людину через її звички), *когнітивні* (пізнавальні, засновані на знаннях людини), *екзистенційні* (спрямовані на пошук смислових значень), *раціональні* (апелюють до розуму людини). Не можна не зазначити той факт, що в літературних джерелах перераховані вище методи називають психотерапевтичними напрямами.

У цих напрямах психотерапії, орієнтованих на особистісні зміни, а не на один лише симптом, наявність певної особистісної концепції дозволила створити психотерапевтичну систему, що характеризується логічною послідовністю

поглядів, властивих також іншим галузям медицини. Це уявлення про норму (у психотерапії – про особистість), про патології (у психотерапії – про особистісні зміни) і, відповідно, уявлення про завдання та способи лікування.

Так, психоаналіз розглядає основною детермінантою особистісного розвитку й поведінки первинні потяги та потреби, а невроз вважає наслідком їх витіснення в несвідоме та конфлікту зі свідомістю, що логічно визначає основне завдання психотерапії – усвідомлення цього конфлікту. Для біхевіоризму особистість визначається через поведінку, а невроз є прикладом неадаптивної поведінки, що виникла в результаті неправильного навчання; тому основне завдання психотерапії формулюється як навчання новим адаптивним способам поведінки. Гуманістична психологія розглядає основною потребою особистості потребу в самоактуалізації, а невроз є результатом блокування цієї потреби. Відповідно до цього, завдання психотерапії полягає в набутті пацієнтом нового емоційного досвіду, що сприяє становленню адекватного цілісного образу «Я» і можливостей для самоактуалізації особистості.

Розробка та застосування нового, більш широкого психотехнічного арсеналу визначає специфіку й відносну самостійність позитивної психотерапії в рамках гуманістичного напряму, але аж ніяк не виводить за його межі. Так само, як когнітивна психотерапія використовує технічні прийоми, відмінні від класичного й оперантного обумовлення, але теоретично розглядає когнітивні структури як «проміжні змінні», що знаходиться в руслі поведінкової традиції.

У рамках кожного з указаних психотерапевтичних напрямів виникають нові течії, підходи, форми, види, методи, методики, технічні прийоми, назви яких нерідко покликані відобразити їхню унікальність, замаскувати похідний характер по відношенню до основних напрямів у психотерапії та вже існуючих методів. Це багато в чому пояснюється тим, що мрією кожного честолюбного психотерапевта є створення нового, незвичайного прийому, внесення власного оригінального внеску в історію психотерапії.

У науковій літературі зроблено спробу проаналізувати все різноманіття значень, у яких використовується поняття методу в психотерапії, а саме:

1) методи психотерапії як конкретні методичні прийоми й техніки (гіпноз, релаксація, бесіда, дискусія, психогімнастика тощо);

2) методи психотерапії, що визначають умови, які сприяють оптимізації досягнення психотерапевтичних цілей (сімейна психотерапія та ін.);

3) методи психотерапії в значенні інструмента психотерапевтичного впливу (таким інструментом може бути психотерапевт у разі індивідуальної психотерапії або група при груповій психотерапії);

4) методи психотерапії в значенні терапевтичних інтервенцій (утручань), що розглядаються або в параметрах стилю (директивний, недирективний), або в

параметрах теоретичного підходу, який і визначає характер цих утручань (інтерпретація, научіння, міжособистісна взаємодія).

Власне поняттю «метод» відповідає 1-й рівень (методи як конкретні техніки та прийоми), 2-й рівень (відображає види психотерапії на підставі умов, у яких вона проходить), 3-й рівень (форми психотерапії на підставі інструментів психотерапевтичних впливів) і 4-й рівень (теоретичні напрями).

☝Для практичного застосування тих чи інших методів психотерапії має значення їхня класифікація за поставленими цілями, відповідно до якої розрізняють три типи психотерапії:

1) підтримуюча психотерапія, метою якої є зміцнення та підтримка наявних у хворого захисних сил і вироблення нових, кращих способів поведінки, що дозволяють відновити душевну рівновагу;

2) психотерапія перенавчання, метою якої є зміна поведінки хворого шляхом підтримки та схвалення позитивних форм поведінки й несхвалення негативних; пацієнт повинен навчитися краще використовувати наявні в нього можливості та здібності, проте при цьому не ставиться мета по-справжньому вирішити неусвідомлювані конфлікти;

3) реконструктивна психотерапія, метою якої є усвідомлення інтрапсихічних конфліктів, які послужили джерелом особистісних розладів, і прагнення досягти істотних змін рис характеру та відновлення повноцінності індивідуального й соціального функціонування особистості.

У клінічній практиці прийнятий поділ методів психотерапії на симптомоцентровані, особистісноцентровані й соціоцентровані, інтеграція яких часто забезпечує найкращий терапевтичний ефект.

Враховуючи той факт, що в наш час зростає значення мистецтва в житті сучасної людини (більш високий рівень освіти, культури, підвищення престижності мистецтва в суспільстві), існують численні методи, у яких мистецтво та природа виступають терапевтичним фактором. Це методи психотерапії, засновані на лікувальному впливі таких чинників: а) спілкування з мистецтвом (музикотерапія, бібліотерапія та ін.), б) творчої діяльності (імаготерапія, арт-терапія та ін.), в) природи (натурпсихотерапія).

Збільшення числа методів психотерапії призвело останнім часом до посилення інтеграційного руху в психотерапії. Це підтверджує положення про те, що наявні психотерапевтичні підходи не стільки розрізняються по відношенню до єдиного об’єкта – людської особистості, скільки концентруються на різних її аспектах і проблемах, чим і обумовлені відмінності в методах психотерапії та численність їх класифікаційних поділів

Основні підходи в психотерапії

При вивченні різних підходів у психотерапії потрібно пам'ятати, що кожен із них – це окрема спроба пояснити психотерапевтичний процес зі своїми цінностями, акцентами, слабкими й сильними сторонами. Вирішуючи, які ідеї є більш доречними для вас, слід пам'ятати, що хороші теорії описані чітко та ясно, пояснені гранично просто, вони застосовуються в реальному житті й дозволяють робити нові відкриття та напрацьовувати нові знання.

У підходах, *орієнтованих на інсайт*, є один загальний принцип: усі вони пов'язані зі самосвідомістю, розумінням себе й саморозкриттям, що й забезпечує справжнє особистісне зростання. Незалежно від того, чи відбувається поступове прояснення почуттів, чи раптовий вибух усвідомлення, використовується відкрите співчуття або глибинна інтерпретація, ми зосереджуємося на минулому, сьогоденні або майбутньому, ці теорії орієнтовані на саморозкриття. Їх об'єднує віра в те, що інсайт із приводу чиєїсь проблеми разом із розумінням її сенсу, наслідків і перспектив обов'язково передує появі реальних і стійких змін. Працюючи в рамках інсайт-орієнтованого підходу, психотерапевт насамперед використовує вербальне втручання як засіб, за допомогою якого можна допомогти клієнтові дослідити власні скарги. До цих підходів відносяться теорії психодинамічного підходу (психоаналіз З. Фройда, Юнгіанський аналіз, Адлеріанський аналіз), клієнт-центрована психотерапія, екзистенціальна психотерапія, гештальт-терапія та ін.

Кожен із інсайт-орієнтованих підходів дає психотерапевту теоретичну основу для розуміння внутрішнього світу клієнта й пропонує набір методів, що сприяють розвитку самосвідомості та більшого розуміння себе. Передбачається, що кожне таке дослідження та нове знання дає клієнту можливість здійснювати бажані зміни у своєму житті. Окрім того, присутність психотерапевта й стосунки між ним і клієнтом забезпечують неспецифічні цілющі ефекти, дія яких впливає як на процес життєдіяльності людини, так і на її розвиток [5] .

У теоретичних підходах, *орієнтованих на дію*, основна увага в процесі терапії приділяється усвідомленню себе та розумінню ходу психотерапії. Ці підходи характеризуються тим, що у своїй більшості вони спираються на особливі поведінкові втручання й на результат.

Працюючи в рамках такого підходу, психотерапевт активно структурує сесії таким чином, щоб могли бути визначені й досягнуті конкретні цілі та результати, які можна побачити й оцінити. Терапевт відіграє досить активну й директивну роль, працюючи над структуруванням сесій. Психотерапія, орієнтована на дію, на відміну від підходів, орієнтованих на інсайт, надає психотерапевтичним стосункам, інсайту, інтерпретації та самому процесу

набагато меншого значення. Прихильники цього напряму дотримуються більш наукового та об'єктивного підходу до психотерапії, що уможливлює використання безлічі найрізноманітніших технік і прийомів.

Теорії, орієнтовані на дію, стають усе популярнішими, оскільки дозволяють створити певний контекст для проведення втручань залежно від того, скільки часу триватиме робота, і яких результатів ми хочемо досягти після завершення психотерапії. До таких теорій відносяться поведінкова психотерапія; раціонально-емотивна психотерапія; психотерапія, орієнтована на вирішення проблем; психотерапія реальністю; арт-терапія; музикотерапія і танцювально-рухова психотерапія; біологічний зворотний зв'язок; ігрова психотерапія; гіпнотерапія; фізичні вправи як природна форма подолання стресу [5; 15].

Психотерапевтичні підходи також можна умовно розділити на такі, що орієнтовані на проблему, і такі, що орієнтовані на клієнта.

Реалізація проблемно-орієнтованого підходу в психотерапії передбачає фокусування не стільки на особистості клієнта, скільки на його проблемі. А вже через проблему, через вивчення витоків і умов її появи, розглядається особистість, яка звернулася по допомогу. Вибір фокусу психотерапевта (а значить і психотерапевтичного підходу) підпорядковується психологічній парадигмі, якій він віддає перевагу, та залежить від його досвіду. Надмірним використанням підходу, що передбачає фокусування на проблемі, «грішать», як правило, психологи-початківці. Їм ще недоступне панорамне одночасне сприйняття особистості клієнта в усіх його аспектах, у зв'язку з його труднощами, а також урахування впливу проблеми на соціальну ситуацію особистісного розвитку, і, відповідно, повноцінне надання психологічної допомоги клієнту. Частіше вони приділяють увагу роботі з викорінення проблеми, тобто обмежують свою діяльність лише задоволенням запиту клієнта, не виходячи за його межі. У результаті проблема долається тільки на видимому рівні, а причини, що викликали її, залишаються. Тому часто клієнти, які вирішили проблему в межах психотерапії, взаємодіючи з починаючим фахівцем, через деякий час стикаються з нею знову, виявляючи симптоми іншого, трансформованого характеру, які вони вважають ознаками іншого порушення. Ця обставина дає підстави стверджувати, що проблемно-орієнтований підхід не дозволяє досягти очікуваного ефекту при обмеженні фокуса психотерапії тільки розглядом конкретного запиту клієнта.

До числа проблем, для вирішення яких найбільш оптимальним є застосування проблемно-орієнтованого підходу, належать такі: тривожність, страхи та фобії, агресія й аутоагресія, почуття провини, переживання горя, хронічні захворювання та допомога вмираючому, його близьким, депресія, схильність до суїциду, залежність від агентів різного роду та співзалежність,

ослаблення самоконтролю й самокерування (у тому числі обсесивність і компульсивність).

У вирішенні проблем, що потребують проблемно-орієнтованого підходу, найбільш успішними є такі школи, як класичний психоаналіз, психотерапія, заснована на постулатах динамічного психоаналізу, гештальт-терапія, когнітивна психотерапія, раціонально-емотивна психотерапія, транзактний аналіз, психосинтез, нейролінгвістичне програмування, позитивна психотерапія,

Психотерапія, орієнтована на клієнта, заснована на аналізі індивідуальних, особистісних причин проблеми, на процесі складання деструктивних особистісних стереотипів, запобігання подібних проблем у майбутньому. Психотерапевт тут принципово утримується від порад і організаційної допомоги, оскільки це відволікає від внутрішніх, глибинних причин проблеми. У психотерапії, орієнтованій на клієнта, останній є вільним у виборі того, про що говорити з терапевтом, і скільки часу приділяти психотерапевтичній роботі. Якщо клієнт не говорить про свою проблему, це розглядається не як опір, а як його законне право говорити про те, що він вважає за потрібне [14].

Багато прийомів, що використовуються в рамках цього напряму, взято з численних психоаналітичних і постпсихоаналітичних течій західної психотерапії. Насамперед, сюди слід віднести методи гуманістичної психотерапії.

Особистісні та професійні якості психотерапевта

Особистість психотерапевта визначається майже в усіх теоретичних системах як найважливіший цілющий засіб у процесі психотерапії. Підкреслюються то одні, то інші її риси. Відомий англійський психоаналітик угорського походження М. Балінт акцентував увагу на тому, що психотерапія – це не теоретичне знання, а навички особистості. Йому вторить не менш знаменитий представник гуманістичної психології К. Роджерс, підкреслюючи, що теорія та методи психотерапевта менш важливі, ніж здійснення ним своєї ролі.

Розглядаючи це питання, слід насамперед відзначити, що ніхто не народжується психотерапевтом. Необхідні якості не вроджені, а розвиваються протягом життя. Підкреслимо, що ефективність психотерапевта визначається властивостями особистості, професійними знаннями та спеціальними навичками. Кожен із цих факторів забезпечує якісний психотерапевтичний контакт, що і є стрижнем психотерапії. У результаті від психотерапевтичного контакту залежить остаточний ефект психотерапії – зміна особистості клієнта в процесі конструктивних дій фахівця. У жодному разі не применшуючи значення теоретичної та практичної підготовки, ми все-таки схильні віддати перевагу

фактору особистості фахівця. Психотерапія стає ремеслом, вимощеним добрими намірами, якщо її не піднімають на професійний рівень відповідні якості особистості психотерапевта [14].

Яким же повинно бути поєднання властивостей особистості, щоб воно могло забезпечити успіх психотерапії?

Хоча досліджень у цій галузі досить багато, проте однозначної відповіді про властивості особистості, які сприяють ефективній роботі психотерапевта, на жаль, немає. Найчастіше, описуючи процвітаючого психотерапевта, як професіонали, так і клієнти вживають побутові поняття «відкритий», «теплий», «уважний», «щирий», «гнучкий», «терпимий». Ученими здійснювалося спроби визначити властивості особистості, необхідні психотерапевту для роботи з профвідбору. Так, національна асоціація професійної орієнтації США виділяє такі властивості особистості фахівця:

• прояв глибокого інтересу до людей і терпіння в спілкуванні з ними; М.Бубер охарактеризував цей фактор як інтерес до людей у силу їхнього буття, а не тому, що деякі з них шизофреніки чи психопати;

• чутливість до установок і поведінки інших людей;

• емоційна стабільність і об’єктивність;

• здатність викликати довіру інших людей;

• повага прав інших людей [7].

Такий перелік особистісних особливостей міг би послужити основою програми з професійної підготовки психотерапевтів. Ідеться, звичайно, про динамічну модель, оскільки кожен фахівець має можливість її доповнити. Розглянемо фактори, що можуть стати базою такої моделі, а саме: аутентичність, відкритість власному досвіду, розвиток самопізнання, сила особистості й ідентичність, толерантність до невизначеності, прийняття особистої відповідальності, глибина стосунків з іншими людьми, постановка реалістичних цілей, емпатія.

Аутентичність. Дж. Б’юдженталь називає аутентичність стрижневою якістю психотерапевта й найважливішою екзистенціальною цінністю. Він виділяє три основних ознаки аутентичного існування:

• повне усвідомлення дійсного моменту;

• вибір способу життя в конкретний момент;

• прийняття відповідальності за свій вибір.

Аутентичність певною мірою узагальнює багато властивостей особистості. Насамперед, це вираження щирості стосовно клієнта. Аутентична людина прагне бути і є самою собою як у власних безпосередніх реакціях, так і в поведінці в цілому. Вона дозволяє собі не знати всіх відповідей на життєві питання, якщо їх дійсно не знає. Вона не поводиться як закохана людина, якщо в цей момент

відчуває ворожість. Труднощі більшості людей у тому й полягають, що вони багато енергії витрачають на програвання ролей, на створення зовнішнього фасаду, замість того, щоб використовувати її на вирішення реальних проблем. Якщо психотерапевт велику частину часу буде «ховатися» за професійною роллю, клієнт так само «сховається» від нього. Якщо психотерапевт виконує роль тільки технічного експерта, відмежовуючись від власних реакцій, цінностей, почуттів, психотерапія буде стерильною, а її ефективність – сумнівною. Стикнутися з життям клієнта ми можемо тільки залишаючись живими людьми. Автентичний психотерапевт – найбільш придатна модель для клієнтів, що служить прикладом гнучкого реагування.

Відкритість власному досвіду. Тут відкритість розуміється не в сенсі відвертості перед іншими людьми, а як щирість у сприйнятті власних почуттів. Соціальний досвід учить нас заперечувати, відкидати свої почуття, особливо негативні. Дитині говорять: «Замовчи, великі діти (чи хлопчики) не плачуть!». У дорослому житті відбувається те саме, коли нам говорять: «Не плач!» чи «Не нервуй!». Тиск оточуючих змушує витісняти сум, дратівливість, злість. Ефективний психотерапевт повинен приймати будь-які почуття, у тому числі й негативні. Тільки за таких умов можна успішно контролювати свою поведінку, оскільки неусвідомлені почуття, стаючи ірраціональними, є джерелом неконтрольованих учинків. Коли ми усвідомлюємо власні емоційні реакції, то можемо самі обирати той чи інший спосіб реагування в конкретній ситуації, а не дозволяти неусвідомленим почуттям порушувати регуляцію нашої поведінки. Психотерапевт здатний сприяти позитивним змінам клієнта лише тоді, коли виявляє терпимість до всього розмаїття чужих і власних емоційних реакцій.

Розвиток самопізнання. Обмежене самопізнання означає обмеження волі, а глибоке самопізнання збільшує можливість вибору в житті. Чим більше психотерапевт знає про себе, тим краще він розуміє своїх клієнтів, і навпаки, чим більше психотерапевт пізнає своїх клієнтів, тим глибше розуміє себе. Невміння почути збільшує схильність до стресу й обмежує нашу ефективність, крім того, зростає імовірність стати жертвою задоволення в процесі психотерапії власних неусвідомлених потреб. Дуже важливо реалістично ставитися до себе. Відповідь на запитання, як можна допомогти іншій людині, прихована в самооцінці психотерапевта, адекватності його відношення до власних здібностей і до життя в цілому.

Сила особистості й ідентичність. Психотерапевт повинен знати, хто він такий, ким може стати, чого хоче від життя, що для нього важливе. Він звертається до життя із запитаннями, відповідає на запитання, поставлені йому життям, і постійно піддає перевірці власні цінності. Як у професійній роботі, так і в особистому житті психотерапевту не слід бути простим відображенням надій

інших людей, він має діяти, керуючись власною внутрішньою позицією. Це дозволить йому почуватися сильним у міжособистісних стосунках.

Толерантність до невизначеності. Багато людей незатишно почуваються в ситуаціях, у яких бракує структури, ясності, визначеності. Але оскільки однією з передумов становлення особистості є «прощання» людини зі звичним, відомим із власного досвіду і вступ на «незнайому територію», психотерапевту особливо необхідна впевненість у собі в ситуаціях невизначеності. По суті саме такі ситуації і складають «тканину» психотерапії. Адже ми ніколи не знаємо, з яким клієнтом і проблемою зустрінемося, які рішення доведеться приймати. Впевненість у своїй інтуїції та адекватності почуттів, переконаність у правильності прийнятих рішень і здатність ризикувати – усі ці якості допомагають переносити напругу, створювану невизначеністю при частій взаємодії з клієнтами.

Прийняття особистої відповідальності. Оскільки багато ситуацій у психотерапії виникають під контролем психотерапевта, він має нести відповідальність за власні дії в цих ситуаціях. Розуміння своєї відповідальності дозволяє вільно та свідомо здійснювати вибір у будь-який момент психотерапії, а саме: погоджуватися з аргументами клієнта чи вступати в продуктивне протистояння. Особиста відповідальність допомагає більш конструктивно сприймати критику. У таких випадках вона не викликає механізмів психологічного захисту, а служить корисним зворотним зв'язком, що поліпшує ефективність діяльності й навіть організацію життя.

Глибина взаємин із іншими людьми. Психотерапевт зобов'язаний оцінювати людей (їхні почуття, погляди, своєрідні риси особистості), але має робити це без осуду та навішування ярликів. Такий характер стосунків із клієнтами дуже важливий, проте варто взяти до уваги страхи, які переживає більшість людей, намагаючись побудувати близькі, теплі взаємини з іншими. Деяким людям здається, що вираження позитивних почуттів зобов'язує, обмежує волю, робить уразливим. Когось страшить неприйняття партнером позитивних почуттів, відхилення їх, тому більш безпечною представляється відстрочка поглиблення міжособистісних стосунків. Ефективний психотерапевт позбавлений таких страхів, він здатний вільно виражати свої почуття перед іншими людьми, у тому числі й перед клієнтами.

Постановка реалістичних цілей. Не викликає заперечення той факт, що успіх спонукує ставити перед собою великі цілі, а невдача – опустити нижче планку домагань. Іноді цей механізм самозахисту порушується, і тоді занадто велика мета буде заздалегідь приречена на невдачу, а досягнення незначної мети не принесе жодного задоволення. Отже, ефективний психотерапевт повинен розуміти обмеженість власних можливостей. Насамперед, важливо не забувати,

що будь-який психотерапевт незалежно від професійної підготовки не всемогутній. Жоден фахівець не здатний побудувати правильні взаємини з кожним клієнтом і допомогти всім клієнтам вирішити їхні проблеми. Такий наївний оптимізм може стати причиною «холодного душу» в повсякденній психотерапії та постійно викликати почуття провини. Психотерапевт має відмовитися від нереального прагнення стати досконалим. У психотерапії ми завжди можемо виконувати свою роботу «добре», але не ідеально. Той, хто не здатен визнати обмеженість власних можливостей, живе ілюзіями, що може цілком пізнати й зрозуміти іншу людину. Такий психотерапевт постійно звинувачує себе за помилки замість засвоєння корисних «уроків», і в результаті його діяльність неефективна. Якщо ми допускаємо власну обмеженість, то уникаємо непотрібної напруги та почуття провини. У цьому випадку стосунки з клієнтами стають більш глибокими й реалістичними. Правильна оцінка власних можливостей дозволяє ставити перед собою досяжні цілі [14].

Узагальнюючи обговорені вище вимоги, які пред'являються до особистості психотерапевта, можна стверджувати, що ефективний психотерапевт – це насамперед зріла людина. Чим різноманітніший у психотерапевта стиль особистого та професійного життя, тим ефективнішою буде його діяльність.

Буденні уявлення стосовно особистості психолога-психотерапевта

На жаль, щодо особистості психолога існує багато буденних уявлень і міфів. І деякі з них культивуються самими психологами. Охарактеризуємо найбільш розповсюджені з них [14].

Міф 1. Психолог – мудрець, гуру, майстер, який знає про життя більше за інших, володіє розумінням істини, а тому його місія – розкривати очі людям і показувати їм нові шляхи, направляти та вказувати. Не варто забувати, що одне із завдань практичного психолога – допомогти людям жити більш ефективно, повніше реалізовувати себе. Ті ж, хто підтримують міф про винятковість і переоцінюють мудрість психолога, насправді обмежують можливості людей, яким покликані допомагати.

Міф 2. Психолог – людина, професія якої схожа на професію астролога, народного цілителя, екстрасенса. І в наш освічений час слово «психолог» часто асоціюється зі словами «гіпнотизер», «знахар», «екстрасенс». На жаль, такий стереотип базується на тому факті, що багато «чаклунів» і «цілителів» безсоромно користуються психологічною термінологією у своїх корисливих цілях. Доводилося зустрічати в газетах рекламні оголошення приблизно такого змісту: «Зніму приворот, порчу, вінець безшлюбності. Лікування всіх хвороб. Застосовуються методи занурення в астрал, психоаналізу, НЛП». І все це через

кому! Не дивно, що в пересічного споживача засобів масової інформації, далекого від знань наукової психології, виникає цілковита плутанина. До того ж, у деяких сучасних вишах викладаються такі курси, як, наприклад, «Психологічна астрологія». Нерідко дипломовані психологи оголошують науково обґрунтованими навіть езотеричні підходи або окультні духовні практики. Подібні твердження видаються, м'яко кажучи, невиправданими. Але саме такі думки, висловлені в засобах масової інформації людьми зі ступенем кандидата чи навіть доктора психології, спричиняють виникнення плутанини в головах далеких від психології обивателів і породжують подібні міфи.

Міф 3. Психолог – це фахівець із «психів», який працює тільки із психічно хворими людьми. Соціальна ситуація в нашій країні складалася таким чином, що безліч людей потребувало та потребує психотерапевтичної допомоги. Але усталені стереотипи не дозволяють їм звертатися до клінічних психотерапевтів, адже всі чули про роль психіатрії в тоталітарному суспільстві й долю дисидентів, які потрапляли до «психушок»; та й сьогодні на людину, яка відвідує психотерапевта, ставляться з підозрою. Багато людей думає, що психологи, володіючи певним особливим знанням особистості, тільки те й роблять, що сканують внутрішній світ людей і намагаються «залізти до них у душу». Звичайно, психолог повинен уміти розуміти іншу людину, її почуття, але... у робочий час. Неправильно думати, що психологи завжди та скрізь занепокоєні проблемами та внутрішнім станом іншої людини.

Міф 4. Психолог знає все на світі й відтак повинен давати цінні поради. Взагалі, очікування порад – це, по суті, перекладання відповідальності на психолога. Завдання останнього – не дати пораду, а допомогти людині самій розібратися в собі та своєму житті.

Міф 5. Для того, щоб зрозуміти клієнта, психолог повинен мати аналогічний досвід проживання подібної ситуації. За аналогією зі стоматологом, який не зобов'язаний страждати на хвороби зубів, щоб допомогти пацієнтові, психолог так само не обов'язково повинен розлучатися, щоб зрозуміти клієнта в стані розриву з родиною. Відомо, до речі, що багато знаменитих педагогів не мали власних дітей, наприклад, Я. Корчак, А. Макаренко.

Механізми психотерапії

Різноманітність моделей людини та її психологічного здоров'я зумовлює значні розбіжності в поглядах на природу й механізми зміни особистості в процесі психотерапії. Специфіку психотерапії визначає не якась техніка (наприклад, «порожнього стільця»), а ідеологія, якій підпорядковані й теорія особистості, і теорія психотерапії, і конкретні психотерапевтичні техніки.

У наш час Україну заполонили численні представники різних психотерапевтичних шкіл, які пропагують унікальність саме свого напряму. При цьому психотерапевтичний процес часто підміняється теорією психотерапії як теорією психотерапевтичного впливу. Ідеологія психотерапії, за якою приховуються уявлення про душу, виноситься «за дужки».

☝Щоб уникнути техніцизму, увага психотерапевта має бути спрямована на процес зміни всієї особистості клієнта. Якщо психотерапевт не усвідомлює, що відбувається в ньому самому в процесі роботи з клієнтом, він орієнтований на теорію процесу, на уявлення про те, що відбувається з клієнтом, але не на власні переживання. Переконання й почуття психотерапевта є ґрунтом, на якому виростають і теоретичні засади психотерапії, і технічні прийоми (методи). Сам метод роботи психотерапевта явно або неявно виявляє його глибинні уявлення про життя, соціальні та політичні питання, про розвиток особистості та взаємини зі світом, про природу терапії.

Але не можна лише підвести клієнта до заповітної і в той же час небезпечної «двері в себе». Важливо супроводжувати його в цій внутрішній подорожі. Тому ті форми психотерапії, у яких контроль терапевта знижений, а пацієнт «подорожує» один, лише звітуючи про результати, є небезпечними. По-перше, невідомо, у які «двері» увійде людина, із чим вона там зустрінеться, чи зможе звідти повернутися. У такій складній «подорожі» внутрішнім світом має бути надійний маяк, інакше людина відкриє в собі ті реальності, впоратися з якими буде не в змозі. Саме тому особливо важливим є питання про ідеологію психотерапії взагалі й конкретного психотерапевтичного впливу зокрема. Професіоналізм психотерапевта полягає не тільки в технічно бездоганній роботі з клієнтом, але й у розумінні того, куди він рухається [3].

До негативних результатів психотерапії (у тому числі й у віддаленій перспективі) може привести також недостатнє врахування характеру психопатологічного розладу й структури особистості, характерне для багатьох напрямів. Це також є проявом зниженого контролю терапевта над психотерапевтичним процесом.

Розмаїття ідеологічних доктрин, теоретичних концепцій і технік психотерапії робить її широкою сферою специфічної професійної допомоги, що включає різні підходи, які часто не зіставляються, а інколи навіть суперечать одне одному. Ці види допомоги описуються різними метафорами, а саме: «археолог», «слідчий», «садівник», «провідник», «гуру», «інструктор», «шаман», «наставник» і т. п. За кожною з цих метафор приховані різні уявлення про душу та способи допомоги їй. Як справедливо зазначив І. Ялом, жодна пояснювальна система не спроможна охопити весь терапевтичний процес. Він писав: «Я

вважаю, що терапевтична зміна – це надзвичайно складний процес, який виникає в складному переплетенні елементів людського досвіду, і ці елементи я буду називати «терапевтичними чинниками». Практично мова йде про механізми психотерапії. Автор виділяє 11-ть первинних чинників психотерапії (або її механізмів):

1) вселення надії;
2) універсальність переживань;
3) постачання інформації;
4) альтруїзм;
5) коригуюча рекапітуляція первинної сімейної групи;
6) розвиток навичок соціалізації;
7) імітаційна поведінка;
8) міжособистісне (інтерперсональне) научіння;
9) згуртованість групи;
10) катарсис;
11) екзистенційні чинники.

І. Ялом слушно зауважує, що для клієнтів важлива підтримка, зацікавленість психотерапевта їхніми проблемами й особистістю [17].

Психоаналітична терапія зробила основний акцент на ранніх травмах пацієнта й на його здатності з ними впоратися. Розуміння або приборкання демонічних сил через їхнє усвідомлення в психоаналітично орієнтованій терапії є найважливішим саногенним (оздоровлюючим) механізмом. Віра в сили раціонального, у можливості впоратися з незрозумілими емоціями, характерна для психоаналітично орієнтованої терапії.

Але сьогодні культурна ситуація змінилася, і акцент на раціональному сильно пом’якшав. Багато авторів підкреслювало, що самого по собі інтелектуального осягнення (інсайту) дитячих травм, травматичних фантазій і особливостей ранніх стосунків у батьківському оточенні недостатньо. Важливо знову пережити старі травми з новим результатом, коли тебе люблять і приймають. Цей новий досвід переживання створюється безпосередньо в рамках психотерапії та має здатність поширюватися на повсякденне життя людини, наповнюючи його новим змістом.

Водночас досвід психологічної інтимності, якого клієнт набуває в ході психотерапії, не завжди позначається на ньому позитивним чином. Адже такий досвід може створити особливу психотерапевтичну реальність, у якій клієнт добре почувається, але не хоче або не може перенести цей досвід у реальне життя.

Одним із універсальних психотерапевтичних механізмів є усвідомлення (або катарсис). Вперше, у формі гіпнокатарсиса, його використовував З. Фройд.

Ряд сучасних напрямів психотерапії роблять основний акцент саме на вивільнення витіснених афектів, а саме: первинна психотерапія А. Янова, різні види тілесно-орієнтованої психотерапії, психотерапія криком Д. Касрієла, спонтанний танець та ін. Усвідомлення дозволяє, по-перше, активізувати витіснений афект (перевести його в активну форму), а по-друге, «скинути» його з себе, прибрати його з енергетичної та психологічної структури особистості.

Але усвідомлення не рівнозначне простій експресії емоцій, оскільки експресія не завжди веде до відреагування. Усвідомлення відбувається там і тоді, коли експресія досить інтенсивна, й людина мимоволі гнівається, плаче або кричить. Іншими словами, для відреагування необхідно відкинути звичні форми регулювання афективної сфери. Одним із показників спонтанності є залучення вегетативної сфери: озноб, жар, холод, тремор. Таким чином, для відреагування характерна слабка керованість і спонтанність процесу.

Важливою складовою роботи психотерапевта є конструювання. Уявлення про те, що психотерапевт розслаблює, знімає блоки захисту, допомагає звільнитися від пригніченого афекту тощо, є недостатнім. Звільнена енергія «гуляє» по тілу, а разом із нею «гуляє» звільнений афект. Куди зайде ця енергія? Як дисоційований і знешкоджений афект асоціюється з тією частиною психічної структури, яка досі була вільною від конфліктів і напруження? Це серйозні запитання, на які психотерапевт повинен дати відповідь. Процес клієнта повинен бути спонтанним, але контрольованим. По-перше, контрольованим ним самим (звичайно, у контакті з психотерапевтом), а по-друге, психотерапевтом (звичайно, у контакті з клієнтом). Вивільнена енергія та емоції повинні бути правильно асимільовані психікою, причому відбуватися це має не саме по собі, а в ході психотерапевтичної роботи з конструювання нової конфігурації психічної структури [10; 16].

Таким чином, у психотерапії можна виділити такі психотерапевтичні стратегії/механізми/техніки: інсайт, створення емоційного досвіду рекапітуляції, усвідомлення. Ці стратегії відображають не тільки психотерапевтичний підхід, у якому працює психотерапевт, але й індивідуальні уподобання та вірування терапевта в який-небудь один, два або декілька механізмів зміни.

? *Питання для самоконтролю:*

1. Як визначається поняття «психотерапія» в рамках Страсбурзької декларації?

2. Якому визначенню поняття «психотерапія» Ви надаєте перевагу? Обґрунтуйте свою відповідь.

3. Які існують моделі психотерапії? У чому полягає їхня принципова різниця?

4. У чому полягає основна мета психотерапії?
5. За якими критеріями розрізняються методи психотерапії?
6. Як Ви розумієте поняття «метод психотерапії»?
7. Назвіть і охарактеризуйте основні підходи в психотерапії.
8. Які особистісні та професійні якості психотерапевта Ви вважаєте найважливішими?
9. Які буденні уявлення існують стосовно особистості психолога-психотерапевта?
10. Спираючись на теоретичні положення І. Ялома, назвіть основні механізми психотерапії.

Практичні завдання

Для виконання практичного завдання розподіліться на групи з 3-ох осіб, у яких по черзі Ви будете виконувати такі ролі: «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор».

Клієнт і психотерапевт розігрують ситуацію, виконуючи запропоновані нижче завдання. Супервізор спостерігає за правильністю виконання завдання й після цього аналізує роботу.

Психологічна ситуація 1: Хлопець М. у 7-му класі – традиційний приклад «хлопчика для биття». Однокласники над ним насміхаються, вигадують образливі прізвиська, кидають у нього крейду та папірці. У результаті дитина перебуває в стані постійної депресії, відмовляється відповідати на уроці, адже боїться образливих коментарів однолітків, на перервах шукає безлюдні тихі місця.

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт»-«Психотерапевт»-«Супервізор»:

- детальний план бесіди з хлопцем. Особливу увагу приділіть початку розмови;
- запропонуйте спосіб встановити контакт із хлопцем.

Психологічна ситуація 2: Дівчинка К., учениця 5-го класу, нещодавно перевелася до нової школи. Через незвичну вимову та скромний одяг однокласниці почали називати її «сільською» та «бідною», демонстративно відсідаючись подалі за партою. У чаті класу з'явилася жартівлива листівка з її фотографією та підписом «не підходь – заразиш бідністю». Дівчинка почала часто скаржитися на головний біль і проситися додому ще до закінчення уроків, а мама помітила, що вона зациклюється на своєму зовнішньому вигляді й просить купувати «модний» одяг, хоча раніше це її не цікавило. На запитання вчительки про самопочуття К. відповідає, що «все нормально», уникаючи прямого погляду.

Запитання для аналізу ситуації

- Чим кібербулінг у цьому кейсі відрізняється за впливом від «звичайних» словесних цькувань у класі?
- Чому К. приховує свій стан від учительки та відповідає «все нормально»? Що це говорить про довіру дитини до дорослих?
- Про що свідчить раптовий інтерес дівчинки до «модного» одягу — як механізм психологічного захисту?
- Які кроки потрібні для роботи з чатом класу як цифровим середовищем цькування (окрім розмови з дітьми)?
- Як соціально-економічний статус сім'ї може посилювати вразливість дитини до булінгу?
- Які питання доцільно включити до індивідуальної бесіди психолога з ученицею для встановлення довірливого контакту з урахуванням її небажання відкриватися дорослим?

Тема 2. Психотерапевтичні стосунки

Мета вивчення теми: ознайомитися зі змістом та особливостями психотерапевтичних стосунків, засвоїти їхні основні принципи; зрозуміти специфіку психотерапевтичних стосунків, умов установлення довірливого контакту, особливостей допомагаючої взаємодії та взаємного впливу психолога і клієнта в процесі психотерапії.

Питання для опанування теоретичного матеріалу.

Простір психотерапевтичних стосунків. Довірливі стосунки як умова здійснення психотерапії. Психотерапевтичний контакт. Особливості психотерапевтичних стосунків. Параметри створення сприятливого клімату психотерапевтичних стосунків. Специфіка допомагаючих стосунків. Взаємний вплив психолога та клієнта в процесі психотерапії.

Основні терміни й поняття: психотерапевтичні стосунки, клімат психотерапевтичних стосунків, довірливі стосунки, професійно-етичні норми, психотерапевтичний контакт.

Простір психотерапевтичних стосунків

Простір психотерапії – це подорож по внутрішньому світу особистості, можна сказати, що це особливий спосіб сприйняття світу, завдяки якому можливі й активність психотерапевта, і вибір способу його поведінки, стратегій і прийомів. Простір психотерапії – це особливий спосіб орієнтуватися у світі, особливе ставлення до людини. Цей простір є її неодмінною умовою. Разом із тим, простір психотерапії – це місце, де людина може звільнитися страху, тривоги, нав'язливих думок, панічних атак тощо.

Робота з психотерапевтом передбачає створення особливого роду стосунків, у які глибоко залучені обидва учасника психотерапевтичного процесу. Під час психотерапевтичних зустрічей люди часто розповідають про себе те, що ніколи й за жодних обставин не розповідають більше нікому, навіть найближчим людям, навіть собі. Велика частина роботи здійснюється в психотерапії не стільки вербально, скільки через ті стосунки, що виражають слова, погляди, дії та ін., через формування глибокого особистого зв'язку між пацієнтом і психотерапевтом.

Близькі й глибоко особистісні стосунки спеціаліста-психолога або психотерапевта і його пацієнта або клієнта – лише один бік цих стосунків. Інший же полягає в тому, що ці стосунки є найбільш формальними з усіх можливих: ми зустрічаємося в певний час і не перетинаємося за межами психотерапевтичного кабінету, пацієнт платить своєму терапевту за роботу тощо.

При тому, що психотерапевт готовий багато працювати з тим, хто довірив йому турботу про себе, існують межі, що дозволяють зберегти суто професійне ставлення до клієнта. Незважаючи на те, що на час сеансу психотерапевт стає для клієнта дуже близькою людиною, ніби батьком чи матір'ю, які повинні піклуватися про нього, завжди залишається це «ніби», що розчиняється, коли закінчується сеанс, і психотерапевт повертається у своє життя, до своїх реальних дітей, батьків, дружини чи чоловіка. Питання, наскільки гнучкі це межі, завжди відкрите: чи можна подовжити сеанс; чи брати слухавку, коли пацієнт дзвонить пізно; чи знизити вартість, якщо фінансовий стан пацієнта погіршився й т. д., і т. п. Проте, якими б не були професійні межі психотерапевтичних стосунків, вони існують, і не можна ігнорувати цю складову.

Довірливі стосунки як умова здійснення психотерапії

Психотерапевтичні стосунки – особливий вид взаємин, двоякий за своєю сутністю. Ці стосунки є одночасно й професійними, і міжособистісними, а психотерапевт виступає в них і як професіонал, і як особистість.

Психотерапевт як професіонал озброєний теоретичними знаннями, техніками й методиками. Психотерапевт як особистість володіє великим досвідом самопізнання та рефлексії власної особистості, а також особливою чутливістю до іншої людини й до людських стосунків у цілому.

Психотерапія – не експертиза, не розслідування, не навчання, і навіть не консультування. Незважаючи на важливість професійного компонента, знання, техніки й методики є другорядними для створення психотерапевтичних стосунків, без яких вона (психотерапія) не може мислитися. Дійсно, концепції, методики, техніки тут вторинні, а їхнє застосування в терапії має ряд об'єктивних і суб'єктивних обмежень. Доступ до психічної реальності іншої людини обмежений з одного боку (об'єктивно) існуванням професійно-етичних установок стосовно клієнта, що характеризуються незастосуванням насильства й маніпуляцій, з іншого (суб'єктивно) – клієнт також визначає ступінь саморозкриття перед терапевтом. Унаслідок цього доторкнутись до глибоких душевних переживань клієнта можна лише за умови «згоди» останнього. В іншому випадку це вже буде або насильство, або маніпуляція, що, безумовно, неприйнятно для психотерапії.

Отже, найважливішою умовою можливості здійснення психотерапії є наявність такого роду стосунків, неодмінною якістю яких є довіра між клієнтом і терапевтом, завдяки чому клієнт дозволяє доторкнутися до таємниць своєї душі [17]. У психотерапії такого роду стосунки називаються довірливими стосунками. Психотерапія власне й може відбутися лише тоді, коли між клієнтом і терапевтом встановляться такі стосунки.

Термін «довіра» визначається як стан внутрішнього світу суб'єкта, обумовлений бажанням взаємин, що характеризується готовністю до передачі певних прав, інформації та об'єктів іншим вільним суб'єктам.

Довіра завжди комусь належить, вона завжди особиста, на відміну від абстрактних понять типу справедливості чи гуманізму. Довіра – це властивість конкретних взаємин, що характеризує їхню якість. Причому ця властивість не є постійною величиною: довіру треба заслужити, а можна й втратити; довіри може бути більше, менше, або не бути взагалі; її легко втратити, але дуже складно відновити.

☝*У чому ж полягає сутність довірливих стосунків у психотерапії?* На чому вони будуються? За допомогою чого досягаються?

Для виникнення довірливих стосунків між клієнтом і терапевтом необхідним є дотримання ряду умов, які поділяють на формальні й неформальні.

Формальні умови

1. Ставлення до психотерапії та психотерапевтів.

Тут ми стикаємося з полярними установками потенційних споживачів психологічних послуг – від повного визнання психотерапії як форми психологічної допомоги та психотерапевтів як фахівців щодо вирішення психологічних проблем, до вкрай критичного й негативного ставлення до цієї професії та фахівців. Наявність певних установок у клієнта полегшує або ускладнює роботу психотерапевта зі створення довірливих стосунків.

2. Освіта й статус психотерапевта.

Вони є важливими складовими професіоналізму. Як правило, професійний психотерапевт окрім базової освіти (частіше психологічної чи медичної) проходить додаткову освіту в рамках певного методу психотерапії. Тому заява спеціаліста «Я – психотерапевт» є некоректною та може викликати сумніви в його професіоналізмі. Адекватними будуть такі варіанти професійної ідентичності спеціаліста: «Я – психоаналітик», «Я – гештальт-терапевт», «Я – психодраматист» і т. д.

3. Досвід терапевта.

Він також є важливою професійною складовою психотерапевта, за умови його схильності до рефлексії. Рефлексія професійного досвіду дозволяє фахівцю аналізувати, систематизувати й накопичувати «терапевтичний багаж», а не збирати постійно повторювані професійні помилки, називаючи це «багатим професійним досвідом».

4. Професійно-етичні норми.

Довіра багато в чому залежить від дотримання ряду професійно-етичних норм, найважливішими з яких є «не нашкодь» і «конфіденційність».

Підпорядкованість терапевтичних стосунків вищеназваним правилам сприяє зняттю напруги в клієнта, особливо на початкових етапах терапії.

Вищеописані формальні умови створюють базу для вибудовування довірливих стосунків між клієнтом і терапевтом. Завдяки їх наявності клієнт власне й приходить на терапію. Чи зможе терапевт скористатися цим «авансом», багато в чому буде визначатися вже неформальними умовами – його професійними й особистими якостями, про які мова піде нижче.

Неформальні умови

Безоцінне ставлення до клієнта.

Безоцінне ставлення та прийняття клієнта є властивістю психологічної картини світу психотерапевта, його концепції Іншого, для якої властива толерантність до інакшості. Безоцінність терапевта щодо клієнта є найважливішою умовою для виникнення в останнього довіри до цього конкретного фахівця.

Повага до клієнта.

У терапевта є всі підстави для того, щоб поважати клієнта. Клієнт – це людина, яка добровільно звернулася до психотерапевта за професійною допомогою. Уже один цей факт гідний поваги. Це означає, що клієнт – особистість мужня, інтелігентна, розумна. Перераховані вище якості клієнта дозволяють ставитися до нього з повагою та уважністю, що створює в клієнта відчуття прийняття його як особистості.

За допомогою чого досягаються довірливі стосунки?

Розглянемо ряд професійних якостей/умінь психотерапевта, які сприяють створенню довірливих стосунків у ситуації терапії.

Емпатія психотерапевта.

Найбільш відоме визначення емпатії належить психотерапевту гуманістичного напряму К. Роджерсу й звучить таким чином: «Емпатія – це здатність узути черевики іншого, зсередини сприймати внутрішню систему координат іншого, ніби терапевт був цим іншим, але без втрати умови «ніби». Інший відомий психотерапевт І. Ялом також метафорично говорив про емпатію як про можливість подивитися на світ із вікна клієнта. Емпатійна позиція психотерапевта дозволяє йому ставити себе на місце клієнта, дивитися на проблему його очима, що відкриває можливість до співчуття та кращого розуміння останнього.

Чутливість психотерапевта.

Підвищення чутливості до світу душі іншої людини стає можливим завдяки особистій психотерапії, що є обов'язковим атрибутом професійної підготовки психотерапевта. Розвиваючи в процесі особистої психотерапії чутливість до себе, майбутній фахівець починає краще розуміти й приймати різні

«погані», «негідні», «недосконалі» аспекти власного Я, тим самим він навчається приймати схожі аспекти особистості іншої людини – свого клієнта.

Відкритість психотерапевта.

Важлива якість фахівця, для якої необхідна сміливість постати перед клієнтом без маски, готовність щиро ділитися в терапії своїми почуттями-думками, переживаннями, власним індивідуальним людським досвідом, бути в терапії не тільки професіоналом, а й людиною. Професійною мовою така щирість терапевта називається автентичністю.

Упевненість і стабільність психотерапевта.

Ці якості терапевта вселяють довіру клієнту, якому на цьому етапі його життєвого шляху так не вистачає впевненості й стабільності. Упевнений терапевт виступає для клієнта як об'єкт для ідентифікації, знімає тривогу та створює відчуття надійності.

Інтерес психотерапевта.

Інтерес до внутрішнього світу іншої людини є провідним мотивом для освоєння професії психолога й психотерапевта. Причому цей мотив повинен домінувати над іншими, у тому числі й над матеріальним мотивом. Інакше психотерапевт неминуче зустрінеться з емоційним вигоранням, що може призвести до професійної деформації [14].

Охарактеризовані професійні якості психотерапевта виступають основою для можливості появи позиції його присутності в контакті з клієнтом, що сприяє виникненню в клієнта почуття довіри до терапевта. Лише за таких умов терапія може відбутися.

Психотерапевтичний контакт

Унікальність природи психотерапевтичного контакту залежить від здатності психотерапевта розрізняти інтимно-особистісні та інтимно-терапевтичні стосунки. На противагу близьким особистим зв'язкам терапевтичний контакт, хоча й наповнений почуттями, є асиметричним, тобто тільки пацієнт розкриває інтимні подробиці свого життя. Психотерапевт же може вирішувати, наскільки розкриватися, і вибирати спосіб реагування на події, викладені клієнтом, а може не реагувати взагалі. Контакт цей асиметричний ще й тому, що тільки терапевт тлумачить сенс розказаного та здатний оцінити досягнення терапевтичних цілей. У результаті терапевтичний контакт встановлюється за правилами, визначеними терапевтом. Ці правила передбачають стосунки, у яких фахівець має можливість дізнатися про клієнта майже все, а клієнт отримує відомості про терапевта лише як про спеціаліста.

Тепер перейдемо до визначення психотерапевтичного контакту. Психотерапевтичний контакт – це унікальний динамічний процес, під час якого

одна людина допомагає іншій використовувати свої внутрішні ресурси для розвитку в позитивному напрямі й актуалізувати потенціал осмисленого життя.

Визначення вказує на декілька унікальних рис психотерапевтичного контакту, а саме:

• емоційність (психотерапевтичний контакт швидше емоційний, ніж когнітивний, він передбачає дослідження переживань клієнтів);

• інтенсивність (оскільки контакт являє щире ставлення та взаємний обмін переживаннями, він не може не бути інтенсивним);

• динамічність (при зміні клієнта змінюється й специфіка контакту);

• конфіденційність (зобов'язання психотерапевта не поширювати відомості про клієнта сприяє довірі);

• надання підтримки (постійна підтримка терапевта забезпечує стабільність контакту, що дозволяє клієнту ризикувати й намагатися поводитись по-новому);

• сумлінність.

Характер контакту між терапевтом і клієнтом відображає особливості стосунків клієнта з іншими людьми, стиль і стереотипи його спілкування – проблеми клієнтів можна побачити немов у дзеркалі.

Характер психотерапевтичного контакту в самому процесі психотерапії залежить від теоретичної орієнтації психотерапевта [8; 12].

Хоча представники різних напрямів по-різному використовують психотерапевтичний контакт у конкретній роботі, вони єдині в думці про його важливість у процесі психотерапії. Це добре ілюструє зміст таблиці.

Таблиця 1.

Специфіка психотерапевтичного контакту у різних напрямах психотерапії

Напрям психотерапії	**Психотерапевтичний контакт**
Психо-аналітичний напрям	Психотерапевт зберігає особистісну анонімність, щоб клієнт міг вільно проектувати на нього свої почуття. Основна увага приділяється зменшенню опору, що виникає при аналізі реакцій перенесення клієнта, і встановленню більш раціонального контролю. Психотерапевт інтерпретує повідомлення клієнта й прагне навчити його пов'язувати свою актуальну поведінку з подіями минулого.
Адлеріанський напрям	Акцентується розподіл відповідальності між психотерапевтом і клієнтом, обопільна довіра та повага, рівноцінність позицій, встановлення спільних цілей психотерапії.
Поведінкова терапія	Психотерапевт є активною та директивної стороною; він виконує роль учителя, тренера, прагнучи навчити клієнта більш ефективної поведінки. Клієнт повинен активно

	апробувати нові способи поведінки. Замість особистих стосунків між психотерапевтом і клієнтом встановлюються робочі стосунки для виконання процедур навчання.
Раціонально-емотивна терапія (А. Елліс)	Психотерапевт виконує роль учителя, а клієнт – учня. Особистим стосункам психотерапевта з клієнтом не надається значення. Фахівець спонукає клієнта до розуміння власних проблем і на основі цього розуміння – до зміни своєї поведінки, ґрунтуючись на раціональних передумовах.
Терапія, орієнтована на клієнта (К. Роджерс)	Психотерапевтичний контакт становить сутність процесу психотерапії. Особливо підкреслюються щирість, теплота, емпатія, повага, підтримка з боку психотерапевта й «передача» цих установок клієнтам. Засвоєні під час психотерапевтичного контакту навички клієнт переносить на інші взаємини

Особливості психотерапевтичних стосунків

Психотерапевтичні стосунки беруть свій початок у релігії: священики та інші духовні наставники діяли як посередники між людиною та Богом. Ці стосунки були чітко регламентовані відповідно до середньовічних цінностей. Але на початку епохи Відродження з’являється Джоанн Вайер, якого часто називають першим психіатром у світі. Він засуджував архаїчну практику вигнання бісів, якою користувалися релігійні цілителі, і виступав за налагодження доброзичливих взаємин між лікарем і пацієнтом.

Через декілька століть Зігмунд Фройд також займеться розробкою структури взаємодії «лікар-пацієнт», але більший акцент він робитиме на м'яких, формалізованих і ненав'язливих стосунках.

Психотерапія проходить, головним чином, у контексті особливого виду стосунків, які, з одного боку, схожі на будь-які інші вдалі стосунки, а з іншого – відрізняються від них. Якщо порівнювати особисті й допомагаючі стосунки, то їх основною відмінністю буде задана із самого початку нерівність у останніх. Хоча психотерапевтичні стосунки схожі на інші види близьких стосунків, є й суттєві відмінності.

Починаючи з першої зустрічі, очевидно, що клієнт – це людина, яка потребує допомоги, а психотерапевт – фахівець, який має талант і необхідні навички в її наданні. Отже, стосунки включають в себе свого роду контракт, у якому обидві сторони погоджуються дотримуватися встановлених правил, а саме: клієнт – приходити вчасно й намагатися бути якомога більш відкритим; психотерапевт – бути надійним, захищати благополуччя клієнта й робити все можливе, щоб допомогти йому досягти бажаних цілей за оптимальний час.

Таким чином, домінування, присутнє у стосунках між психотерапевтом і клієнтом, втілене в структурі, у якій клієнт несе відповідальність за зміст стосунків, а на психотерапевта покладена відповідальність за спрямованість і структуру цих взаємин.

Хоча психотерапевти прагнуть демонструвати повну щирість і повагу до клієнтів, тим не менш розподіл сил і статусів залишається нерівнозначним. Крім того, ці стосунки розвиваються на території психотерапевта, де на стінах висять дипломи й сертифікати. Незважаючи на те, що в процесі спілкування створюється тепла професійна атмосфера, психотерапевт сідає на більш зручний стілець, а якщо вони починають говорити одночасно, то далі продовжує говорити фахівець, а клієнт замовкає.

Деякі психотерапевти вважають, що нерівноправні стосунків заважають змінам, інші ж навпаки прагнуть використовувати своє положення [10; 13].

Незалежно від того, як розуміють психотерапевти-практики свою владу, майже всі вони погоджуються з тим, що правильно встановлені межі відіграють особливо важливу роль при побудові психотерапевтичних стосунків. Ці межі потрібні не тільки для того, щоб забезпечити надійне та передбачуване середовище для клієнтів, але й для того, щоб убезпечити їх від самих психотерапевтів, які також прагнуть задовольнити свої потреби.

☝Відмінність психотерапевтичних стосунків від будь-яких інших полягає також у наявності відносно специфічних цілей і суворих часових обмежень: вони існують для пошуку рішень, а сесія триває протягом заздалегідь визначеного періоду часу. Таким чином, окрім багатьох характеристик, спільних для будь-яких успішних стосунків між людьми, психотерапевтичні стосунки мають ряд характерних особливостей. Визначимо основні з них.

1. Незалежно від бажаної теоретичної спрямованості, від того, які використовуються техніки, психотерапевтичні стосунки – це завжди зв’язок між клієнтом і психотерапевтом, основа для подальшої роботи.

2. Стосунки мають певну мету – вони закінчуються, як тільки це стає можливим з психотерапевтичної точки зору.

3. Із двох суб'єктів, які беруть участь у психотерапевтичному процесі, один (психотерапевт) краще контролює ситуацію, має більший досвід і несе велику відповідальність за те, щоб психотерапія відбувалася гладко та приносила користь, а інший (клієнт) є більш важливим.

4. Стосунки – це частина процесу міжособистісного впливу, у ході якого психотерапевт прагне стимулювати зміни в клієнта, використовуючи свої навички, здібності.

5. Психотерапевтичні стосунки існують у культуральному контексті. Імовірно, вони будуть більш ефективними, якщо будуватимуться на повазі цінностей, очікувань і потреб клієнтів, з урахуванням їх культурних особливостей, включаючи національний, соціально-економічний, релігійний, гендерний та інші фактори.

6. Взаємодія між терапевтом і клієнтом будується за принципом найбільш доцільного використання виділеного часу. Безглузда й марна балаканина, яка є частиною особистих стосунків, неприйнятна в психотерапії, де час вважається цінним товаром.

7. Психотерапевт може працювати з різними варіантами поведінки, думками, установками й діями клієнта, але найчастіше його увага зосереджена на виявленні й дослідженні почуттів, які рідко виявляються поза психотерапевтичним контекстом.

8. Хоча такі «ключові умови», як автентичність, щирість, свобода, прийняття, довіра, повага та емпатійне розуміння часто є складовими психотерапевтичних стосунків, їх може бути недостатньо для продукування стійких змін.

9. Для більшої ефективності взаємин психотерапевта й клієнта необхідно прийти до згоди в питаннях про причини та етіологію проблем, а також про те, що повинно бути зроблено для їхнього вирішення. Найбільш ефективні стосунки характеризуються згодою щодо цілей і методів, які використовуються, відкритою комунікацією та взаємодією, спрямованою на співробітництво.

10. Стосунки складаються з безлічі аспектів. Більшість факторів, описаних різними теоретиками, відіграють важливу роль у процесі терапії. Таким чином, стосунки, з одного боку, представляють собою автентичну взаємодію, а з іншого – в них «проектуються» переживання, зміст яких і клієнт, і психотерапевт спотворюють у силу власних невирішених проблем.

11. Психотерапевтичні стосунки динамічні та з часом зазнають змін. Те, що є найбільш доцільним на початкових стадіях психотерапії (автентичне залучення), на наступних стадіях втрачає своє первісне значення, оскільки патерн взаємодії, необхідний для вирішення психотерапевтичних завдань, уже сформувався. Подібним чином, при закінченні психотерапії повернення до більш рівноправних стосунків буде, ймовірно, більш корисним, ніж використання стосунків, які є ефективнішими на інших стадіях [2; 3].

Охарактеризовані особливості свідчать про те, що психотерапевт повинен використовувати відомості, отримані при вивченні найбільш ефективних стратегій, накладаючи їх на власний досвід і оцінюючи, який саме вид стосунків буде оптимальним для досягнення бажаних цілей в роботі з кожним конкретним клієнтом.

Деяким клієнтам, які переживають кризу в житті, потрібні дуже підтримувальні стосунки, у яких вони можуть висловити власні почуття, не боячись при цьому засудження або критики. Іншим людям потрібні більш загострені стосунки, щоб вони змогли перевести отримане знання в конкретні дії. Таким чином, взаємини можна «підлаштовувати» під кожного клієнта залежно від того, на чому буде робитися акцент:

• структурованості або гнучкості;
• почуттях або думках;
• теплоті або об'єктивній неупередженості;
• спонтанних відкриттях або плануванні;
• сталості чи новизні;
• дослідженні чи вирішенні проблем;
• змісті або процесі.

Хоча психотерапевтичні стосунки будуються з урахуванням індивідуальних особливостей кожного клієнта, залежно від цілей і бажаних результатів, все ж існує певна послідовність стадій, спільна практично для всіх підходів.

Параметри створення сприятливого клімату психотерапевтичних стосунків

Для створення сприятливого клімату психотерапевтичні стосунки повинні відповідати ряду параметрів.

Зобов'язання

Як і в будь-яких інших значущих взаєминах між людьми, у психотерапевтичних стосунках явно або неявно передбачається певна домовленість поводитись відповідним чином і дотримуватися встановлених правил. Подібні взаємні зобов'язання можна міняти й погоджувати, але, тим не менш, вони визначають форму та структуру майбутніх взаємин. Для психотерапевта існують обмеження, обумовлені професійною етикою, – він не повинен маніпулювати, обманювати, потурати своїм слабостям, але має надавати клієнту допомогу й робити все можливе, щоб стимулювати його особистісне зростання.

Психотерапевт також спонукає клієнта прийняти на себе ряд зобов'язань у рамках психотерапевтичних стосунків, хоча часто зробити це досить складно. Будучи зразком чесності, він мотивує клієнта діяти згідно зі встановленими правилами: приходити вчасно, давати необхідні пояснення в разі скасування сесії та виплачувати встановлений гонорар. Так само важливими є зобов'язання клієнта співпрацювати з психотерапевтом, працювати над собою, вкладати енергію в стосунки й ризикувати. Взаємна чесність і справедливість – запорука

будь-яких успішних стосунків не лише з психотерапевтом, а й з адвокатом, лікарем, механіком, другом.

Довіра

Довіра в психотерапевтичних стосунках визначає ефективність усієї роботи. Найперший обов'язок психотерапевта полягає у створенні таких міжособистісних стосунків між собою та клієнтом, які, найімовірніше, підвищили б рівень довіри. Але саме слово «довіра» дуже багатозначне. Деякі аспекти довірливих стосунків варто повторити ще раз: повага права клієнта бути самим собою, доброзичливий підхід до клієнта як до унікальної людини та щирість, яка передбачає чесність і автентичність.

Хоча може здаватися очевидним, що для того, щоб робота була ефективною, клієнт повинен довіряти психотерапевту, підтримувати цю довіру не так просто. На жаль, часто відбуваються досить серйозні порушення етичних норм, коли психотерапевт, потураючи власним бажанням, не виправдовує довіри клієнта

Емпатія

Емпатія передбачає здатність психотерапевт по-справжньому зрозуміти клієнта зі своєю унікальною точкою зору. Часто емпатія включає повідомлення про почуттях й думки, що виникають у відповідь на висловлювання клієнта, тим самим демонструється активне розуміння його проблем.

Виділяють два рівня емпатії. Перший рівень передбачає адекватне реагування психотерапевта на висловлювання клієнта. На цьому рівні емпатійного реагування психотерапевт повідомляє те, що він зрозумів про думки, почуття й поведінку клієнта. Другий рівень емпатії ґрунтується на першому, але на ньому більше уваги приділяється більш глибинному дослідженню проблеми психотерапевтом за допомогою зворотного зв'язку. Основу ефективних психотерапевтичних стосунків становить збалансоване використання обох рівнів.

Конфіденційність

Найголовніша й найбільш унікальна особливість психотерапевтичних стосунків (на відміну від особистих або неформальних) – це конфіденційність, що забезпечує нерозголошення отриманої інформації. Так само, як у випадку з адвокатом, священиком або лікарем, психотерапевт повинен гарантувати, що він збереже в таємниці всі отримані від клієнта відомості, оскільки відкритість і довіра в психотерапії залежать від цієї обіцянки. Саме знання про те, що професійні й етичні норми оберігають його права, дає клієнтові можливість більш вільно довірити психотерапевту особисті секрети.

Домінування

Міжособистісний вплив – це такий параметр у психотерапії, який дозволяє використовувати компетентність, силу й привабливість як засіб для розвитку самосвідомості та стимуляції продуктивних змін. Найважливіша задача на першій сесії – вселити надію, допомогти клієнту повірити в силу психотерапії та компетентність психотерапевта як спеціаліста, який уміє впливати. Створена ціла психотерапевтична система, що допомагає структурувати очікування клієнта для досягнення максимально ефективних результатів. Крім прийняття та підтримки психотерапевт може використовувати власний статус, ерудицію та ауру всемогутності для збільшення своєї здатності впливати на клієнта в рамках психотерапевтичних взаємин. Для прикладу можна навести докази компетентності (дипломи на стінах), привабливості (одяг, обстановка) та статусу (контроль під час сесії). Кожен із цих параметрів соціального впливу може бути використаний для розвитку конструктивних взаємин і здатен призвести до продуктивних змін. Використання соціального впливу – це досить делікатна сфера, адже завжди є небезпека, що психотерапевт почне маніпулювати й грати з клієнтом, а це не сприяє зміцненню психотерапевтичних стосунків. Тому чинники міжособистісного впливу повинні використовуватися відкрито й у рамках довірливого, доброзичливого й емпатійного контексту, аби максимально зменшити їхні потенційні негативні ефекти.

Специфіка допомагаючих стосунків

Незалежно від теоретичної спрямованості, психотерапевтичні стосунки – це особливий і необхідний аспект психотерапії. Більше того, було виявлено, що ефективність психотерапії безпосередньо залежить від якості психотерапевтичного альянсу фахівця та клієнта

Хоча дослідження довели важливість психотерапевтичних стосунків, допомагаючі стосунки самі по собі не є достатньою умовою для поведінкових змін; це засіб трохи іншого порядку. Надмірна увага до психотерапевтичних стосунків може виявитися такою ж шкідливою, як і повне нехтування ними. Мета психологічної допомоги полягає в тому, щоб допомогти клієнтам навчитися краще керувати своїм життям. Звичайно, цієї мети простіше досягти, якщо і психотерапевт, і клієнт працюють разом.

Допомагаючі стосунки можна визначити як систематичне та свідоме використання ряду навичок міжособистісного спілкування з тим, щоб допомогти іншій людині змінити власну поведінку, думки або почуття. Хоча до таких стосунків можна віднести також і взаємини між батьками та дитиною,

учителем і учнем чи практиком і супервізором, фахівцями в побудові настільки продуктивних і плідних стосунків є насамперед психотерапевти.

☝Відомий американський психотерапевт І. Ялом стверджує, що єдиний важливий урок, який повинен завчити терапевт-початківець, полягає в тому, що «зцілюють саме стосунки».

Психотерапевтичне залучення у взаємини з фахівцем не тільки дає можливість для щирої, турботливої, поважної роботи з надійною людиною, але й символічно прояснює інші стосунки в житті клієнта. Клієнт піддається мінімальній небезпеці того, що його можуть спокушати, маніпулювати ним або його зрадять, оскільки встановлені обмеження забезпечують йому конфіденційність, довіру та доброзичливість. Залучення в психотерапевтичні стосунки з фахівцем, який уміє професійно слухати й дбати, не прагнучи при цьому до контролю, одночасно й підбадьорює, і лякає.

Психотерапевтичні стосунки дозволяють клієнту пропрацювати почуття самотності. Уявіть собі величезне задоволення й абсолютну свободу бути по-справжньому відкритим з іншою людиною, яка робить усе можливе, щоб ігнорувати власні потреби й зосередитися тільки на вас. Протягом сесії ви безперервно отримуєте всю увагу, сили та безмежні ресурси людини, яка є фахівцем у галузі побудови взаємин. Ця людина щиро про вас піклується, здатна сприймати неусвідомлювані вами речі й пояснювати те, що знаходиться за межами вашого розуміння. Ви можете по-справжньому потребувати цих стосунків і використовувати їх як модель для тих переживань, на які ви заслуговуєте.

Звичайно ж, психотерапевт (психолог) повинен уміти вибудовувати конструктивні взаємини з різними людьми, які звертаються до нього по допомогу. Ці навички та здібності, як і відкритість по відношенню до нових людей, виробляються завдяки практиці. Природно, що роботу потрібно починати зі стосунків у вашому особистому житті [17].

Взаємний вплив психолога та клієнта в процесі психотерапії

Емоційні стосунки між людьми, які розуміють один одного, можна назвати дружніми, близькими. Але в психотерапії такі стосунки не можна віднести до розряду сентиментальних, окрім того, їх нелегко реалізувати на практиці. Потрібно бути досить сміливим, щоб прийняти іншу особистість або їй відкритися.

Найбільш складним і водночас делікатним у стосунках з клієнтами є те, що такі стосунки передбачають взаємне саморозкриття. Хоча ми намагаємося не потурати своїм слабостям, уникати неадекватного саморозкриття або перенесення уваги під час сесій на самих себе, тим не менше ми постійно

виявляємо себе в цьому. Сам факт нашої присутності в кабінеті, зустріч із клієнтом, що відбувається у відкритій та вільній обстановці, спонукає до взаємного вивчення. Так само, як ми системно оцінюємо те, що відбувається з нашими клієнтами, так і самі клієнти оцінюють нас. Вони відстежують усі нюанси нашого голосу, особливості жестикуляції. Вони постійно запитують себе, що саме психотерапевт мав на увазі, коли він сказав або зробив щось не зовсім звичайне. Безсумнівно, із часом наші клієнти пізнають нас так само добре, як ми знаємо їх, і щоб це сталося, нам навіть не треба нічого розповідати про власне життя.

☝Отже, стосунки між психотерапевтом і клієнтом є одними з найбільш близьких стосунків, які можуть виникнути між людьми. Деякі речі, про які клієнт розповість психотерапевту, він ніколи б не розповів найкращому другові й навіть ніколи б не описав у своєму щоденнику. Оскільки в психотерапевтичному процесі існують гарантії безпеки, правила конфіденційності, захищеність від усього, що відволікає увагу, і можливість бути якомога більш автентичним, психотерапевтичні стосунки можуть наближатися до найдосконаліших стосунками в світі.

Вплив у цих проявляється одночасно у двох напрямах. Ми говоримо й діємо так, щоб домогтися від клієнта сприятливих для нього змін, але й клієнт також впливає на нас. І кращу сторону нашої роботи становить те, що ми зростаємо й навчаємося в процесі розвитку взаємин із нашими клієнтами. Але є також і гірша сторона цієї роботи – у процесі професійної взаємодії ми приймаємо на себе частину страждань наших клієнтів.

Якщо взяти до уваги всю енергію, мотивацію, сміливість і відчай, необхідні для того, щоб клієнт розпочав психотерапію та призначив першу зустріч, то достатньо високий рівень тривоги під час перших сесій є цілком закономірним. А отже, взаємодія в рамках психотерапевтичних стосунків пов'язана в клієнта з переживанням почуття страху, а саме: страх, що щось може статися або не статися; страх, що від роботи не буде ніякої користі або що користь буде, але для цього знадобиться занадто багато зусиль; страх, що психотерапевт може розповісти про клієнта комусь; страх перед тим, що можуть подумати друзі; страх, що будуть відкриті найбільш приховані таємниці; і, ймовірно, найсильніший страх перед вступом у активні стосунки зі сторонньою для клієнта людиною.

Те, що психотерапевт може часто в перші кілька хвилин знайомства розвіяти побоювання клієнта, є свідченням високого професіоналізму фахівця, який має багатий досвід у побудові взаємин. Свобода дій психотерапевта і його впевненість у собі вказують на те, що це людина, котра відчуває себе комфортно

в рамках близьких стосунків. М'яка усмішка, заспокійливий голос, розслаблена поза, зацікавлений погляд – усе це говорить про автентичність психотерапевта й допомагає клієнту довіритися, розкритися й відчути себе значущим [16; 17].

Формування стосунків «Клієнт-Психотерапевт» не є випадковістю або містикою, але для цього необхідні свідомі зусилля, що використовуються добре навченим психотерапевтом, який розуміє ключові умови, необхідні для розвитку теплих, підтримуючих стосунків, і вміє створювати їх з власної волі.

? *Питання для самоконтролю:*

1. Чи існують професійні межі психотерапевтичних стосунків? У чому вони полягають?
2. У чому полягають особливості психотерапевтичних стосунків?
3. Які стосунки можна назвати довірливими?
4. Які ви знаєте умови для створення довірливих стосунків?
5. Що таке терапевтичний контакт?
6. Які особливості мають терапевтичні стосунки?

Практичні завдання

1. Відпрацюйте вміння налагоджувати контакт у бесіді з незнайомими однолітками і людьми різного віку. Продемонструйте це вміння.

2. Для виконання практичного завдання розподіліться на групи з 3-ох осіб, у яких по черзі Ви будете виконувати такі ролі: «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор».

Клієнт і психотерапевт розігрують ситуацію, виконуючи запропоновані нижче завдання. Супервізор спостерігає за правильністю виконання завдання й після цього аналізує роботу.

Психологічна ситуація 1. До психотерапевта звернулася жінка: «Мій чоловік помер у день тринадцятиріччя сина. Після похорон син став замкненим, хоча до цієї події ділився зі мною своїми думками та враженнями. Замкнений і небалакучий він скрізь – і вдома, і в школі, і в оточенні друзів. Таке враження, що він припинив цікавитися навіть тим, що до цих трагічних подій його захоплювало. Що робити, аби він став таким, яким був?»

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт»-«Психотерапевт»-«Супервізор»:

- варіанти початку бесіди з жінкою;
- психологічний запит жінки; сформулюйте (доформулюйте та за необхідності переформулюйте) його.

Психологічна ситуація 2. Дівчина Н., учениця 8-го класу, є неформальним лідером у групі з трьох подруг. Коли до їхньої компанії намагається долучитися нова однокласниця О., Н. організовує систематичний бойкот: домовляється з

подругами не розмовляти з О., поширює про неї плітки, що та «дивна» і «прикидається», та переконує інших дівчат у класі не запрошувати О. на спільні заходи. Сама Н. при цьому ніколи не проявляє агресії відкрито й перед учителями поводиться бездоганно, тому дорослі довго не помічають прихованого цькування, а О. поступово перестає намагатися заводити нові знайомства й проводить перерви на самоті в бібліотеці.

Запитання для аналізу ситуації:

1. Чому реляційну агресію (бойкот, плітки, соціальне виключення) складніше виявити дорослим, ніж вербальний чи фізичний булінг?
2. Які ознаки в поведінці Н. вказують на маніпулятивне лідерство, а не на природну неприязнь до О.?
3. Чому «бездоганна поведінка перед учителями» є типовою стратегією ініціаторів прихованого булінгу?
4. Як діагностувати згуртованість/роз'єднаність класу, щоб виявити подібні приховані процеси (соціометрія, спостереження тощо)?
5. Які наслідки для О. можна прогнозувати, якщо вона й надалі проводитиме перерви наодинці в бібліотеці?
6. Як працювати одночасно з ініціаторкою (Н.), її «групою підтримки» та жертвою (О.), не посилюючи стигматизацію жодної зі сторін?

Тема 3. Психотерапевтичний процес

Мета вивчення теми: опанувати сутність, структуру та основні етапи психотерапевтичного процесу, особливості його організації й перебігу, а також роль психотерапевта і клієнта на кожному з етапаів психотерапевтичного процесу.

Питання для опанування теоретичного матеріалу.

Перший етап психотерапевтичного процесу: особливості першої зустрічі психотерапевта з клієнтом; види скарг клієнтів. Другий етап психотерапевтичного процесу: встановлення стосунків взаємної відповідальності; особистісні трансформації клієнта; збереження стосунків співробітництва й довіри; шість видів «перевірки довіри». Третій етап психотерапевтичного процесу: визначення цілей і пропрацьовування альтернатив; дослідження проблеми клієнта. Четвертий етап психотерапевтичного процесу: робота над поставленими цілями; вибір методів роботи. П'ятий етап психотерапевтичного процесу: нове розуміння себе клієнтом; перетворення внутрішніх змін у реальну поведінку. Шостий етап психотерапевтичного процесу: припинення психотерапії; умова успіху психотерапії. Сьомий етап психотерапевтичного процесу: оцінка результативності роботи психотерапевта.

Основні терміни й поняття: вивчення особистості клієнта, вікові особливості характеру людини, діагноз психологічний, закомплексованість людини, захист психологічний, емоційність, комплекс, конфіденційність, невроз, обсесії, толерантність, тривожність.

Перший етап психотерапевтичного процесу. Особливості першої зустрічі психотерапевта з клієнтом. Види скарг клієнтів

Перша зустріч психотерапевта з клієнтом присвячена виявленню потреби в допомозі, а також мотивації на подальшу роботу. Найбільша увага приділяється встановленню оптимальних терапевтичних стосунків, подоланню першої лінії опору. На ній повідомляються принципи побудови психотерапевтичної взаємодії.

Наприклад:

– Ви, як я зрозуміла, вперше звертаєтеся до психотерапевта.

– Так, я й раніше думала про те, що мені потрібна... така допомога, але все не наважувалася... А ось зараз зібралася.

– Я бачу, Вам було нелегко прийти сюди. І зараз Ви почуваєтесь не дуже затишно. Давайте спершу поговоримо про те, що відбувається під час психотерапії.

– Добре.

– Багато людей звертаються до психотерапевта, коли хочуть щось змінити у своєму житті. Моя роль полягає в тому, щоб разом із Вами зрозуміти, у чому полягають Ваші труднощі, знайти найкращий для Вас спосіб їх подолання й зробити щось, що змінить Ваше життя на краще. Спочатку може бути важко відкривати свій внутрішній світ незнайомій людині, але наша спільна робота – необхідна умова успіху. Я хотіла би повідомити Вам один принцип, якого дотримуються психотерапевти. Це принцип конфіденційності. Відповідно до нього, усе, що відбувається в кабінеті, лишається між нами. Я хотіла б також поговорити про обмеження цього принципу. По-перше, якщо мені знадобиться порада моїх колег, я хотіла б отримати на це Вашу згоду. Природно, при цьому не фігуруватиме Ваше ім'я або інші відомості. Таке обговорення проводиться і в моїх, і у Ваших інтересах і є нормою роботи психотерапевтів. Я хотіла би почути Ваше ставлення до цього.

– Я згодна.

– І ще. Якщо в нашій розмові з'ясується щось, що може загрожувати Вашому життю та здоров'ю або життю та здоров'ю інших людей, я визнаю своїм обов'язком задіювати також інших людей.

Для дослідження психологічного змісту проблеми клієнта нерідко використовуються стандартизовані й нестандартизовані інтерв'ю, тести (наприклад, шкала особистісної тривожності), спостереження (перш за все, за невербальною поведінкою), результати самоспостереження, специфічні прийоми для символічного опису проблеми (наприклад, направлена уява, проективні методики, рольові ігри). Ці ж методи дозволяють оцінити проміжний і кінцевий результати психотерапії.

Психотерапевтичні школи відрізняються способом бачення проблеми клієнта, уявленням про можливості її розв'язання, формулюванням цілей [4; 10; 16].

☝Для прикладу наведемо одну зі схем інтерв'ю, яка може використовуватись для збору інформації про клієнта.

1. Демографічні відомості (стать, вік, рід занять, сімейний стан).

2. Історія виникнення проблеми: коли клієнт зустрівся з проблемою, що ще відбувалося в цей час, як проблема проявляється в поведінці й на соматичному рівні, як клієнт її переживає, наскільки серйозно вона його непокоїть, яке його ставлення до неї, у якому контексті вона виявляється, чи впливають на її появу які-небудь події, чи пов'язані її прояви з конкретними людьми, чиє втручання робить її гострішою або слабшою, які її позитивні наслідки, які труднощі вона викликає, як клієнт намагався її вирішити і з яким результатом.

3. Отримання психіатричної або психологічної допомоги.

4. Освіта й рід занять (у тому числі й стосунки з однокласниками, вчителями в школі, задоволеність роботою, стосунки з колегами, найбільш стресогенні чинники в цій сфері).

5. Здоров'я (захворювання, найбільш важливі актуальні проблеми зі здоров'ям, турбота про здоров'я з боку батьків і в сім'ї, порушення сну, апетиту, використання ліків тощо).

6. Соціальний розвиток (найбільш важливі події в житті, ранні спогади, поточна життєва ситуація, розпорядок дня, робота, заняття, спілкування, хобі, цінності, вірування).

7. Сім'я, родинний стан, взаємини з протилежною статтю, секс (відомості про батьків, стосунки з ними в минулому й сьогоденні, батьківські санкції по відношенню до клієнта; які якості, на думку клієнта, він отримав від батька, матері; їхні спільні заняття, відомості про сестер і братів, їхні стосунки, кого з них клієнт любив більше/менше, кого з них більше любила матір (батько), із ким клієнтові було краще/гірше). Стосунки з протилежною статтю, причини, з яких вони переривалися. Стосунки з чоловіком/дружиною. Діти (кількість, вік). Хто ще живе разом із клієнтом. Сексуальний досвід, форми сексуальної активності.

8. Стереотипи реагування. Досліджуються на підставі спостереження за невербальною поведінкою.

Інтерв'ю, побудоване за наведеною схемою, дозволяє оцінити психологічний статус клієнта, загальну життєву ситуацію, зрозуміти характеристики проблеми, основні труднощі, з якими він стикається, мотивацію його звернення та можливості вирішення проблеми. *Не обов'язково використовувати всі позиції запропонованого інтерв'ю.* Для подальшої роботи особливо важливо зрозуміти ступінь порушення особистості, розглянути можливість органічного дефекту й переорієнтації клієнта на здобуття психіатричної допомоги. Психотерапевт обговорює з клієнтом те, чого б він хотів досягти в результаті психотерапії. Така розмова може запобігти неадекватним цілям і нереалістичним очікуванням. Вона сприяє усвідомленій побудові системи цілей, загальних стратегій психотерапевтичного консультування, при якому учасники орієнтуються на конкретний і досяжний у найближчому майбутньому результат.

☝Первинне пред'явлення клієнтом проблеми можна визначити як «скарга» [14]. Проте для подальшої роботи необхідно конкретизувати запит, який дозволяє окреслити перспективи терапії. Для прикладу наведемо найбільш типові форми скарг (їх виділення є досить умовним).

1. «Незрозуміла» скарга: «У мене все не так. Я не можу досягти того, чого хочу. Звичайно, це не завжди так. Але коли це так, я відчуваю себе нещасним». Після такої скарги хочеться запитати: «Що Ви маєте на увазі?». Скарга дійсно незрозуміла, адже можна лише здогадуватися, про що говорить клієнт. «Незрозумілі» скарги виникають, як мінімум, із двох джерел: з одного боку, через обережність і недовіру клієнта до терапевта, з іншого, клієнт сам для себе ще не сформулював проблему, і «незрозуміла» скарга – це її формулювання в першому наближенні. Звичайно, можна попросити в клієнта надати додаткову інформацію, наприклад: «Що Ви маєте на увазі, коли говорите, що буваєте нещасним?». Таку реакцію фахівця не можна кваліфікувати як неправильну. Проте така реакція психотерапевта може злякати клієнта, якщо він сприйме це як грубий поштовх, як тиск. А це може статися тоді, коли клієнт є обережним і тому дає «незрозумілу» скаргу. Якщо ж «незрозуміла» скарга є наслідком того, що клієнт лише конструює проблему, то вказана вище реакція психотерапевта може бути дуже корисною. Хоча можливий і інший варіант: клієнт таким питанням підштовхується до інтелектуалізованої позиції. У цьому варіанті він перетворюється на квазідослідника, який інтерпретує своє життя. Клієнт не переживає, а розмірковує, а значить знаходиться не в досвіді, не в емоціях.

Зважаючи на вищезазначене, однією з ефективних можливостей роботи з «незрозумілою» скаргою є повторення того, що сказав клієнт (режим психотерапевтичного дзеркала). Якщо ж клієнт представив свою скаргу абсолютно спокійно, йому можна відповісти: «І проте Ви спокійні» (або «У Вас вистачає мужності бути при цьому спокійним»). Якщо ж клієнт скаржився, ледве стримуючи плач, реакція терапевта може бути такою: «Я бачу, що Вам важко, що Ви ледь не плачете». Наведені реакції психотерапевта допомагають клієнтові бути у своїх переживаннях, а не вийти з них і розмірковувати про них. Отже, при «незрозумілій» скарзі, на наш погляд, слід діяти за таким алгоритмом: 1) заохочувати (фасилітувати) входження клієнта в емоційний процес; 2) дати можливість клієнтові самому «розгорнути» власні сенси та зміст проблеми.

2. «Безглузда» скарга. На консультацію прийшла подружня пара, і однією з їхніх скарг була така: «Ви розумієте, – говорила жінка, – ми ніяк не можемо домовитися про взаємоприйнятний час для інтимної близькості. Я йому говорю, що 22.30 – найкращий час». І далі вона логічно обґрунтовувала цей час: «Інтимна близькість до 23.00, а потім сон протягом 7-ми годин до ранку. Потім я встаю, роблю сніданок і вирушаю на роботу». Логічно?! Безумовно. Але чоловік не згоден – він так рано не лягає спати. Ця «безглузда» скарга є ні що інше, як родинний міф, який ми описали як міф «22.30». Цей міф швидко розвінчувати не лише не можна, але й дуже небезпечно. У цьому випадку смислову проблему «як бути разом?» подружжя замінило технічною проблемою «коли бути разом?».

«Безглузда» скарга (а за нею прихована, відповідно, і «безглузда» проблема) – це захисна раціоналізація, розкриття якої – не найкраща реакція психотерапевта. У той же час, за наведеною скаргою лежать статево-рольові проблеми, а саме: дружина знаходиться в симбіотичному зв'язку з матір'ю, інфантилізована й не потребує партнера. У разі «безглуздої» скарги ми ніби стикаємося зі «сліпим» клієнтом. При цьому виникає запитання, чи слід клієнтові розкривати очі? В індивідуальній і груповій психотерапії в роботі з такими скаргами, з нашого досвіду, добре зарекомендувала себе техніка метафор, що дозволяє, по-перше, відсторонено поглянути на власну ситуацію і, по-друге, з іронією поставитися до своєї проблеми. Метафора має також і інші психотерапевтичні можливості. У груповій психотерапії терапевтичними є реакції інших членів групи, коли (при правильній фасилітації) вони не дають порад, а лише відгукуються на вказану проблему одного члена групи, створюючи тим самим поліфонію «голосів» і людських сенсів. У цій ситуації механізми захисту клієнта слабшають.

3. Складена скарга. Приклад такої скарги: «У мене не все гаразд на роботі, у сім'ї – з чоловіком і дітьми, вічно зі мною що-небудь трапляється, і навіть вночі переслідують кошмари». Виникає запитання із чим саме слід працювати психотерапевтові?

Складена скарга – це один із різновидів «незрозумілої» скарги. Реакції психотерапевта за типом з'ясування «Що у Вас із чоловіком?», «Що у Вас із начальником?» тощо є малоефективними. Є три можливі варіанти роботи зі складеною скаргою, а саме: 1) застосувати рефлексію, при якій слід відобразити те, що говорить клієнт (техніка повтору, узагальнення, парафраза тощо); 2) «почути», на яку частину складеної скарги клієнт дає емоційні відгуки, і відреагувати саме на неї; 3) відреагувати на емоційний стан клієнта, ніби пропустивши зміст проблеми (техніка емпатійної відповіді).

4. «Складна» скарга. Приклад: «Ви знаєте, у мене син 14-ти років, і стосунки з ним дуже погані. Син не слухається ні мене, ні батька. Трапляється так, що він не ночує вдома». Тут клієнтка ніби перевіряє терапевта першою скаргою. А потім, повіривши йому, розповідає про свою сокровенну проблему: «Ви знаєте, я остаточно заплуталася. У мене є кохана людина, і є чоловік. Чоловіка я не люблю, але він батько моєї дитини й може добре мене забезпечити, чого не може зробити мій коханий». Жінка вперше плаче. Вочевидь, що будь-яка перша скарга може бути «пробною кулею». Тому не слід одразу допомагати й глибоко, «із головою» занурюватися в першу запропоновану клієнтом проблему. Слід слухати, що насправді говорить клієнт, що він насправді переживає.

5. Скарга з прихованим змістом. Сутність такої скарги полягає в неспівпадінні явного та прихованого змісту. Наприклад, чоловік говорить: «Адже це неправильно, що дружина дві години вкладає дев'ятимісячну дитину

спати, малюк має бути самостійним». За цим змістом лежить прихована скарга: «Я ревную дружину до дитини, приходжу втомлений додому після роботи й вимушений сам сидіти на кухні та чекати, поки не звільниться дружина». Прихований зміст може слабо усвідомлюватися клієнтом. Навряд чи має сенс одразу ж переводити прихований зміст проблеми в явний. Слід урахувати той факт, чи хоче про це говорити клієнт, чи довіряє він психотерапевтові. Якщо ж прихований зміст не усвідомлюється клієнтом, не завжди слід його прояснювати. Терпіння фахівця, готовність чекати – це його важливі якості. Наприклад, психотерапевт може відреагувати так: «Я відчуваю, що Вам важко говорити про це», або «Я чую, що Ви говорите (якщо клієнт усвідомлює прихований зміст скарги). Можлива й інша реакція фахівця (особливо якщо прихований зміст не усвідомлюється клієнтом) – психотерапевт реагує на емоцію, що переживається клієнтом, а не на вербально виражений зміст скарги. Наприклад: «Я чую, що Ви знервовані через дружину, відчуваєте себе ображеним». Це реакція психотерапевта – запрошення клієнтові увійти до власних переживань. Часто виявляється, що клієнт до інтерв'ю мав один план скарги, під час інтерв'ю цей план порушується, і клієнт говорить зовсім не те, що планував.

6. «Хитра» скарга. Цей вид скарги має прихований зміст. При цьому явний її зміст має на меті «заплутати» психотерапевта й домогтися свого. Наприклад, жінка має проблеми із серцем (напади кардіалгії, дихальний дискомфорт тощо). Декілька років вона лікується в терапевтів (діагноз «вегето-судинна дистонія»), але безуспішно. Виявляється, що вона ревнує свого чоловіка, і хвороба серця – прекрасний спосіб контролювати його вільний час: він проводжає дружину на роботу й зустрічає з роботи. *У чоловіка виражений психастенічний радикал особистості,* і тому моральні норми є важливими регуляторами його поведінки. Цим дружина й маніпулює, адже «покинути хворого недобре». Очевидно, що вона прийшла не з метою позбавитися «хвороби серця», а навпаки, за підтвердженням серйозності цієї хвороби та її невиліковності (прихований запит – «Скажіть чоловікові, що я серйозно хвора»). У такому випадку також слід бути терплячим (хоча деколи буває ефективним і метод конфронтації: «У Вас немає іншого способу бути потрібною чоловікові?!») і заглиблювати процес переживання.

7. Скарга на іншого. Наприклад: «Мені дуже важко... (жінка плаче) на роботі... Я не можу порозумітися з директором. Він дуже важка й нерозумна людина, робота його абсолютно не цікавить...». За умови такого формулювання скарги до терапевта має звернутися директор. Клієнт же може бути неготовим до змін. Це досить важкий випадок для психотерапії. Як правило, у скарзі міститься запит. Проте цей запит може бути не експлікований, чітко не визначений. У цьому випадку слід провести особливу роботу по виявленню запиту клієнта та

усвідомленню його самим клієнтом. Запит може бути «фасадним», за яким ховається справжня проблема. У той же час, із ряду причин клієнт не формулює цей дійсний запит. *Нарешті, можлива ситуація, у якій дійсний запит на психотерапевтичну допомогу відсутній.* Психотерапевт разом із клієнтом прояснює, чи виражає запит усю проблему або її частину, довизначає його. Клієнт: «Я дуже втомлююся на роботі. Вона перестала мене цікавити, здається нудною та одноманітною. Мене заїдає ця рутина, все, що я роблю, не потрібно нікому, і мені в тому числі. Але я не знаю, чи можу я щось змінити». Психотерапевт: «Ви не задоволені своєю роботою, тому що вона здається Вам нудною. Вам не вдається знайти сенс у Вашій діяльності. Давайте постараємося зрозуміти Ваші найбільш важливі, глибинні потреби та поглянути, як вони пов'язані з роботою». Психотерапевт допомагає клієнтові кваліфікувати запит, визначає особливості психотерапевтичної допомоги.

Другий етап психотерапевтичного процесу. Встановлення стосунків взаємної відповідальності. Особистісні трансформації клієнта. Збереження взаємин співробітництва й довіри. Шість видів «перевірки довіри».

Другий етап присвячений встановленню стосунків. Учасники психотерапевтичного процесу домовляються про співпрацю, психотерапевт змальовує модель психотерапії.

Нерідко клієнт намагається запропонувати психотерапевтові роль доктора, який потребує лише детальної інформації для правильного діагнозу та хорошої поради. Тому найважливіший момент цього етапу – встановлення стосунків взаємної відповідальності. Успіх психотерапії багато в чому залежить від того, наскільки активно клієнт включається в роботу та приймає відповідальність за отриманий результат. Психотерапевтові важливо знайти потрібний фарватер між Сціллою пасивності та Харибдою контролю дій і думок клієнта, пройти через небезпечні «рифи» опору.

У процесі психотерапії відбуваються певні особистісні трансформації, і задача психотерапевта – обговорити цю перспективу з клієнтом. Адже його свідомо чи несвідомо може лякати можливість розставання з якими-небудь звичками, непродуктивними, але давно встановленими стосунками й навіть хворобливими переживаннями. Особливості психотерапевтичних взаємин, ступінь саморозкриття психотерапевта істотно відрізняються залежно від напряму, проте зберігаються загальні їх особливості, а саме: висловлення підтримки, прийняття та інтерес до клієнта. Оскільки необхідною умовою роботи є співпраця, психотерапевт враховує установки, очікування, стиль спілкування з клієнтом [8; 18].

Клієнтові важливо відчути, що він може відкрито виражати свої переживання, висловлювати побоювання, і вони будуть прийняті. Клієнтка: «Я намагаюся налагодити свої взаємини із сином, але він відштовхує мене. Дуже важко, коли діти не розуміють і не поважають батьків. Я прагну не обтяжувати сина домашніми обов'язками, але навіть на мої рідкі прохання він відповідає грубо. Мені важко навіть заговорити з ним, він весь у собі». Психотерапевт: «Вам важко через те, що Ви не знаходите спільної мови з сином». У цій відповіді психотерапевт відобразив почуття клієнтки й показав, чого їй бракує: «...не знаходите». У результаті клієнтка отримує орієнтацію на те, із чим вона працюватиме, і приймає відповідальність за результат.

Збереження стосунків співпраці та довіри важливе для подальших етапів психотерапії. У різних школах формуються різні моделі взаємин її учасників. Учений К. Роджерс говорить про емпатію та необхідність іти за клієнтом для того, аби не втягувати його в процес, а слідувати тій інтенсивності, яка задається самим клієнтом. У психотерапії клієнт проходить через самоконфронтацію, для якої потрібний великий запас міцності терапевтичних стосунків. Висловлюючись у термінах психоаналізу, глибока регресія повинна співвідноситися з терапевтичним альянсом. Він потрібний як острівець стабільності у важкі періоди психотерапії.

Загальновизнаним є той факт, що клієнт ніби потребує постійної перевірки того, чи можна довіряти психотерапевтові. Типові запитання й вислови клієнтів групуються у *шість видів «перевірки довіри».* Охарактеризуємо кожен із них.

1) Клієнт може з'ясовувати, чи здатний психотерапевт його зрозуміти, запитуючи: «А Ви самі одружені?». Психотерапевт може відповісти: «Так, я одружений. Для Вас це означає, що я можу Вас краще зрозуміти?».

2) Клієнт ділиться яким-небудь секретом із психотерапевтом, ніби з'ясовуючи, чи безпечним буде саморозкриття. І хоча ця інформація значима для клієнта, вона, як правило, не пов'язана з проблемою, а служить для з'ясування того, наскільки можна довіряти психотерапевтові. Клієнт може розповісти про себе щось непристойне й додати: «Цього не знає ніхто з моїх близьких і друзів». Йому важливо побачити прийняття, серйозне ставлення до нього та почути підтвердження принципу конфіденційності.

3) Клієнт може перевіряти надійність психотерапевта, попросивши його про що-небудь, наприклад, принести книгу. Виконання обіцянки або обґрунтована відмова в нереальному проханні сприяє збереженню стосунків довіри.

4) Часто клієнт перевіряє здатність психотерапевта прийняти його таким, яким він є, повідомляючи про себе негативну інформацію: «Я знаходжуся на утриманні в чоловіка та не хочу працювати». Вираження відтінку оцінки,

виправдання або звинувачення руйнує фундамент психотерапевтичних стосунків.

5) Клієнт може з'ясовувати міцність стосунків, перевіряючи кордон встановленого, припустимого, наприклад, спізнюючись. Він як дитина відчуває себе спокійніше в умовах збереження встановлених кордонів. Тому психотерапевт не залишає ці дії без уваги, відзначає їх і демонструє стійкість взаємин.

6) Клієнт потребує підтвердження того, що психотерапевт дійсно особистісно включений у процес, ставлячи приблизно такі запитання: «Як Ви пам'ятаєте про все, що говорилося? Ви робите записи?»; «Ви напевно втомлюєтеся від таких клієнтів, як я?»; «Як у Вас вистачає на це сил?»; «Ви дійсно піклуєтеся про мене або сидите тут лише за службовим обов'язком?». Найкраще, що в цьому випадку робить психотерапевт, – виражає щирий особистісний інтерес до клієнта. Довіру можна відчувати до людини, яка, перш за все, вірить собі. Тому неконгруентність психотерапевта, сприйнята клієнтом свідомо чи несвідомо, одразу руйнує контакт. Щонайменша тріщина в контакті може служити джерелом проекцій. Неконгруентний клієнт не довіряє психотерапевтові та закривається сам. Фахівець, у свою чергу, бачить ворожого клієнта, який захищається та чинить опір. Якщо ж клієнт відчуває у своєму партнерові конгруентність, енергію, автентичність, у нього з'являється віра в успіх.

Про встановлення ефективних терапевтичних стосунків можна судити з того, наскільки клієнт і психотерапевт готові до саморозкриття, можуть обговорювати труднощі в терапевтичному процесі загалом і в їхньому спілкуванні зокрема. Якщо клієнт реально включений у процес, прагне працювати, відкритий, говорить, що психотерапевт правильно розуміє його почуття, а психотерапевт не відчуває напруження при саморозкритті, використанні конфронтації та інших прийомів, можна переходити до наступного етапу роботи.

Третій етап психотерапевтичного процесу. Визначення цілей і пропрацьовування альтернатив. Дослідження проблеми клієнта.

На третьому етапі відбувається визначення цілей і відпрацювання альтернатив. Фахівець обґрунтовує психотерапевтичну стратегію, намічає її основні віхи та компоненти. Вибір стратегії визначається підготовкою психотерапевта, особливостями особистості клієнта, характеристиками проблеми. Клієнт освоює психотерапевтичну метафору запропонованого напряму; знайомиться з основними характеристиками підходу, у тому числі й із негативними переживаннями, пов'язаними з труднощами; приймає свою роль як

клієнта; бере участь у виборі мети терапії. Він включається в роботу як активний учасник, починаючи з вибору певного психотерапевтичного напряму або психотерапевта. Важливо, аби наростання його активності й відповідальності продовжувалося протягом усього процесу роботи. Вербально або невербально клієнт виражає свої побажання. Психотерапевт враховує його установки, узгоджує їх зі своїм методичним арсеналом, адекватно реагуючи при цьому на маніпулятивну поведінку. Активна, усвідомлена участь клієнта в психотерапії є каталізатором її успіху [18].

Робота з психологічною проблемою клієнта починається з її дослідження. Слід відрізняти його від розпитування про факти, деталі подій, можливі підстави й причини, які провокують непродуктивний опір. Дослідження передбачає вираження, прийняття та усвідомлення клієнтом неусвідомлених емоцій.

Для вираження емоцій різні школи використовують широкий спектр психотерапевтичних прийомів, а саме: робота з трансфером (психоаналіз), тілесна техніка (тілесно-орієнтовані види терапії), метод двох стільців (гештальт-терапія), психодраматичне розігрування (психодрама) тощо. У будь-якому випадку вираження почуттів дає катарсичний ефект, знижуючи напруження.

Клієнт визнає витіснені раніше почуття. Такий ефект досягається, перш за все, завдяки тому, що ці почуття прийняв психотерапевт. Клієнт усвідомлює можливість управляти своїми почуттями, не витісняючи, а переживаючи їх. Таким чином, на глибинному рівні він отримує досвід викликання та припинення емоцій без їхнього придушення. Слід однак додати, що вираження почуттів не завжди є оптимальним методом. Наприклад, він мало придатний для роботи з депресивними клієнтами. Надто фрустрований клієнт може чинити сильний опір пожвавленню травматичних переживань і не досягне катарсису.

Проте, описуючи загальну стратегію, можна сказати, що звільнення від напруження сприяє яснішому розумінню себе, знаходженню конструктивніших форм вирішення проблеми. Наприклад, виразивши пригнічене роздратування на дружину, клієнт навчається висловлювати незадоволеність специфічно, у зв’язку з умовами конкретної ситуації, та конструктивно. Тому наступним важливим кроком є перехід від вираження почуттів до їхнього розуміння. Наприклад, клієнт усвідомлює, що будував своє життя як «хороший хлопчик» для того, щоб заслужити любов батьків; він розуміє марність своїх спроб самоствердж уватися за рахунок постійного прагнення до досягнень. Або клієнтка розуміє, що її невдачі у стосунках із чоловіками спричинені інфантильним страхом залишитися одній. Таким чином, фокус у роботі зміщується з переживання на усвідомлення й інтеграцію досвіду.

У цьому процесі клієнт стикається з Alter-ego – невизнаними, неусвідомленими частинами своєї особистості. Для опису цього важливого кроку використовуються такі поняття, як «інсайт» (психоаналіз, психодрама) та «усвідомлення» (гештальт-терапія). Його сенс зводиться до досягнення яснішого розуміння відчуттів, установок, частин особистості.

Поняття інсайту має тривалу історію та різноманітні тлумачення. Під ним розумілося й виявлення причин виникнення симптому в результаті інтерпретації, і пояснення зв'язку минулих переживань та фантазій із поточними конфліктами, і емоційний відгук на з'ясування цього зв'язку, і миттєве осяяння при розумінні глибинного рівня переживання. Розрізняються інтелектуальний та емоційний інсайт. Багато теоретиків підкреслює необхідність досягнення останнього для реальних змін у житті клієнта. Є й інші точки зору серед представників когнітивної орієнтації, відповідно до яких саме по собі розуміння неадаптивності, помилковості установок спричиняє їхню корекцію та зміну поведінки. Емоційний інсайт веде до глибших змін, проте вимагає великих зусиль із боку учасників психотерапевтичного процесу.

Терапевтична орієнтація на зміну поведінки більш специфічна та симптоматична. Тому напрями, що орієнтуються на зняття симптому, не включають інсайт як необхідний елемент психотерапії. Різні школи по-різному формулюють мету роботи. У результаті психотерапії клієнт може змінити свій життєвий стиль на більш адаптивний (індивідуальна психологія), визнати раніше заперечувальні частини особистості (гештальт-терапія), скорегувати неадаптивні думки (когнітивна психотерапія), досягти трансформації (аналітична психологія), сформувати творчий підхід до життя й довіру до мудрості Самозвеличення (гуманістична психологія). Стратегії досягнення цих цілей також різні. Це проходження через травматичний досвід у безпечних умовах психотерапії, робота з тілом, навчання новим навичкам і вмінням. Психотерапевт може фокусуватися на минулому, сьогоденні або майбутньому; на роботі з емоціями, образами, думками або з поведінкою.

Четвертий етап психотерапевтичного процесу – робота над поставленими цілями. Вибір методів роботи.

Четвертий етап є роботою над поставленими цілями. Прийнята для роботи теоретична модель структурує для психотерапевта його бачення психологічної реальності й визначає вибір методів. Гнучко та продуктивно організовуючи свою картину світу, психотерапевт породжує унікальну стратегію взаємодії з конкретним клієнтом, орієнтуючись на характеристики проблеми, особистісні особливості й ресурси клієнта (фінансові, часові, особистісні), роль його найближчого оточення. Наприклад, досить скрутна індивідуальна

психотерапія з проблеми залежності з клієнтом, дружина якого прийняла роль материнської фігури [3].

Характер проблеми визначає вибір методів роботи. Наприклад, труднощі в спілкуванні можуть бути пов'язані, перш за все, із відсутністю необхідних комунікативних навичок. У цьому випадку застосовується техніка розігрування ролі. Проте та ж проблема може бути описана через поняття комплексу неповноцінності й соціального інтересу. Тоді психотерапевт разом із клієнтом досліджує його життєвий стиль, апперцептивні схеми, переважно задіючи когнітивну сферу. Якщо ж проблема виражається на афективному рівні, пов'язана з травматичним інфантильним досвідом, найбільш ефективними виявляться катарсичні техніки, наприклад, психодрама.

Фобічний розлад можна зняти методом систематичної десенсибілізації, але загальна тривога, що виявляється в схожій симптоматиці, може потребувати психоаналітичної роботи.

У той же час, для вирішення однієї проблеми з успіхом можуть бути використані різні процедури й методи. Наприклад, при лікуванні депресії використовують техніку логотерапії, роботу з образами, когнітивне переструктурування, емпатійне слухання та ін.

При виборі стратегії терапевтичної роботи багато що залежить від можливостей особистості клієнта. Наприклад, психодрама спирається на творчий потенціал, спонтанність клієнта, які буває важко викликати через глуху стіну психологічного захисту. Когнітивний підхід вимагає схильності до раціонального аналізу. Для участі в психодинамічній психотерапії клієнт має бути здатним до регресії та самоспостереження з позицій раціонального Его. Сильна травматизація може ускладнювати виконання правила абстиненції в психоаналізі. Залежно від індивідуальних особливостей клієнта для зняття стресу психотерапевт може застосувати релаксаційний тренінг, техніку роботи з образами або когнітивне переструктурування. Проблема клієнта не має однієї проекції, вона виявляється на всіх рівнях, тому її віднесення до конкретного рівня залежить від теоретичної рамки, яку використовує психотерапевт, і, відповідно, різні методи можуть мати різну ефективність.

П'ятий етап психотерапевтичного процесу. Нове розуміння себе клієнтом. Перетворення внутрішніх змін у реальну поведінку.

На п'ятому етапі після фази, у ході якої клієнт отримує нове розуміння себе, ставиться мета втілення внутрішніх змін у реальну поведінку. У деяких видах психотерапії цей етап ніби винесений за її межі (наприклад, у психоаналізі), в інших на ньому робиться основний акцент (наприклад, у біхевіоральній психотерапії). На цьому етапі клієнт освоює нові поведінкові

зразки, набуває здатності діяти спонтанно, на основі адаптивних когнітивних стратегій, відповідно до власних внутрішніх потреб.

Шостий етап психотерапевтичного процесу. Припинення психотерапії. Умова успіху психотерапії.

Шостий етап визначається досягненням рівноваги між різними чинниками, а саме: потребою в зміні, лікувальною мотивацією, психотерапевтичною фрустрацією, вартістю психотерапії тощо. Перш ніж прийняти рішення про припинення лікування, необхідно оцінити отриманий результат у якісних і кількісних характеристиках. Психотерапевт говорить із клієнтом про те, чи зникли симптоми, які непокоїли його на початку психотерапії, чи став він краще почуватися, чи змінилося його самосприйняття та взаємини з оточуючими, його ставлення до важливих життєвих цілей, чи зможе клієнт здійснювати самопідтримку без психотерапії [14].

Деякі терапевти пропонують клієнтові відзначити в списку тверджень ті, що характеризують його ситуацію, а саме:

– я багато отримав від психотерапії та відчуваю себе задовільно;

– я починаю думати про те, аби залишити психотерапію;

– мої друзі та сім’я хочуть, щоб я припинив психотерапію;

– я (або мій психотерапевт) не можу продовжувати роботу через зовнішні обставини;

– у мене й психотерапевта не виходить працювати разом;

– я думаю, що отримав усе, що міг, від роботи з цим психотерапевтом;

– я думаю, що я отримав велику частину того, чого хотів, і мені здається непотрібним продовження лікування;

– мій психотерапевт сказав, що я повинен думати про припинення психотерапії;

– у мене немає часу або грошей для продовження лікування тощо;

Психотерапевт поважає бажання клієнта, якими б вони не були, проте його завдання – розібратися, чи дійсно він прийняв рішення про припинення психотерапії або лише шукає для нього підстави.

Висловлений клієнтом намір може бути обумовлений випадковими зовнішніми обставинами, впливом інших людей, опором, трансфером, контртрансфером, тому важливо досліджувати підстави його виникнення. Так, якщо сеанси стають беззмістовними, клієнт втомлюється, стає неуважним, забуває про домашні завдання, говорить, що хотів би припинити психотерапію, це може бути проявом опору, який необхідно пропрацювати, обговоривши з клієнтом його прояви та мотив. Завершення психотерапії – тривалий процес, який може продовжуватись більше місяця, якщо сама психотерапія тривала близько року. Особливу увагу йому приділяють представники шкіл, де взаємини

учасників психотерапії розглядаються як важливий терапевтичний чинник (наприклад, психоаналітики).

Однією з умов успіху психотерапії є обговорення її меж (хай і в найзагальнішому вигляді) на початковій стадії лікування. Вони мають бути узгоджені не в часовому вимірі, а в змістовному. Уже на перших сеансах обговорюються підстави, виробляються критерії для прийняття рішення про закінчення лікування. Клієнта попереджають про складну динаміку психотерапії, труднощі, з якими він може зустрітися, чим знижується вірогідність дострокового припинення лікування. Ефективні взаємини в ході роботи перешкоджають залежності від терапевта. Фокусування на проміжних результатах також готує учасників терапії до зваженого й обґрунтованого рішення. У завершальній фазі з'ясовується, що змінилося в ході психотерапії, у яких аспектах. Якщо в чомусь зміни не досягнуті, виясняються причини. Обговорюється, яким чином має здійснюватися перенесення досягнутого в психотерапії на дії та стосунки поза нею.

Психотерапія припиняється, якщо клієнт досяг незалежності, приймає відповідальність за свої проблеми, бачить їх і може розв'язувати без професійної допомоги психотерапевта.

Сьомий етап психотерапевтичного процесу. Оцінка результативності роботи психотерапевта.

Останнім, сьомим етапом слід виділити *оцінку ефективності психотерапії*. Через складність фіксації досягнутого результату існує велике різноманіття поглядів на критерії ефективності психотерапії. Такими критеріями вважалося і зникнення симптому, і позитивні зміни в житті клієнта за межами психотерапії, і задоволеність клієнта, і думка психотерапевта, і показники тестування [2; 9].

Невизначеність критеріїв дає привід для сумнівів у ефективності психотерапевтичного втручання. Відомий психолог Г. Айзенк провів дослідження поліпшення стану невротичних пацієнтів у двох групах. В одній групі клієнти проходили психотерапію, у іншій – психотерапевтична робота не проводилася. У результаті роботи було виявлено, що в житті двох третин досліджуваних обох груп протягом двох років сталися позитивні зміни. Проте інші автори критикували Г. Айзенка за те, що він не врахував специфіки змін у кожному випадку, що зробило його висновки недостатньо обґрунтованими. В інших дослідженнях показано, що люди, які проходили психотерапію, виражають велику задоволеність змінами. Суперечливими й неоднозначними є також відомості різних досліджень про пролонгований ефект психотерапії.

Дослідження в психотерапії має свою специфіку. Воно відрізняється від експерименту й за цілями, і за методологією, і за методами. Експериментальне

дослідження направлене на підтвердження гіпотези, а дослідження в психотерапії має на меті вибір оптимального способу взаємодії з клієнтом. Психотерапевт не нагромаджує дані, які потім «упроваджує» в практику, а працює безпосередньо в цій практиці. Дослідження змін, досягнутих у результаті психотерапії, передбачає відповідь на три запитання:

– чи змінився клієнт під час проведення психотерапії?

– чи стали ці зміни результатом психотерапії?

– чи є ці зміни достатніми для поліпшення функціонування клієнта?

Диференціювання відповіді на перше й друге запитання визначається тим, що зміни можуть викликатися не лише власне терапевтичними, але й позатерапевтичними чинниками, а саме: впливом психотерапевта (його довірою, підтримкою), самоаналізом, очікуваннями клієнта, процедурою дослідження тощо. Відповідь на третє запитання дозволяє прийняти правильне рішення про припинення психотерапії.

☝Для оцінки результативності роботи психотерапевта використовуються різні методичні засоби. Охарактеризуємо їх.

1. Інтерв'ю. Дозволяє дослідити, чого досяг учасник психотерапії на підставі його відповідей на відкриті запитання. Вони будуються так, щоб досягти кількісної та якісної визначеності у відповідях. Про зміни відносно проблеми можуть свідчити також зафіксовані частини психотерапевтичної процедури. Інтерв'ю – гнучкий інструмент, що не вимагає значних зусиль із боку дослідника і дозволяє отримати різноманітні кількісні та якісні відомості.

2. Самоспостереження. Це процес спостереження й фіксації окремих аспектів поведінки. Перевага методу полягає в тому, що збір даних здійснюється за межами психотерапевтичного кабінету, у природних умовах. Отримані таким чином відомості більшою мірою відображають цілі психотерапії. При цьому важливо правильно визначити спостережувані аспекти поведінки. Цей метод також часто використовується на початкових етапах для прояснення проблеми.

Найбільш широке вживання метод самоспостереження знайшов у біхевіоральній психотерапії. До його недоліків слід віднести трудомісткість для клієнтів, які не завжди виявляються досить послідовними й наполегливими. Проблемою залишається також точність фіксації. Її намагаються вирішити за допомогою детальної структуризації спостереження, виділення ясних критеріїв і аспектів поведінки, навчання цій процедурі. При точному виділенні проблемної поведінки можна отримувати кількісні показники, що дозволяють фіксувати динаміку психотерапії в графіках, діаграмах тощо.

При використанні цього методу слід враховувати, що він сам може викликати зміни, тому важко диференціювати, що саме – психотерапія або

вимірювальна процедура – вплинуло на результат. Метод самоспостереження більшою мірою, ніж інші викликає артефакти: його використання може зробити клієнта більш усвідомленим, а може посилити тривогу. Тому обговорення отриманих даних включається в терапевтичну процедуру.

3. Самооцінка. Передбачає кількісну оцінку вираженості проблеми. Метод легкий у використанні, індивідуалізований для конкретного клієнта. Проте він не позбавлений указаних вище недоліків, отримані відомості можуть бути викривленими через ефекти впливу очікувань і соціальної бажаності.

4. Опитувальники. Можуть більше фокусуватися на окремих проблемах (наприклад, тривожності), а можуть бути більш узагальненими (наприклад, MMPI). Використання цього методу не викликає труднощів ні на етапі збору даних, ні на етапі їхнього аналізу й інтерпретації. Опитувальники, як правило, мають стандартизовані й валідизовані норми. Проте така уніфікованість обертається нечутливістю до конкретної проблеми.

5. Рольова гра. Також може використовуватися при вивченні ефективності психотерапії. Клієнт програє ситуацію, у якій виявляється проблема, а потім оцінюється її вираженість у невербальній і вербальній поведінці. При цьому часто застосовується відеозапис. Оцінка проводиться за декількома параметрами, релевантними проблемі. Її можуть виробляти незалежні експерти, психотерапевт, клієнт. Перевага методу полягає в наближенні до природних умов, різноманітті спостережуваних і оцінюваних аспектів. Проте це наближення не абсолютне: дії деяких клієнтів у ситуації рольової гри й у звичайних умовах можуть істотно відрізнятися. Крім того, цю процедуру важко валідизувати. Дослідник стикається також із проблемою неможливості стандартизації поведінки партнерів клієнта по рольовій грі.

6. Робота з образами. Представляє специфічний метод оцінки сприйняття клієнтом проблеми до, під час і після психотерапії. Процедура виглядає таким чином: клієнтові пропонується розслабитися, закрити очі, уявити проблемну ситуацію й зосередитися на відчуттях, які асоціюються з нею, для того, щоб максимально повно пригадати всі деталі, пов’язані з проблемою. Потім психотерапевт проводить аналіз описів. Наприклад, за допомогою контент-аналізу оцінюється кількість слів, що відображають тривогу. Можна запропонувати клієнтові оцінити вираженість проблеми за 100-бальною шкалою. Можна виробити ранжирування описів декількох сцен. Перша сцена оцінюється як нейтральна й приймається за 0 балів, подальші фіксують різні рівні вираженості проблеми аж до 100 балів. Психотерапія вважається успішною, якщо клієнт відзначає низькі показники для пізніших сцен. Цей цікавий метод може бути легко включений у психотерапевтичний процес, він поєднується з

іншими методами й максимально наближений до індивідуальної системи сприйняття клієнта.

7. Вимірювання фізіологічних показників. Застосовується для дослідження результатів лікування фобій і тривоги, психосоматичних порушень (гіпертонії), сексуальних розладів. За наявності апаратури цей метод легкий для застосування. Результати виявляються стандартними й можливими для порівняння. Проте при використанні цього методу важко усунути вплив самої процедури на результат. До його недоліків слід віднести й те, що він диференціює не всі зміни.

Результати, отримані за допомогою охарактеризованих вище методів, можуть бути доповнені експертними оцінками, відомостями спостереження інших людей (наприклад, батьків). При їх використанні важливо правильно вирішувати методичні й етичні проблеми. Вибір методу визначається його релевантністю проблемі та поставленим цілям. Проведення дослідження важливе як для фахівця, так і для клієнта. Воно дозволяє зрозуміти, що відбувається в процесі психотерапії, які прийоми й методи є ефективними. Результати, що свідчать про зміни, вселяють в учасників психотерапії надію на успіх.

Для отримання об'єктивних даних клієнтові слід обґрунтувати цілі дослідження, підкреслити необхідність здобуття зворотного зв'язку. Вимірювання може проводитися на початку психотерапії, у її процесі, після завершення й через деякий час після цього. Динаміка процесу психотерапії складна й неоднозначна, дослідження дає можливість ясніше розуміти, контролювати й управляти нею. Для здобуття повнішої картини використовують декілька методів, поєднуючи їх переваги та нівелюючи недоліки.

? *Питання для самоконтролю*

1. Назвіть особливості першої зустрічі психотерапевта з клієнтом.
2. Охарактеризуйте найтиповіші види скарг клієнтів.
3. У чому полягають особливості «скарги з прихованим змістом»?
4. У чому полягає основне завдання другого етапу психотерапії?
5. Із чого можна судити про встановлення ефективних терапевтичних стосунків?
6. Як досліджується проблема клієнта на третьому етапі психотерапії?
7. Що визначає вибір методів роботи на четвертому етапі психотерапії?
8. Коли припиняється психотерапія?
9. Які засоби використовуються для оцінки результативності роботи психотерапевта?

Практичні завдання

Для виконання практичного завдання розподіліться на групи з 3-ох осіб, у яких по черзі ви будете виконувати такі ролі: «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор».

Клієнт і психотерапевт розігрують ситуацію, виконуючи запропоновані нижче завдання. Супервізор спостерігає за правильністю виконання завдання і після цього аналізує роботу.

Психологічна ситуація 1. До психолога прийшла мати учениці, яка навчається в 10-му класі й попросила допомогти. Вона розповіла, що її дочка до 6–7-го класу була веселою, активною дівчиною, добре навчалась у школі, любила спілкуватися з дітьми й однокласниками, багато часу витрачала на участь у позакласній роботі, відвідувала гуртки, шкільні заходи. Зараз вона зовсім змінилась. Замкнулась, перестала спілкуватись із друзями, ніяковіє в присутності чужих людей; стала гірше навчатись. Весь вільний час проводить у своїй кімнаті: шиє, в'яже, малює. Про жодні гуртки та студії навіть чути не хоче. Прискіпливо ставиться до своєї зовнішності. Живе власним досить напруженим життям, яке іноді проявляється в нервових репліках і пригніченому настрої. На відкриту розмову не погоджується. Як повернути доньку до нормального життя? Що з нею відбувається?

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт»-«Психотерапевт»-«Супервізор» такі питання:

- Про що доцільно розпитати маму учениці?
- Яким є психологічний аналіз запиту клієнтки?
- Як правильно переформулювати запит клієнтки?

Психологічна ситуація 2. Учениця Т., 6-й клас, раніше була однією з найактивніших на уроках, проте останні два місяці стала мовчазною й неуважною. Вчителі помітили, що вона часто спізнюється, а одного разу вчителька випадково побачила синець на її руці, який дівчинка поспішно прикрила рукавом. На запитання про сімейну ситуацію Т. напружується і швидко змінює тему, а в щоденнику є кілька записів про «сварки вдома», зроблених нехарактерним для неї нервовим почерком.

Запитання для аналізу ситуації:

1. Які поведінкові та фізичні ознаки в цій ситуації є сигналами тривоги для педагога?
2. Чому Т. приховує синець і уникає розмови про сімейну ситуацію? Про що це свідчить щодо довіри до дорослих?
3. Які дії вчителя є першочерговими, а яких категорично слід уникати (наприклад, прямий тиск чи публічні запитання)?

4. Яка законодавча процедура (повідомлення служб у справах дітей, психолога, адміністрації) має бути запущена в подібному випадку?

5. Як розмежувати одноразовий випадок і систематичну проблему в сім'ї на основі наявних спостережень?

6. Як побудувати бесіду з дитиною, щоб не нашкодити і водночас отримати достатньо інформації для ухвалення рішення?

Розділ ІІ. Види психотерапії

Тема 4. Психодинамічна психотерапія

Мета вивчення теми: вивчити теоретичні засади, основні поняття та принципи психодинамічної психотерапії, особливості її діагностичного й терапевтичного процесу, а також особливості її діагностичного, терапевтичного й завершального етапів.

Питання для опанування теоретичного матеріалу.

Історія розвитку психодинамічної терапії. Фокус психодинамічної психотерапії. Психодинамічний діагноз. Організація психодинамічної терапії. Основні принципи психодинамічної психотерапії. Техніка психодинамічної психотерапії. Короткострокова психодинамічна психотерапія. Завершення психодинамічної психотерапії.

Основні терміни й поняття: анамнез, аніма, анімус, діагноз психологічний, захисні механізми, захист психологічний, етіологія, інсайт, істеричність, комплекс, комплекс неповноцінності, контр перенесення, невротична тривога, несвідоме, перенос, потяг, психоаналіз, тривога.

Історія розвитку психодинамічної терапії

Термін «психодинаміка» був уведений у 1918-му році Робертом Вудвортсом (1869–1962 рр.), американським психологом, одним із творців функціональної психології в США, проте у сучасній психології зміст цього поняття в основному визначається психоаналітичними концепціями й індивідуальною психологією А. Адлера. Відповідно до визначення, у центрі психодинамічного підходу знаходяться питання, пов'язані з динамічними аспектами психіки, тобто мотивами, бажаннями, прагненнями, внутрішніми конфліктами (протиріччями), існування та розвиток яких забезпечує функціонування й розвиток особистісного «Я».

Згідно з положеннями психодинамічного підходу, психічне життя людини – це тільки поверхня, під якою лежить величезна, як у айсберга, основа – несвідоме, що «живе» конфліктами, боротьбою внутрішніх сил. Завдання психотерапевта – допомогти клієнту зрозуміти цю динаміку, усвідомити власне несвідоме.

Визначальним у розумінні природи людини та її хвороб є те, що всі психічні феномени – це результат взаємодії та боротьби інтрапсихічних сил. У відповідності з теорією конфлікту інстинктів З. Фройд описав основні сили в цій боротьбі, які беруть участь у виникненні неврозів: «Людина захворює внаслідок інтрапсихічного конфлікту між вимогами інстинктивного життя й опором». Етіологію неврозів він вважав сексуальною за природою.

Оскільки З. Фройд та інші послідовники психодинамічного підходу були лікарями, природно, що люди, які зверталися до них по допомогу (лікування), були їхніми пацієнтами. Термін «пацієнт» і сьогодні вживається в науковому обігу при описі психодинамічних процесів.

Психодинамічна психотерапія – ряд напрямів психоаналітично орієнтованої терапії, що вивчає вплив минулого досвіду на формування певної повторюваної манери поведінки. Психодинамічна психотерапія є експлоративною, або дослідницькою, формою психотерапії, популярної переважно в США. Як правило, вона носить довгостроковий, вербальний («розмовна психотерапія») характер і заснована на психоаналітичному розумінні роботи психіки (захисні механізми, трансфер, інсайт, психічна реальність і т. д.). Основним завданням психодинамічної психотерапії є виявлення того, що знаходиться поза свідомістю. Психодинамічна психотерапія має вужчий фокус, ніж психоаналіз, і більше орієнтована на конкретний момент («тут і зараз»), однак обидва ці методи переслідують одну мету – пізнання природи конфліктів клієнта, його дезадаптивного стилю поведінки, виходячи з особливостей дитячого періоду («інфантильний невроз») і його наслідків для життя дорослої людини [14].

Терапевтичні зміни та психотерапевтичний процес у психодинамічній психотерапії мають на меті усвідомлення несвідомого (якщо сформулювати цю задачу в максимально стислій формі), причому застосування цього підходу може бути доцільним і корисним для будь-якої людини, не обов’язково з наявними хворобами.

Виклад теоретичних і практичних основ психодинамічного напряму в психотерапії неможливо уявити без постійних апеляцій до більш широкого контексту психоаналітичного знання.

Це не дивно, адже саме завдяки психоаналізу на початку XX ст. в європейській культурі вперше виникло й оформилося (причому не тільки в галузі медичної практики «турботи про душу») розуміння про наявність індивідуальної та колективної несвідомої психічної реальності, її сил і енергій, динаміку їх формування та впливу на нормальний і патологічний розвиток особистості, а також можливості наукового дослідження та впливу на них.

Невипадково у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі синонімами психодинамічної терапії часто виступають такі терміни, як «психоаналітична психотерапія», «дослідницька психотерапія», «психотерапія, орієнтована на інсайт» тощо, які тією чи іншою мірою підкреслюють приналежність цього виду психотерапії до психоаналітичних принципів розуміння людської психіки.

З іншого боку, творчий розвиток теорії та практики психоаналізу ініціював виникнення різноманітних форм психотерапевтичної практики, що оперують

поняттями й концепціями енергій, сил і конфліктів між ними, але в ряді випадків досить серйозно відходять від ортодоксальної традиції.

Така ситуація призвела до того, що й сьогодні як у психоаналітиків, так і в представників інших напрямів існує тенденція ототожнювати психоаналіз і психодинамичну терапію. Дійсно, обидва ці види психотерапії використовують психоаналітичне розуміння функціонування психіки людини; намагаються змінити поведінку клієнта за допомогою таких психологічних методів, як конфронтація, пояснення й інтерпретація; вимагають інтроспекції з боку клієнта й емпатійного розуміння з боку психотерапевта; звертають пильну увагу на контр перенесення[5].

Психодинамічні форми психотерапії часто підкреслюють особливості реального життя клієнта й мінімізують розгляд аспектів взаємин «психотерапевт-клієнт» (за умови, що вони не перешкоджають проведенню терапії). Крім того, психодинамічні форми психотерапії, поряд із традиційними, використовують такі методи, як підтримка, порада, зміни в безпосередньому оточенні клієнта і т. д.

☝У зв’язку з цим, психодинамічний напрям у психотерапії сьогодні можна представити у формі континууму, на одному з полюсів якого розташовується психоаналіз як герменевтичний метод, що концентрується виключно навколо фантазій і їх латентного (прихованого) змісту, а інший займає одноразова підтримуюча сесія.

При цьому необхідно зазначити, що різниця в розташуванні на континуумі не є якісним або кількісним показником відмінності тієї чи іншої форми психодинамічної терапії. Так, короткострокова психотерапія (поки найбільш прийнятна та поширена форма терапії в пострадянському просторі) в силу своїх часових обмежень вимагає від психотерапевта не менших, а часом і більших знань і вмінь у сфері роботи з особистістю.

Отже, під терміном «психодинамічна психотерапія» розуміють різні форми терапії, які базуються на основних положеннях психоаналітичного вчення й відповідно акцентують увагу на впливі минулого досвіду (психотравм, афектів, фантазій, учинків тощо) на формування певної манери поведінки (психологічних захистів, спотворень сприйняття партнерів по спілкуванню, міжособистісній взаємодії), що носить повторюваний характер і, таким чином, впливає на актуальне фізичне, соціальне та психічне благополуччя людини.

Фокус психодинамічної психотерапії

У різних видах психотерапії обираються різні цілі для зміни психологічного функціонування. Психодинамічна (орієнтована на психоаналіз)

психотерапія головним чином акцентує свою увагу на впливі минулого досвіду на формування певної манери поведінки.

☝Отже, *фокусом* психодинамічної психотерапії виступає вплив попереднього досвіду (когнітивні здібності, афекти, фантазії, вчинки).

Метою психодинамічної психотерапії є розуміння функціонування захисних механізмів і трансферних реакцій клієнта, зокрема в тому їх вигляді, у якому вони проявляються під час спілкування клієнта з психотерапевтом.

Технічні прийоми, що використовуються в психодинамічній психотерапії, – це терапевтичний альянс, вільне асоціювання, інтерпретація захистів і трансферу, висока частота сеансів, тривалість терапевтичного процесу (від декількох місяців до декількох років).

Минуле індивідуума існує в його сьогоденні завдяки пам'яті та біології. Очікуваний прогноз теперішнього й майбутнього формується на основі минулого досвіду й біологічних чинників. Так само метафорична мова клієнта може відображати якусь особливу організацію (сукупність почуттів, думок і манери поведінки), сформовану в минулому, і впливатиме на його нинішні здібності, сприйняття й поведінку. Досліджуючи актуальне значення подій у контексті минулого, психотерапевт-психоаналітик прагне змінити ці «організуючі системи» поведінки клієнта, сприяючи тому, щоб інформація та досвід організувалися в майбутньому по-іншому [13].

☝*Психодинамічна психотерапія* (також відома під назвою психоаналітична психотерапія, дослідна психотерапія або ж психотерапія, орієнтована на інсайт) – це *метод терапії* психічних розладів, у якому для зміни поведінки клієнта застосовується бесіда. Психодинамічна психотерапія поділяє з іншими видами психотерапії одне спільне для всіх визначення – взаємодія, головним чином вербальна, двох осіб, у якій один учасник покликаний надавати допомогу, а інший – її отримувати.

У психодинамічній психотерапії розуміння фахівцем причин хворобливого процесу й того, яке саме втручання зможе привести до одужання клієнта в довгостроковій перспективі, диктує йому щоденну тактику терапії.

Психоаналітична психотерапія заснована на принципах функціонування психіки та психотерапевтичних прийомах, спочатку розроблених З. Фройдом, котрий почав свою діяльність із гіпнозу, але пізніше прийшов до вільного асоціювання як методу розуміння непізнаних («несвідомих») конфліктів, що виникають у ході розвитку людини, починаючи з дитинства, і продовжуються в житті дорослого. Такі конфлікти – це способи поведінки, закладені як кластери почуттів, думок і вчинків. Вони виникли в результаті взаємодії різних подій в індивідуальній історії розвитку людини з біологічною предиспозицією.

Зазвичай такі несвідомі конфлікти виникають між лібідонозними або агресивними бажаннями та страхом втрати, страхом відплати й обмеженнями, обумовленими реальністю, або в зіткненні протилежних бажань. Лібідонозні потяги найвдаліше можна визначити як прагнення до сексуального й емоційного задоволення. Агресивні бажання є деструктивними й можуть носити або вроджений характер, або стати наслідком пережитої фрустрації чи депривації. Психотерапевт-початківець часто помиляється, вважаючи, що термін «лібідонозні бажання» означає специфічні генітальні відчуття. Розуміння сутності сексуального задоволення в психоаналізі більш широке, ніж суто тілесне задоволення. Це стан збудження та почуття насолоди, які людина відчуває з дитинства. Клієнт, котрий говорить про своє щастя, задоволеність, очікування любові, тим самим описує власні лібідонозні бажання. На противагу цьому, прагнення щось зруйнувати, отримання задоволення від гніву, ненависті або болю зазвичай є вираженням агресивних потягів.

«Невротичний» конфлікт може призвести до тривоги, депресії та соматичних симптомів, спричинити зупинку професійного й соціального зростання, сексуальні проблеми, сприяти міжособистісним стосункам, що ускладнюють адаптацію. Такі несвідомі невротичні конфлікти цілком очевидно проявляються як манера поведінки, відчуття, мислення, фантазії та дії клієнта. Сприйняті в дитинстві, вони можуть відповідати дитячому погляду клієнта на навколишній світ, бути адаптивними й навіть необхідними для виживання в певний період. Навіть якщо ці конфлікти спочатку не усвідомлюються клієнтом, то в ході психотерапевтичної роботи вони виходять на поверхню, а їхні наслідки стають більш очевидними.

Психодинамічна психотерапія зазвичай має вужчий фокус, ніж психоаналіз, і більше зорієнтована на те, що відбувається «тут» і «тепер». Однак обидва ці методи переслідують одну мету – розуміння природи конфліктів клієнта, дезадаптивного стилю його поведінки, що коріниться в дитячому віці (відомого також під назвою «інфантильний невроз»), та їхніх наслідків у житті дорослої людини [13].

Психодинамічний діагноз

Психодинамічна діагностика, на відміну від дискретно-описового діагностичного підходу, загальноприйнятого у вітчизняних медичній і психологічній традиціях, являє собою перш за все діагностику структури особистості з точки зору її розвитку. Подібний підхід, що забезпечує цілісний і всебічний аналіз особистості та її психопатології, визначає також і специфіку терапевтичних методів.

У сучасному вигляді психодинамічний діагноз включає щонайменше п’ять взаємопов’язаних факторів, що визначають його значимість у процесі психодинамічної терапії:

1) планування стратегії і тактики психотерапевтичного процесу;

2) імовірний прогноз психотерапії;

3) захист інтересів клієнта;

4) допомога у встановленні терапевтом емпатії до свого клієнта;

5) зменшення ймовірності того, що тривожний клієнт ухилитися від лікування.

Слід, однак, зауважити, що в ході розвитку психодинамічної терапії окремі діагностичні чинники та сам процес діагностики зазнали значних змін.

До появи в XIX ст. описової психіатрії вважалося, що існує декілька форм душевних захворювань, які з певною частотою зустрічаються в людей у «цивілізованому світі». Так, чоловіки й жінки з істеричними станами, фобіями, обсесіями, компульсіями, маніакальними або депресивними тенденціями малої інтенсивності розцінювалися як ті, хто має психологічні труднощі, але не сильно відрізняється від здорових людей. Особистості з галюцинаціями, маренням і порушеннями мислення вважалися хворими. Особи, яким притаманна асоціальна поведінка, оцінювалися як «морально божевільні», які залишаються в контакті з реальністю. У загальних рисах цією класифікацією досі користуються в судовій психіатрії, що приділяє особливу увагу тому, чи міг обвинувачений оцінювати реальність у момент вчинення злочину.

☝Сьогодні в психодинамічній терапії прийнята така класифікація рівнів особистості:

- клієнти психотичного статусу, фіксовані на злитому, досепараційному рівні, на якому вони не можуть розрізнити, що знаходиться всередині, а що – поза ними;

- клієнти в пограничному стані, фіксовані на діадичній боротьбі між тотальним підпорядкуванням, яке (як вони побоюються) знищить їхню ідентичність, і тотальною ізоляцією, яка для них аналогічна травматичній покинутості;

- клієнти з невротичними труднощами, які пройшли сепарацію та індивідуацію, але мають конфлікт між тим, чого хочуть і водночас бояться (прототипом чого є едипів конфлікт).

Сучасні фахівці за допомогою психодинамічного діагнозу можуть описати кожну людину як таку, що має певний рівень розвитку особистості (психотичний, пограничний, невротичний) і тип організації особистості (істеричний, параноїдний, депресивний, шизоїдний, нарцисичний,

мазохистичний, обсесивно-компульсивний, психопатичний і дисоціативний) [13].

Організація психодинамічної терапії

Психодинамічна психотерапія може бути короткочасною та тривалою. Психотерапія може тривати протягом декількох місяців або навіть років. Тривала психотерапія не має фіксованого кінця, і дату закінчення важко встановити на початку психотерапевтичного процесу. Тривалість терапії залежить від числа конфліктних зон, які повинні бути опрацьовані в її ході. Психотерапевтичні сеанси зазвичай проводяться двічі-тричі на тиждень, хоча при короткостроковій психотерапії один сеанс на тиждень є звичайною нормою. Частіші зустрічі із психотерапевтом дозволяють йому глибше проникнути у внутрішнє життя свого клієнта і ведуть до повнішого розвитку трансферу. Часті зустрічі також підтримують клієнта протягом усього періоду терапії. Ліки застосовуються як доповнення до психотерапії для полегшення симптомів, що погіршують стан, а також для того, щоб розширити спектр почуттів, які переживає клієнт. У деяких випадках ліки можуть допомогти на початковій стадії захворювання й тим самим підготувати ґрунт для того, щоби психотерапія могла адресуватися до факторів, які сприяли виникненню захворювання, прискорити одужання клієнта, його реінтеграцію в сім'ю та соціум, знизити ризик захворюваності та смертності.

Основні принципи психодинамічної психотерапії

Психоаналітична психотерапія використовує специфічні технічні засоби й особливе розуміння психічного функціонування для вибору та проведення відповідного втручання з боку терапевта.

Психодинамічний підхід включає шість основних принципів: динамічний, економічний, структурний, генетичний, адаптивний, топографічний. На них ґрунтується психодинамічна спадщина, для якої найбільш істотними є положення, охарактеризовані нижче.

1. Головне значення мають людські інстинктивні імпульси, їхнє вираження й трансформація, їхнє придушення, за допомогою якого вдається уникнути хворобливих почуттів, переживань, неприємних думок, бажань, впливу свідомості.

2. Віра, що таке придушення є сексуальним або агресивним, що причиною розладу є неправильний психосексуальний розвиток.

3. Ідея, що витоки неправильного психосексуального розвитку сягають далекого минулого, дитячих конфліктів або травм (особливо це стосується батьківського едипового комплексу, вираженого в класичному бажанні одного з батьків протилежної статі).

4. Упевненість в опорі едиповому комплексу, його швидкому відновленні.

5. Думка про те, що, по суті, ми маємо справу з боротьбою між біологічними внутрішніми імпульсами (або інстинктами – Ід) та імпульсами, що виступають у ролі захисту по відношенню до зовнішньої реальності Его – у загальному контексті моральних правил або стандартів (Супер-Его).

6. Прийняття концепції психічного детермінізму, згідно з якою психічні феномени не змінюються випадково, а пов'язані з попередніми подіями; якщо ж вони й надалі не усвідомлюються, то стають повторюваними.

Психодинамічна психотерапія, як уже зазначалося, заснована на принципах функціонування психіки та психотерапевтичних прийомах, спочатку розроблених Зиґмундом Фройдом, а потім продовжених і розширених Карлом Юнгом, Альфредом Адлером, Вільгельмом Райхом та іншими психологами.

Психодинамічний спосіб мислення означає урахування впливу несвідомих психічних сил, що динамічно взаємодіють із процесами захисту, афекту й мислення, для досягнення здатності до пристосування, більшої чи меншої адаптації. Розуміння природи та значення цих процесів допомагає обрати психотерапію, яка б відповідала потребам і можливостям клієнта, осмислити унікальні, схильні до змін рішення й компроміси, до яких приходить кожна людина.

Американський психоаналітик Хомер Куртіс (1913–2013 рр.) на підставі психоаналітичних принципів і концепцій психічного функціонування розробив основні технічні рекомендації для психоаналітичної психотерапії, а саме:

1) визнач вирішальні динамічні питання з метою локалізації та обмеження використовуваних терапевтичних дій;

2) не торкайся аспектів особистості, які не мають близького стосунку до центральної проблеми;

3) фокусуй увагу на поточних взаєминах клієнта й захисних механізмах особистості;

4) підтримуй адаптивні навички й ресурси клієнта;

5) створи стійку, сприйнятливу атмосферу підтримки та поваги;

6) заохочуй більш адаптивні способи усунення хворобливих симптомів за допомогою нових переміщень та ідентифікацій [13; 14].

Техніка психодинамічної психотерапії

Динамічний підхід реалізується переважно засобами вербалізації, що включає вільні асоціації клієнта й аналіз психотерапевтом реакцій переносу та опору. Аналіз як завдання психотерапевта полегшується чотирма специфічними процедурами, а саме: конфронтацією, проясненнями (кларифікацією), інтерпретацією та пропрацьовуванням. Методика вільних асоціацій із самого початку є основним способом взаємодії психотерапевта з «безцензурним»

змістом психіки клієнта. Вона служить головною процедурою для виявлення «сирого» матеріалу, на якому базується аналіз.

Аналіз включає також розгляд сновидінь, які З. Фройд вважав «королівською дорогою до несвідомого». Конфронтація звернена до розпізнавання клієнтом специфічних психічних явищ, що підлягають дослідженню; прояснення припускає переміщення явищ у «різкий фокус», щоб відокремити важливі аспекти від незначних; інтерпретація слідує за отриманим матеріалом, визначаючи (у питальній формі) основний зміст або причину події; опрацювання звернене до повторення, поступового й ретельно розробленого дослідження інтерпретацій і опорів доти, доки матеріал не інтегрується в розумінні клієнта.

Інтерпретація є найбільш важливою процедурою, а опрацювання – найтривалішою частиною психотерапії. Опрацювання обов'язково включає самостійну роботу клієнта поза психотерапевтичними сеансами. Тим не менш, можливі й короткострокові психодинамічні методи терапії.

☝Поведінкові зміни відбуваються в психодинамічній психотерапії завдяки двом механізмам, а саме: розумінню когнітивних і афективних процесів, що походять з дитинства (захисні механізми), а також розумінню конфліктних стосунків, сформованих у клієнта з найважливішими об'єктами в дитинстві, і їхньому воскресінню у взаєминах з терапевтом (трансфер). Діагностика розуміння таких почуттів і сприймань і є фокусом психотерапії. Психотерапевтичний процес має бути організований таким чином, щоб не тільки максимально полегшити вихід на поверхню цих явищ, а й щоб дати можливість їх проаналізувати, не змішуючи з реальністю взаємини клієнта з психотерапевтом і не відмахуючись від них, як від чогось тривіального.

Необхідною умовою досягнення успіху в психоаналітично орієнтованій психотерапії є потреба самого клієнта брати участь у такій роботі, а також його довіра у взаєминах зі своїм терапевтом. Такий терапевтичний альянс будується на реальностях психотерапії, що передбачають спільну робота заради досягнення спільної мети, а також сталість і надійність терапевта. Лише за контрастом із усталеним терапевтичним альянсом клієнт може розглядати власні трансферні почуття й усвідомлювати спотворення стосунків, які ці почуття приносять.

Дуже важливо емпатійно вислухати все те, що намагається розповісти клієнт, і спробувати зрозуміти, що він має на увазі. Саме на той матеріал, який клієнт приносить для розгляду в психотерапії, і спрямовується основна увага фахівця. Глибина інтерпретації та дослідження завжди повинна знаходитися на рівні сьогочасної потреби клієнта, не відставати й не випереджати його думки та почуття.

Терапевти-початківці часто вважають, що як тільки їм вдалося щось зрозуміти, вони повинні негайно повідомити про це клієнта. Це не так. Уміння розрахувати за часом той момент, коли можна розкрити власні здогадки клієнту, становить єство мистецтва терапевта. Ретельні роздуми та планування визначають, коли він повинен це зробити. Хоча сама інтерпретація (пояснення якогось аспекту поведінки в контексті минулого та сьогодення, а також елементів трансферу) є спонтанною, ця спонтанність ґрунтується на ретельній попередній підготовці. Час донесення до свідомості клієнта нової інформації визначається припущенням психотерапевта про те, коли саме таку інформацію клієнт зможе «почути» й зрозуміти, що йому хочуть повідомити.

Вільні асоціації клієнта слід заохочувати. Це досягається дуже простим шляхом: клієнту повідомляється, що він може вільно говорити про що завгодно. Головне завдання психотерапевта при цьому – вслухатися в глибинні течії асоціацій клієнта. Це передбачає розуміння зв'язку одного сюжету з іншим, виявлення ставлення клієнта до людини, про яку він говорить, увагу до тих вражень, які склалися в клієнта про свого психотерапевта. Часто, почувши якусь двозначність у асоціаціях клієнта, психотерапевт може відкрити шлях до несвідомого конфлікту й значущої особистості з його минулого, із якою цей конфлікт пов'язаний. Наприклад, клієнт прийшов на прийом до психотерапевта одразу після сварки зі своєю дівчиною та говорить: «Я хочу, щоб вона повернулася». Якщо ви розумієте подвійний сенс цього повідомлення (знову бути разом із нею або ж повернути її для того, щоб помститися), то навряд чи ви здивуєтеся, коли на початку сеансу клієнт говоритиме про його бажання повернути кохану, а наприкінці – про плани щодо помсти їй. (Його фантазія була запозичена з одного старого кінофільму, у якому герой фантазував про те, із яким задоволенням розмаже по обличчю дівчини грейпфрут.)

Конфліктні почуття – туга за коханою та почуття ненависті – позначені вже до початку сеансу. Для клієнта така реакція є звичною. Вона склалася на основі його дитячих стосунків із матір'ю, яка, ймовірно, відчувала до нього такі ж конфліктні почуття, а одного разу навіть вигнала з дому, погрожуючи ножем. Клієнт звичайно ще не був готовий почути про такий зв'язок, але він уже став цілком очевидним. За цим зразком тепер можна встановити спостереження й направити клієнта шляхом поступового, повільного усвідомлення. Психотерапевт відчуває на собі наявність трансферу – певного тиску для того, щоб діяти певним чином по відношенню до свого клієнта.

☝Трансфер – це специфічний приклад тенденції нашого мозку бачити минуле в сьогоденні, вдаватися до використання старих способів сприйняття й реагування, виключаючи будь-яку нову інформацію. Якщо трансфер існує, то він

абсолютно реальний для клієнта, і будь-яка суперечлива інформація ним не приймається.

Терапевту-новачку часом складно усвідомлювати ірраціональні елементи у відчуттях і сприйняттях клієнта по відношенню до нього. Часто трансфер будується на основі реалістичного сприйняття терапевта. Розвиваючи в подальшому цю основу, можна зробити несвідоме доступним сприйняттю. Терапевт може відчути всю точність перцепцій клієнта щодо себе, але пропустити ті елементи минулого, які при цьому можуть заявити про себе. Дослідження трансферу – це особливий випадок роботи, пов'язаної з аналізом взаємин клієнта. Усе це є частиною зусиль з метою розуміння «внутрішнього світу» клієнта, того, як він бачить і пропускає через свій досвід людей і події життя, світу його психічної реальності.

Трансфер – не єдине, що потрібно для ефективної психотерапевтичної роботи. Він супроводжує людину протягом усього життя й може проявлятися при різних видах медичного лікування. По суті, коли ми пропонуємо комусь лягти в лікарню (незнайома обстановка), зняти звичний одяг, залишитися серед незнайомих людей, змушуємо приймати їжу у встановлені нами години, контролюємо переміщення, ми запускаємо могутні засоби індукції трансферу. Унікальність психотерапії полягає у спробі фахівця зрозуміти трансфер і проаналізувати його замість того, щоб просто постаратися його подолати. Сам психотерапевт також може відчувати до клієнта певні почуття, що коріняться в його минулому. Це явище називається «контртрансфер». Контртрансфер посилюється в часи пережитих стресових подій і нерозв'язаних конфліктів у житті самого терапевта. Контртрансфер може бути «другом», який допомагає розглянути найдрібніші відтінки у взаєминах між психотерапевтом і клієнтом, які могли пройти непоміченими, але відбилися в почутті. Але він може стати й перешкодою на шляху до успішної терапії, змушуючи психотерапевта невірно сприймати свого клієнта, чути не те, що клієнт намагається до нього донести.

Короткострокова психодинамічна психотерапія

Термін «короткострокова» був запропонований у 1950–60-х рр. представниками психоаналітичного, психодинамічного напряму психотерапії. Досі точаться гострі дискусії щодо можливості й допустимості короткострокових форм психотерапевтичної допомоги, що вступають у протиріччя з базисним психотерапевтичним постулатом «глибинності-довгостроковості».

Незважаючи на те, що курс психоаналізу самого З. Фройда був відносно коротким (від 3-х до 6-ти місяців), а деякі з його найближчих учнів (Ш. Ференці, О. Ранк) цілеспрямовано обмежували психотерапію 10–12-ма заняттями, тільки

історична необхідність періоду після закінчення Другої світової війни, кількісне та якісне (за рахунок малозабезпечених шарів суспільства) розширення попиту на психотерапевтичну допомогу змусили ортодоксальних психоаналітиків відмовитися від своїх позицій. Предметом обговорення й дослідження стає радикальна терапія протягом лише кількох років і можливість короткострокових її форм. Прихильниками й основоположниками короткосторової психодинамічної психотерапії є Ф. Александер, М. Балінт та ін.

Незважаючи на відмінності в їхніх психотерапевтичних позиціях, можна виділити й *загальні принципи* короткосторової психодинамічної психотерапії, що стосуються цілей, відбору клієнтів, фаз і прийомів. Охарактеризуємо їх.

1. Короткостроковою вважається психодинамічна психотерапія, цілеспрямовано обмежена 1-им–40-ка заняттями (найбільш поширений варіант – 10–12-ть) при частоті зустрічей з клієнтом приблизно один раз на тиждень.

2. Мета короткосторової психодинамічної психотерапії – поведінкові зміни у сфокусованій області конфлікту, на відміну від установки ортодоксальної психодинамічної психотерапії на особистісний розвиток за допомогою тотального подолання комплексу базальних конфліктів.

3. Відповідно до мети, провідний стратегічний принцип короткосторової психодинамічної психотерапії – виділення та перетворення фокального конфлікту, який має в більшості випадків едипальну природу (суперництво, проблеми виграшу-програшу тощо). Маркерами такого фокального конфлікту є вказівки клієнта на пов’язані з ним травми раннього віку, повторювані стереотипи травматичних переживань, зв’язок конфлікту з однією фігурою переносу (батьківською чи материнською) та з проявами блокування (інгібіції) будь-яких сфер життєдіяльності клієнта. Непрямим показником адекватного вибору фокального конфлікту є афективна реакція клієнта на пробну його інтерпретацію.

4. Вимоги до рольової позиції психотерапевта є такими: здатність встановити афективний контакт із клієнтом, що поєднується зі «щиросердою відсутністю турботи», активність у контакті й інтерпретаціях (на відміну від позиції «нейтрального дзеркала» ортодоксального психодинамічного психотерапевта).

5. Певні вимоги до клієнта. Показання: наявність фокального конфлікту едипової природи або втрата улюбленого об’єкта, висока мотивація, наявність досвіду як мінімум одних значущих взаємин, здатність рефлексувати почуття та конструктивна реакція на пробну інтерпретацію. Протипоказання: виражена депресія, психотичні порушення (параноїдного і/або нарцисичного характеру), тенденції до патологічного відреагування переживань (суїцидальна або наркоманічна поведінка). Непрямим протипоказанням є переважне

використання клієнтом механізмів проекції та заперечення. Короткосторова психодинамічна психотерапія значно більше, ніж довгострокова психотерапія, орієнтується на здатність самого клієнта узагальнювати й використовувати матеріал, отриманий у процесі психотерапії.

6. Фази короткосторової психодинамічної психотерапії:

- перша відбіркова фаза, спрямована на діагностику мотивації та сили «Я» клієнта й виділення фокального конфлікту (1–2 перші заняття), висновок психотерапевтичного контракту;

- друга фаза, присвячена перетворенню фокального конфлікту;

- заключна третя фаза сепарації, спрямована на вирішення переносу й досить директивне завершення психотерапії.

Досі невирішеним залишається питання про повідомлення клієнту точної дати завершення психотерапії на початковому етапі, але вважається, що такий технічний підхід є найкращим для психотерапевта-початківця, оскільки позбавляє його переживань провини та почуття, що він «залишає клієнта». Природно, у клієнта залишається можливість знову звернутися до психотерапевта при виникненні проблем. Але навіть у разі планування повторного курсу, перерва в терапії є корисною для перевірки практикою отриманих інсайтів.

7. Крім звичайних для психодинамічної психотерапії реконструктивних прийомів когнітивного та ідентифікаційного навчання, використовуються специфічні їх модифікації. Провідний технічний принцип «крісло замість кушетки» означає для психодинамічного психотерапевта орієнтацію на почуття сорому клієнта замість почуття провини, експлуатованого в ортодоксальній психодинамічній психотерапії. Аналіз захисту й опору в процесі короткострокової психодинамічної психотерапії центрується на обраному психотерапевтом фокальному конфлікті, а інтерпретації переносу обмежуються однією значущою особою з минулого, пов’язаною з цим конфліктом.

8. Провідний психотерапевтичний принцип короткосторової психодинамічної психотерапії – перетворення фокального конфлікту, який є причиною блокування в значущих життєвих сферах клієнта, дозволяє йому пережити повернення енергії та активності, які можуть бути ним використані для вирішення життєвих проблем. У наш час формуються й більш новаторські підходи в короткосторовій психодинамічній психотерапії. Так, Ф. Зіндел (Швейцарія), порушуючи «аналітичне табу», використовує еріксонівський гіпноз для прискорення фази вільних асоціацій і перетворення психодинамічних конфліктів. Усе більше психодинамічних психотерапевтів починає приділяти увагу позитивним ресурсам клієнта.

Таким чином, короткострокова психодинамічна психотерапія служить своєрідним містком для переходу від аналітичної психодинамічної психотерапії до сучасної інтегративної психотерапії.

Підсумовуючи, варто наголосити, що психодинамічна терапія вимагає здатності до осяяння та сміливості, найкраще проводити її в контексті терапевтичних стосунків, що характеризуються безпекою та чесністю. Трансфер і контртрансфер є універсальними феноменами; розпізнаючи їх, психотерапевт може за потреби відкрито звертатися до них у психотерапії в залежності від її техніки та своєї психотерапевтичної позиції [10; 13].

Завершення психодинамічної психотерапії

У більшості випадків неможливо назвати точну дату закінчення психодинамічної терапії. Під час обговорення умов терапевтичного контракту психотерапевт зазвичай пояснює клієнту відкритість часових рамок тим, що тривалість проведеної терапії насамперед залежатиме від кількості часу, необхідного для виявлення та вирішення внутрішніх несвідомих конфліктів клієнта. Іноді цей процес може тривати кілька років, оскільки зміни відбуваються через накопичення мінімальних, часто повільно розпізнаваних зрушень стану.

Однак все ж настає час, коли психотерапевт і клієнт приходять до висновку про те, що терапія вступає у свою завершальну фазу. У цей період як психотерапевт, так і клієнт помічають, що більше не надходить нового матеріалу й не відзначається жодних нових опорів. Натомість спостерігається продуктивна щоденна робота клієнта, який самостійно використовує в повсякденному житті те, чого він навчився в кабінеті психотерапевта.

☝Про необхідність завершення психодинамічної психотерапії свідчать такі факти:

1) вирішення проблем клієнта;

2) усвідомлення клієнтом власних проблем як дистонних утворень;

3) розуміння клієнтом особливостей свого особистісного розвитку, захисних і адаптивних механізмів, об’єктних стосунків, переживань власного «Я» тощо, що служили причинами проблем;

4) здатність клієнта розпізнавати й оволодівати своїми трансферентними реакціями;

5) вироблені навички самоаналізу як методу діагностики та вирішення власних внутрішніх конфліктів.

В ідеальному випадку питання про завершення курсу психотерапії піднімає сам клієнт. Часто це відбувається не прямо, а опосередковано, у вигляді фантазій або гіпотетичних обговорень. У зв’язку з цим, перш ніж переходити до обговорення такого завершення, психотерапевту зазвичай рекомендується

послухати клієнта ще деякий час, уважно аналізуючи нові питання й нові конфлікти, які може спричинити ця тема, і намагаючись визначити, чи не є питання про закінчення психотерапії проявом опору.

Але може трапитися й так, що тема завершення роботи є очевидною, а клієнт уникає розмов про цю можливість. Таку ситуацію фахівець повинен розцінювати як прояв психологічного захисту проти завершення терапії.

У будь-якому випадку психотерапевт має визначити своє бачення ситуації. Цим він стимулює початок процесу завершення терапії. Кінцева дата встановлюється за взаємною згодою. Зазвичай вона призначається за кілька тижнів, але іноді з'ясовується, що для остаточного опрацювання почуттів, пов'язаних із завершенням психотерапії, буде потрібно кілька місяців.

На завершальному етапі перед психотерапевтом і клієнтом стоїть ряд головних завдань. Для клієнта це насамперед такі: 1) переживання й оволодіння почуттями розлуки та втрати; 2) остаточне опрацювання трансферентних почуттів по відношенню до терапевта; 3) початок самоаналізу.

Підводячи підсумки психотерапії, клієнт ретроспективно звертається до особистої історії та проблем, які привели його на терапію, і оцінює свої досягнення. Таке підбиття підсумків допомагає клієнтові завершити курс терапії з усвідомленням виконаного обов'язку, відчуваючи дуже важливі почуття гордості за себе й глибокої вдячності до психотерапевта, який відіграв важливу роль у цьому процесі. Крім того, підбиття підсумків психотерапії дозволяє полегшити подальший самоаналіз клієнта, ще раз повторюючи й «освіжаючи» ті знання про себе, які він накопичив.

Оцінюючи ефективність наданої допомоги з точки зору позбавлення клієнта проблем, що привели його на психотерапію, психотерапевт повинен завжди пам'ятати, а клієнт розуміти, що цілі, переслідувані при психотерапії, хоча й пов'язані з цілями клієнта в житті, все ж суттєво відрізняються від них. Цілі психотерапії завжди значною мірою залежать від реальних вимог і можливостей, висунутих самим життям, тобто від того, що можливо в конкретний час у конкретному контексті. Успішність психодинамічної терапії зовсім не означає вільну та повну реалізацію клієнтом усіх своїх надій і бажань. Найімовірніше, клієнт, який вступає в завершальну стадію психотерапії, повинен відчувати, що завдяки їй він може постійно функціонувати на якісно вищому рівні, знаючи про ті особливості власної особистості, які можуть приводити до виникнення інтрапсихічних конфліктів, і маючи навички оволодіння ними, приймаючи розчарування, пов'язані з незворотною втратою будь-яких можливостей.

У завершальній фазі психотерапії клієнт відчуває досить хворобливе, універсальне для всіх людей переживання втрати взаємин із людиною, яка

суттєво допомогла йому, і яку він сприймає як добру, розуміючу особистість, яка не становить небезпеки. Ці переживання надають іще одну можливість для особистісного зростання клієнта через опрацювання трансферентних почуттів, що пробуджуються таким досвідом (наприклад, мають відношення до втрати й воскресіння дитячих надій на чарівне возз'єднання з якимось із трансферентних об'єктів свого дитинства). Відзначимо, що в терапевта так само з'являється схоже відчуття втрати. Разом із клієнтом він втрачає свого «колегу» й ту частину життя, яка була прожита разом. Тому терапевту необхідно звертати пильну увагу на власні контртрансферентні почуття, що можуть призвести до спроб уникнути втрати клієнта.

Зазначимо, що через переживання втрати нерідко спостерігається рецидив проблем і повернення до старих трансферентних зразків і стилів взаємодії з терапевтом. Подібна ситуація може виявитися гарним «пробним каменем» для застосування клієнтом набутих знань і навичок на практиці. Крім того, досвід розлуки призводить до прояву важливих останніх трансферентних елементів.

У зв'язку з цим, у завершальній фазі від терапевта вимагається максимум уваги й заохочення тенденцій самоаналізу в клієнта. Підтримуючи його незалежні зусилля з інтерпретації трансферу, терапевт може в м'якій манері керувати ним, наприклад, указуючи йому на непомічені залишкові прояви трансферентних почуттів і пояснюючи, яким чином вони можуть перешкоджати його підвищенню спроможності незалежно розмірковувати про себе.

Крім того, завершуючи процес психотерапії, фахівець має спільно з клієнтом визначити почуття, пов'язані з розчаруванням у проведеній роботі, її межі та невдалі аспекти, обговорити можливість повторного курсу в майбутньому і, наскільки це необхідно, плани клієнта на майбутнє.

Іноді психотерапевт усвідомлено чи неусвідомлено відчуває небажання закінчувати курс терапії через своє розчарування в тому, що було зроблено, або ж через свідоме чи несвідоме почуття провини перед клієнтом. Подібні почуття з боку терапевта можуть гальмувати спроби розвитку автономних здібностей клієнта.

Обговорюючи границі терапії, фахівець повинен розповісти про можливість майбутнього продовження психотерапії. Якщо питання про це ставиться клієнтом, психотерапевту слід розглянути його з точки зору співвідношення реальності та залишкових трансферентних почуттів. Якщо терапевт вважає, що продовження терапії є доцільним, а клієнт при обговоренні цього питання залишається байдужим, то терапевт повинен трактувати цю повну задоволеність лікуванням як опір подальшій роботі.

На цій стадії також корисно обговорити з клієнтом (особливо з тим, який проходив тривалий курс) те, що процес завершення поширюється за межі

останньої сесії. Протягом певного часу після припинення терапії клієнт буде відчувати, що він все ще інтегрує різні аспекти її завершення.

У разі невдалого результату курсу психодинамічної психотерапії завершення може відбуватися з ініціативи як психотерапевта, так і клієнта (навіть у випадку інтерпретації цього як опору). У такій ситуації і клієнт, і терапевт можуть відчувати сильне розчарування собою, одне одним та самою терапією з усіма її теоріями й техніками, які не виправдали очікувань. Тому, по-перше, психотерапевт повинен створити таку атмосферу, щоб усі негативні почуття висловлював тільки клієнт. По-друге, як би високо фахівець не оцінював психодинамічну психотерапію як вид допомоги, за будь-якої нагоди він має допомогти клієнту при розгляді ним альтернативних видів психотерапії. І нарешті, по-третє, психотерапевт повинен намагатися розвінчати міф клієнта про те, що невдала психотерапія означає повний і остаточний провал.

Відомі представники психодинамічної психотерапії описують деякі прийоми, які можуть допомогти психотерапевту подолати відчуття повної невдачі, що виникає в клієнта. Перший із них полягає в нагадуванні клієнту тривіальної психологічної істини про те, що кожній людині властиво змінюватися незалежно від її специфічних рис і психологічних проблем. Відповідно, якщо психотерапія не допомогла на цьому життєвому етапі, це зовсім не означає, що вона не зможе допомогти пізніше. Другий прийом полягає в розповіді про існуючі в психотерапії проблеми сумісності терапевта й клієнта. Така розповідь має бути зорієнтована на зняття в клієнта почуття провини через негативний результат психотерапії та стимулювання його на пошуки іншого виду психотерапії або іншого психотерапевта. Ще одним прийомом може служити обговорення можливості переходу клієнта до іншого психотерапевта на підставі взаємного визнання трансферентного «підґрунтя» рішення про завершення курсу.

? *Питання для самоконтролю:*

1. Які питання є центральними в психодинамічному підході?
2. Які напрями включає психодинамічна психотерапія?
3. Що розуміють під терміном «психодинамічна психотерапія»?
4. Що виступає фокусом психодинамічної психотерапії?
5. Як ви розумієте поняття «невротичний конфлікт»?
6. У чому полягає специфіка психодинамічної діагностики?
7. Охарактеризуйте основні принципи психодинамічної психотерапії.
8. Назвіть основні принципи психодинамічної психотерапії.
9. Якими є особливості короткострокової психодинамічної психотерапії?
10. Які завдання стоїть перед психотерапевтом і клієнтом на завершальному етапі психотерапії?

Практичні завдання

Для виконання практичного завдання розподіліться на групи з 3-ох осіб, у яких по черзі ви будете виконувати такі ролі: «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор».

Клієнт і психотерапевт розігрують ситуацію, виконуючи запропоновані нижче завдання. Супервізор спостерігає за правильністю виконання завдання й після цього аналізує роботу.

Ситуація 1.

Хлопчик 9-ти років хворіє на олігофренію (ступінь дебільності). Проходить лікування з діагнозом «обсесивно-фобічний невроз». Джерело невротичних порушень – взаємостосунки із матір'ю. Мати – вчителька математики, вперто не бажає визнавати факт розумової відсталості свого єдиного сина і змиритися з необхідністю його навчання в допоміжній школі. Вона докладає великих зусиль для того, щоб він навчався у звичайній школі, здійснюючи психічний тиск на хлопця. Цей тиск упродовж трьох шкільних років призвів до психічної травматизації.

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт»-«Психотерапевт»- «Супервізор»:

- Яким чином доцільно було б побудувати психотерапевтичну бесіду з мамою?
- У який спосіб можна встановити контакт із хлопцем?
- Які психотерапевтичні техніки доцільно було б застосувати в роботі з хлопчиком?

Ситуація 2.

Не тільки вчителі, але й учні класу помітили незвичну поведінку другокласниці Оксанки. Іноді на уроці дівчинка починає якось смішно рухати ногами. Вона настільки захоплюється своїм заняттям, що зауваження чи питання вчителів застають її зненацька. Видно, що в цей час її нічого більше не цікавить. Класний керівник запропонувала батькам звернутися до лікаря. Може дівчинка хвора? Отримавши діагноз «дитячий онанізм», вчителі й батьки почали контролювати дівчинку. Потрапивши в атмосферу підозри та нагляду, дитина почала заїкатись. Тепер уже батьки звернулися по допомогу до логопеда.

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт»-«Психотерапевт»-«Супервізор»:

- У який спосіб можна встановити контакт із дівчинкою?
- Яким чином доцільно було б побудувати психотерапевтичну бесіду з Оксаною?
- Спираючись на теоретичні положення психодинамічної психотерапії, у чому Ви вбачаєте причину виникнення дитячого онанізму в дівчинки?

Тема 5. Кататимно-імагінативна психотерапія

Мета вивчення теми: ознайомитись і опанувати кататимно-імагінативну психотерапію (КІП) як самостійний напрям глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії, її історію становлення, теоретичні засади та основні напрями розвитку; засвоїти технологію проведення психотерапевтичного сеансу, основні техніки й стилі ведення, особливості роботи зі стандартними мотивами, а також показання та протипоказання до застосування КІП у роботі з різними категоріями пацієнтів.

Питання для опанування теоретичного матеріалу.

Сутність і визначення методу кататимно-імагінативної психотерапії (КІП). Ключові положення КІП як психодинамічної образної психотерапії. Напрями розвитку КІП. Характеристика методу. Показання та протипоказання для застосування КІП. Техніки ведення кататимно-імагінативної психотерапії. Основні психотерапевтичні стилі роботи в КІП. Діючі чинники кататимно-імагінативної психотерапії.

Основні терміни й поняття: глибинна психологія, психодинамічна образна психотерапія, КІП, символдрама, мотив, стандартний мотив, техніки ведення КІП.

Сутність і визначення методу кататимно-імагінативної психотерапії (КІП)

У 2026 році виповнилося 72 років кататимно-імагінативній психотерапії – методу глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії, що використовує роботу з особливою формою подання образів (імагінацій) у терапевтичному процесі. Метод розроблений відомим німецьким психіатром і психотерапевтом Ханскарлом Льойнером (1919-1996 рр.).

Появі КІП як самостійного методу в психотерапії передувала тривала експериментальна робота, проведена Х. Льойнером на базі клініки нервових хвороб Марбурзького університету в 1948–1954 рр. Важливий внесок у розвиток символдрами (методу) зробив професор Хайнц Хенніг, який проводив дослідження в Інституті медичної психології університету ім. Мартіна Лютера (м. Галле). Сьогодні символдрама широко розповсюджена й офіційно визнана системою медичного страхування низки європейських країн [14].

Особливе положення КІП серед інших глибинно-психологічно обґрунтованих методів обумовлене використанням кататимних образів (сновидінь наяву), імагінацій, символіка яких відіграє центральну роль у терапевтичній роботі в КІП.

Імагінації як поширений феномен суттєво визначають структури та зміст психодинаміки людей. За допомогою таких комплексних характеристик, як здатність до творчості й фантазія, вони істотно керують усіма свідомими і несвідомими психічними процесами й тим самим регулюють спільне переживання і поведінку.

Лінія розвитку кататимно-імагінативної психотерапії відображена у змінах назви методу. У першій програмній публікації в 1954 р. Х. Льойнер дав наукову назву розробленому ним під час шестирічної експериментальної роботи зі сновидіннями наяву методу – «експериментальне кататимне переживання образів». Пізніше, з 1964 р., для того, щоб підкреслити клінічну спрямованість методу, Х. Льойнер використовує назву «Кататимне переживання образів». Саме цей термін використовується в усіх подальших наукових публікаціях. Поряд із цією назвою Х. Льойнер використовує термін «психотерапія з використанням сновидінь наяву». Наприкінці 1950-х – на початку 1960-х років учений пропонує ще один термін — «символдрама», який пізніше отримав поширення у Швеції, Україні та Казахстані. В англомовній літературі метод отримав популярність як «спрямована афективна уява».

У 1994 р. Х. Льойнер пропонує іншу назву для розробленого ним методу – «кататимно-імагінативна психотерапія». Необхідність цього була пов'язана з тим, що за минулі роки метод пройшов величезний шлях розвитку від експериментальної роботи зі сновидіннями наяву до окремого самостійного високоефективного напряму глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії. Назва «кататимне переживання образів» збереглася для позначення безпосередньої техніки роботи з поданням образів. Згідно з рішенням Міжнародного товариства кататимного переживання образів і імагінативних методів у психології та психотерапії, сьогодні офіційною назвою методу є «кататимно-імагінативна психотерапія».

Ця назва відображає сутність методу. Термін «імагінативний» підкреслює, що особливістю методу (тим, що відрізняє його від інших методів глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії) є терапевтичне використання імагінацій – особливої форми подання образів, індукованих психотерапевтом або спонтанних. Поняття «кататимний» зустрічається ще в «Одіссеї» Гомера й перекладається там як «той, що йде від серця».

Х. Льойнер кваліфікував кататимно-імагінативну психотерапію як глибинно-психологічно орієнтований метод втручань, підлеглий терапевтичній концепції психоаналізу. Однак, незважаючи на детальний опис розробленого ним методу психотерапії, у своїх роботах Х. Льойнер, на жаль, не дав його чіткого визначення.

Пізніше, в рамках дискусій, проведених Міжнародним товариством кататимного переживання образів і імагінативних методів у психології та психотерапії, були зроблені спроби сформулювати визначення кататимно-імагінативної психотерапії, яке б відображало тенденції її розвитку.

Відповідно до сучасних уявлень, кататимно-імагінативна психотерапія — це напрям глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії, у якому використовується особлива форма представлення образів (імагінації), щоб наочно показати несвідомі фантазії, мотивацію, конфлікти й механізми захисту, а також стосунки перенесення та супротив і сприяти їх опрацюванню як на символічному рівні, так і в ході психотерапевтичної бесіди.

Під імагінацією в кататимно-імагінативній психотерапії маються на увазі образні символізації, що виникають спонтанно або індукуються завдяки пропозиції мотиву. Х. Хенніг пропонує розглядати імагінації як «загальне поняття для всіх форм образної фантазії з їх свідомими й несвідомими складовими, тобто як континуум, один із полюсів якого зайнятий когнітивними уявленнями, а інший полюс представлений кататимними образами. У такому розумінні імагінації безумовно пов'язані з функціями Я, і за допомогою їх зв'язку з несвідомими фантазіями вони тісно переплітаються з (витісненими) афектами, емоціями, бажаннями тощо, тобто зі складовими потягів». На думку Х. Хенніга, в імагінаціях насамперед відбувається згущення несвідомих конфліктів стосунків, що може використовуватись як у діагностичних, так і в терапевтичних цілях.

Х. Хенніг (Hennig, 1999, 2007) визначає подальший розвиток кататимно-імагінативної психотерапії як психодинамічного процесу. Протягом багатьох років учений зі своїми колегами проводить роботу з несуперечливої інтеграції досягнень сучасної психодинамічної психотерапії в теорію і практику кататимно-імагінативної психотерапії. Позиціонуючи кататимно-імагінативну психотерапію як психодинамічний процес, Х. Хенніг переносить фокус уваги на стосунки терапевт–пацієнт у терапевтичній ситуації, тобто на роботу з перенесенням і контр перенесенням.

Для структурування роботи з перенесенням і контр перенесенням Х. Хенніг використовує концепцію Л. Люборські (Luborsky, 1984, 2003) про центральну тему конфліктних взаємин. У такому підході ця тема стає одним із найбільш істотних інструментів психотерапевтичної роботи. На думку Х. Хенніга, центральна тема конфліктних взаємин, що виявляється у стосунках терапевт–пацієнт на психотерапевтичному сеансі, відображається в процесі виникнення і розвитку імагінацій. Це дозволяє інтерпретувати символічний зміст імагінацій як дзеркало стосунків, а також сприяє психодинамічному опрацюванню конфліктів взаємин за допомогою імагінацій. Такий підхід

пов’язує два основні інструменти психотерапевтичної роботи кататимно-імагінативної психотерапії, а саме: стосунки терапевт – пацієнт у терапевтичній ситуації та імагінативний процес.

Розвиток кататимно-імагінативної психотерапії від експериментальної роботи зі сновидіннями наяву до кататимно-імагінативної психотерапії як психодинамічного процесу й далі до психодинамічної образної психотерапії дає можливість розглядати її сьогодні як психодинамічну образну психотерапію [14].

Ключові положення КІП як психодинамічної образної психотерапії

- Кататимно-імагінативна психотерапія є напрямом психодинамічного підходу в психотерапії і, отже, основною детермінантою особистісного розвитку та поведінки розглядає несвідомі психічні процеси (несвідомі фантазії, потяги, конфлікти й механізми захисту), а також динаміку їх розвитку у стосунках з об’єктом.
- Кататимно-імагінативна психотерапія базується на теоретичному фундаменті класичного психоаналізу і його сучасного розвитку (теорія потягів, его-психологія, кляйніанський психоаналіз, теорія об’єктних стосунків, психологія власного Я (Self), психологія процесу розвитку).
- Кататимно-імагінативна психотерапія відрізняється від інших напрямів психодинамічної психотерапії роботою з образною сферою людини.
- Специфічним для цього методу є особлива форма подання образів (імагінації). В імагінаціях у символічній формі представлені інтерналізовані конфлікти пацієнта й патерни його об’єктних стосунків (передусім центральний несвідомий конфлікт стосунків).
- У терапевтичному процесі психотерапевт використовує ці символізації та подальші асоціації пацієнта в контексті анамнезу, актуальної життєвої ситуації і поточних стосунків перенесення / контрперенесення з діагностичною і терапевтичною метою.

Напрями розвитку КІП

1. Розвиток цілісної несуперечливої концепції кататимно-імагінативної психотерапії як психодинамічної образної психотерапії.

Концепція кататимно-імагінативної психотерапії була розроблена Х. Льойнером і, безумовно, є основою для подальшого розвитку цього методу. Однак, у наш час психодинамічна психотерапія володіє набагато глибшими знаннями, зокрема у галузі сучасних психодинамічних теорій особистості і психопатології, а також теорії та практики психотерапевтичного процесу. Крім того, напрацьований величезний науково-дослідний матеріал вивчення психології образної сфери людини, передусім у роботах вітчизняних психологів Тому, перш за все, необхідно проаналізувати основні положення концепції

Х. Льойнера, найважливіші ідеї, теоретичні конструкти і їх реалізацію в сучасній практиці кататимно-імагінативної психотерапії і на їх основі вести подальшу роботу з розвитку цілісної несуперечливої концепції кататимно-імагінативної психотерапії. Ця концепція має охоплювати такі сфери:

- теорія / теорії особистості, яка описує структуру особистості та її розвиток;
- теорія / теорії психопатології;
- теорія психотерапії, що ґрунтується на теорії особистості й теорії психопатології (саме цими теоретичними уявленнями повинні визначатися зміст і структура психотерапевтичного процесу, стратегія і тактика психотерапевта, методи терапевтичної інтервенції);
- теоретичні положення про образну сферу людини (під образною сферою мається на увазі сукупність вторинних образів різних класів; вторинні образи — це внутрішні образи, пережиті за відсутності безпосереднього стимулу як їх прообразу);
- теоретичні положення про символи несвідомого, про основи глибинної психологічної символіки, про походження й трансформацію символів.

2. Розвиток теоретичних основ практики кататимно-імагінативної психотерапії.

2.1. Перегляд низки ключових положень, що стосуються структури та змісту терапевтичного процесу в кататимно-імагінативній психотерапії, деякими з яких є такі:

- основні принципи роботи з поданням образів (імагінаціями): вибір мотиву для подання, техніки інтервенції, стиль інтервенції;
- особливості сеттінгу в кататимно-імагінативній психотерапії (на відміну від класичної аналітичної психотерапії, психотерапевт у кататимно-імагінативній психотерапії займає активнішу й директивнішу позицію під час роботи з поданням образів, даючи пацієнтові інструкцію релаксації, пропонуючи ту чи іншу тему для імагінації і супроводжуючи його під час цього уявлення; під час уявлення образів пацієнт перебуває в кріслі або на кушетці із заплющеними очима; усе це не може не впливати на особливості терапевтичної ситуації і, передусім, на актуальний стан взаємин терапевт–пацієнт);
- фактори впливу в кататимно-імагінативній психотерапії;
- регресія в кататимно-імагінативній психотерапії;
- робота з перенесенням / контрперенесенням;
- інтерпретація символічного матеріалу.

2.2. Розвиток клінічних аспектів кататимно-імагінативної психотерапії, найбільш актуальними з яких є такі:

- уточнення критеріїв відбору пацієнтів для кататимно-імагінативної психотерапії: показання та протипоказання, доступність і придатність;
- специфіка застосування кататимно-імагінативної психотерапії в роботі з пацієнтами різних нозологій, з різним рівнем розвитку організації особистості;
- використання кататимно-імагінативної психотерапії в перинатальній терапії.

2.3. Розвиток можливостей кататимно-імагінативної психотерапії для розкриття творчих здібностей людини, її лідерських якостей, у сфері бізнес-консультування, у сфері мистецтва.

3. Науково-дослідна робота в галузі кататимно-імагінативної психотерапії.

Розвиток кататимно-імагінативної психотерапії як науково обґрунтованого методу психотерапії неможливий без проведення систематичних наукових досліджень.

4. Професійна підготовка в галузі кататимно-імагінативної психотерапії як психодинамічної образної психотерапії.

Ефективний розвиток кататимно-імагінативної психотерапії може відбуватися лише за умови високого рівня кваліфікації фахівців, які працюють у цій галузі. У зв'язку з цим актуальним є питання підготовки фахівців у царині кататимно-імагінативної психотерапії, які відповідають сучасним вимогам.

Відповідно до міжнародних норм повна психотерапевтична освіта в психодинамічному напрямі включає теоретичну підготовку, власний досвід психотерапії (особисту психотерапію) і практику під керівництвом супервізора. В основі освітніх програм із кататимно-імагінативної психотерапії лежить система підготовки фахівців, розроблена Х. Льойнером. Із дидактичною метою метод поділено на основний, середній і вищий щаблі, на кожному з яких вивчаються й опрацьовуються стандартні мотиви. Наприклад, на основному щаблі опрацьовуються мотиви Луг, Струмок, Гора, Дім, Узлісся; на середньому щаблі — Значима особа, Сексуальність (кущ троянди) (поїздка на попутній машині), Агресивність (лев), Ідеал Я; на вищому щаблі — Печера, Вікно на болоті, Вулкан, Фоліант. На кожному щаблі використовуються певні психотерапевтичні техніки й інтервенції.

Метод чітко структурований, що відкриває прекрасні можливості для його вивчення й викладання.

4.1. Теоретична підготовка. У теоретичній підготовці доцільно виділити два модулі, а саме:

- обов’язковий модуль освітніх програм — до обов’язкової складової освітніх програм, окрім вивчення безпосередньо теорії та практики кататимно-імагінативної психотерапії, необхідно включити підготовку із загальної психотерапії, теорії та практики психодинамічної психотерапії, клінічних дисциплін (основи клінічної психіатрії, психодіагностики, клінічної практики тощо);
- додатковий модуль освітніх програм включає спеціалізовану поглиблену підготовку в роботі з різною проблематикою і з різних напрямів, наприклад використання кататимно-імагінативної психотерапії в роботі з дітьми та підлітками, психотерапії пар, групової психотерапії тощо.

4.2. Особиста психотерапія. За сучасними міжнародними правилами навчання в рамках психодинамічного напряму кандидат у психотерапевти повинен мати не менше 250 годин індивідуальної психотерапії.

4.3. Практика під керівництвом супервізора. Супервізія є одним із найважливіших методів підготовки й підвищення кваліфікації фахівців у кататимно-імагінативній психотерапії. Супервізії проводяться як в індивідуальній, так і в груповій формах.

Аналізуючи власний багаторічний досвід підготовки фахівців із кататимно-імагінативної психотерапії в рамках різних навчальних програм, можна зробити висновок, що тривалість навчальної програми з кататимно-імагінативної психотерапії має становити не менше трьох років. Навчання проводиться у формі додаткової професійної освіти, здобутої на базі вищої медичної або психологічної освіти.

4. Характеристика методу

Із понад п’ятнадцяти відомих сьогодні напрямів психотерапії, що використовують образи в лікувальному процесі, кататимно-імагінативна психотерапія є найглибшим, системно пропрацьованим і технічно організованим методом, що має фундаментальну теоретичну базу.

Концептуальну основу методу складають глибинно-психологічні психоаналітично орієнтовані теорії, аналіз несвідомих і передсвідомих конфліктів, афективно-інстинктивних імпульсів, процесів і механізмів захисту як відображення актуальних емоційно-особистісних проблем, аналіз онтогенетичних форм конфліктів раннього дитинства.

☝Терапія базується на двох основних положеннях:

1. Людина здатна розвивати у своїй уяві фантастичні уявлення, відомі не тільки як нічні сновидіння, а й як денні фантазії. За допомогою своїх імагінативних здібностей особистість може щоразу заново створювати власний

образ, виходячи з самої себе, та пізнавати себе під час цього діалектичного процесу [14].

2. У результаті емпіричних спостережень за образами, що містять фантазії, сформульовано низку специфічних правил і закономірностей. Вони підпорядковуються первинному процесу за допомогою неінтерпретаційного впливу.

Пацієнта, який лежить із заплющеними очима на кушетці або сидить у зручному кріслі, вводять у стан розслаблення. У роботі з дорослими пацієнтами й підлітками для цього використовується техніка, близька до двох перших щаблів аутогенного тренування за Й. Х. Шульцем. Як правило, вистачає кількох простих навіювань стану спокою, розслабленості, тепла, важкості й приємної втоми послідовно в різних частинах тіла. У роботі з більшістю дітей часто вистачає прохання лягти або сісти, заплющити очі й розслабитися.

Прототипом на першому, ознайомчому занятті є тест «Квітка». Після завершення збору даних глибинно-психологічного аналізу (протягом перших одного-трьох занять) відносно легко й невимушено вдається уявлення образу квітки. Тест покликаний показати, чи здатний пацієнт узагалі (і, якщо здатний, то наскільки) утворювати повноцінні кататимні образи. Це просте неформальне прохання до пацієнта (без спеціального пояснення психотерапевтичного методу) усуває напругу очікування, що може виникнути за інших умов. Дійсно, майже всі пацієнти (навіть із відносно важкими порушеннями) справляються з цим тестом і уявляють квітку.

Кореляцію між поданням образів і розслабленням можна описати як круговий процес. Пропозиція уявити образи полегшує розслаблення, а глибше розслаблення посилює переживання образів (у плані їх більшої кольорової насиченості та пластичності) і посилює регресивне занурення з внутрішнім «розкриттям» для емоційного тону. Цікаво, що після завершення цього тесту пацієнтові потрібен деякий час, щоб, розплющивши очі, знову повернутися в реальність. Складається враження, що він повертається «здалеку», ніби «занурений у себе» і перебуває під емоційним враженням пережитого.

Якщо пауза затягується, слід запитати пацієнта, які в нього труднощі. Як правило, пацієнт говорить про квітку. При цьому неважливо, як називається ця квітка. Це можуть бути квіти, породжені фантазією, і квіти, назви яких пацієнт не знає. Терапевт просить описати квітку в усіх подробицях — її розмір, колір, що видно, якщо зазирнути всередину квітки тощо.

Дуже рідко буває, що пацієнт узагалі не може уявити квітку. У цьому випадку постає питання про те, чи не є пацієнт надто тривожним, чи не має він прихованих побоювань. Це може проявлятися вже в тому, що його заплющені повіки тремтять, на них помітний неспокійний рух, або ж він сидить скуто,

напружившись. Багато неприємних відчуттів і стан тривожності спричинені актуальною ситуацією. Ймовірно, відбувається «негативний перенос» пацієнта на психотерапевта.

Попередньою умовою проведення психотерапії є, зрозуміло, встановлення під час однієї або декількох попередніх бесід довірливих стосунків між пацієнтом і терапевтом, а також збір даних про пацієнта (анамнез).

Після досягнення пацієнтом стану розслаблення (що можна проконтролювати за характером дихання, тремтінням повік, положенням рук і ніг) йому пропонується уявити образи на задану психотерапевтом у відкритій формі тему — стандартний мотив (Луг, Струмок, Гора).

Уявляючи образи, пацієнт розповідає психотерапевту про свої переживання. Фахівець ніби супроводжує пацієнта в його образах і, якщо необхідно, спрямовує їхній перебіг відповідно до стратегії лікування.

Цікаво, що ті, хто тільки починає відкривати для себе світ образної свідомості, спочатку схильні бачити в пережитих образах щось безглузде й фантастичне, що навряд чи стосується самої людини. Таким чином, для них радше неприйнятно, що переживання образів якось пов'язані з глибинами їхньої психіки. Спочатку їм часто бракує тієї внутрішньої, емоційної участі, типової для пізнішої стадії терапії, на якій уже зрозуміло, що образи пов'язані з власним Я. Цей зв'язок стає ще виразнішим і очевиднішим, тому що рано чи пізно людина сама починає розбиратися в них, розуміти їх значення й самостійно аналізувати їх за допомогою психотерапевта. Це може статися, коли спонтанно з'являються думки про суб'єктивне значення образів, коли образ сам розвивається так, що набуває певної схожості з близькою чи значущою людиною, або розвиток образів складається у знайому ситуацію.

Психотерапевт співпереживає в оформленні мотиву, створюючи умови актуалізації самісної структури клієнта як персонажа уявної дії.

Участь психотерапевта зовні виражається в тому, що через певні проміжки часу за допомогою коментарів на кшталт «так», «угу», вигуків на кшталт «От як!», повторення описів пацієнта, а також за допомогою запитань про деталі й властивості образу він сигналізує про те, що уважно стежить за перебігом розвитку образів пацієнта.

Щоб забезпечити найбільш повне й глибоке саморозкриття особистості пацієнта, необхідно звести до мінімуму сугестивний вплив психотерапевта. Зокрема, запитання психотерапевта мають бути відкритими, тому що вже в самому запитанні можуть бути деякі елементи навіювання. Наприклад, замість того щоб запитати «Дерево велике?» або «Чи далеко це дерево?» (що вже передбачає очікування певної відповіді), варто запитати «Якого розміру дерево?» або «На якій відстані знаходиться це дерево?».

Тривалість уявлення образів залежить від віку пацієнта й характеру мотиву, який він уявляє. Для підлітків і дорослих пацієнтів вона становить близько 20 хвилин, але не повинна перевищувати 35–40 хвилин. Для дітей тривалість уявлення образів коливається залежно від віку від 5 до 20 хвилин.

Курс психотерапії складається, як правило, з 8–15 сеансів, в особливо складних випадках досягаючи іноді 30–50 сеансів. Однак істотні поліпшення настають уже після декількох перших сеансів, аж до того, що іноді навіть один-єдиний сеанс може позбавити пацієнта від хворобливого симптому або допомогти розв'язати проблемну ситуацію.

Частота сеансів становить від одного до трьох сеансів на тиждень. Через те що метод КІП справляє глибокий емоційний вплив і вимагає часу, щоб пережите в ході сеансу пройшло складний процес внутрішнього психологічного опрацювання, проводити сеанси щодня або декілька разів на день не рекомендується. Також не рекомендується проводити сеанси рідше, ніж раз на тиждень.

КІП проводиться в індивідуальній, груповій формі й у формі психотерапії пари, коли образи одночасно представляють або чоловік і жінка/партнери, або дитина з одним із батьків. КІП може бути також складовою частиною сімейної психотерапії.

Показання та протипоказання для застосування КІП

Методу КІП підвладне вирішення широкого розмаїття проблем у людей з такою особистісною структурою, яка не піддається або недостатньо піддається психотерапії інших напрямів.

Хороший ефект відзначений і в людей, які сильно перевантажують інтелект або фіксуються на оперативному мисленні в рамках психосоматичного синдрому (алекситимія, за якої почуття не усвідомлюються і не виражаються словами).

Метод КІП ефективний і в тих випадках, коли неможливо з’ясувати глибинно-психологічний анамнез (історію життя), як це прийнято в психотерапії. Через цілковите нерозуміння причин своїх проблем і невміння поводитися з досвідом минулого людина змушена стикатися з повторенням одних і тих самих ситуацій знову.

Психотерапія показана також дітям від 9 років і дорослим, які відчувають страхи або страждають на фобії. Якщо джерело страху суттєво перевершує внутрішні сили дитини, триває занадто довго або виникає в дуже ранній період розвитку, страх стає патологічним і гальмує розвиток, «сковує» особистість.

Символічне програвання ситуацій, пов'язаних зі страхом, в образі безпечне для психіки і дозволяє виявити ступінь внутрішнього конфлікту, встановити реальну причину проблем, виробити і зміцнити захисні механізми та позбутися

тривожності, а також депресивних, нав'язливих, іпохондричних та інших патогенних станів психіки.

КІП успішно застосовується при лікуванні дитячих нав’язливих станів. Позитивний ефект психотерапії пов’язаний з тим, що відколотий від свідомості, тобто витіснений матеріал, «повертається» в символічній формі в образну свідомість. Тим самим припиняється нав'язливе повторення як захисний механізм проти витісненого.

КІП показана також при нейро- та психовегетативних порушеннях середньої тяжкості, психосоматичних розладах, нічному нетриманні сечі (енурезі), заїкуватості, нервовій анорексії та інших порушеннях харчування, порушеннях функціональних або психічних компонентів при внутрішніх або інших захворюваннях, у випадках, обумовлених невротичним розвитком особистості, порушеннях адаптаційної здатності, при замкнутості, закомплексованості, у випадках порушення концентрації уваги й проблем з успішністю в навчанні.

☝Протипоказаннями для застосування методу є:

- недостатній інтелектуальний розвиток з IQ нижче за 85;
- гострі або хронічні психози чи близькі до психозу стани;
- церебрально-органічні синдроми;
- недостатня мотивація, навіть у випадках простої психотерапії.

Небезпеки кататимного переживання образів

Доти, доки психотерапія за методом КІП проводиться професійно грамотним психотерапевтом, вона не становить жодної небезпеки. Труднощі можуть виникати лише там, де вчасно не розпізнається тендітна невротична структура або замаскована нарцисична особистість (або структура особистості з прикордонними порушеннями за типом Borderline). Можуть бути викликані страхи і депресивні реакції тощо. Проблеми виникають також у пацієнтів з екстремально істеричною структурою і змішаною істерично-депресивною структурою. Це проявляється, як правило, вже в клінічній поведінці, анамнезі й на перших сеансах КІП.

З цих обставин стає зрозуміло, що для використання методу КІП психотерапевт має володіти достатнім клінічним, зокрема й діагностичним, досвідом. Питання про показання до терапії необхідно вирішувати, оцінюючи конкретний випадок у його найрізноманітніших аспектах.

Якщо проводити прогноз обережно, то результати застосування методу дуже сприятливі. Вони надихають психотерапевта до подальшої роботи за методом КІП. Слід пам'ятати про те, що психотерапевт повинен внести у стосунки зі своїм пацієнтом необхідний ступінь емпатиійного звернення. Якщо

ж має місце глибоко прихована антипатія до пацієнта, то психотерапевту слід направити його до колеги [14].

Техніки ведення кататимно-імагінативної психотерапії

Психотерапевт Єва Йорт виокремлює кілька технік психотерапевтичного ведення:

1. *Активне ведення.* Терапевт підтримує і заохочує пацієнта, допомагає йому, дає йому безпеку, енергію і силу, зменшує тривожність. Недоліком активного ведення, який може посилити опір пацієнта, є те, що терапевт надто сильно керує образами пацієнта, ніби це його власні образи. Це помилка, яка часто спостерігається у терапевтів-початківців.

2. *Пасивне ведення.* Терапевт дозволяє пацієнтові просуватися самому. Образи пацієнта вільні; стимулюються його творчі здібності. Але цей стиль ведення часто посилює тривожність пацієнта, який може відчувати відсутність інтересу до себе або наявність страху в терапевта.

3. *Відображення.* Психотерапевт стежить за тим, що робить пацієнт, дозволяючи статися тому, що відбувається. Недоліком відображення є відсутність підтримки; цей стиль може відчуватися як монотонний.

4. *Техніка емоційної підтримки.* Терапевт приймає пацієнта, дякує йому за матеріал, підбадьорює його. Але в цьому випадку може блокуватися ініціатива пацієнта, його відповідальність за те, що відбувається. Можлива також надмірна ідеалізація терапевта, емоційна залежність від нього. Необхідний баланс між підтримкою і фрустрацією.

5. *Конфронтація.* Використовуючи цю техніку, терапевт добре просуває процес, підвищує самооцінку пацієнта, посилює його інсайти, стає можливим психотерапевтичний прорив. Натомість може посилюватися опір і тривожність пацієнта, під загрозу ставиться робочий альянс. Це може призвести до негативного переносу, до боротьби за престиж.

6. *Орієнтація на дію.* Пацієнт весь час щось робить в образі, і це може призвести до прориву. Але психотерапевтичний процес може бути поверхневим, якщо не звертати увагу на почуття. Цей стиль може призводити до пасивності пацієнта й посилювати його опір.

7. *Зупинка (заморожування) картинки.* Якщо пацієнт зустрічається з образом, який викликає страх, терапевт просить його зупинитися і просто поспостерігати за тим, що він уявляє. Це допомагає винести сильне почуття тривоги та вступити з образом у конфронтацію. Цей стиль ведення може призвести до прориву, може змінити об'єктивну репрезентацію, посилити Его. Але й може викликати сильні тривожні почуття.

Основні психотерапевтичні стилі роботи в КІП

Ханскарл Льойнер виділяє чотири основні психотерапевтичні стилі роботи з пацієнтом за методом кататимного переживання образів.

Навчальний, або тренувальний, стиль. Використовується на перших сеансах роботи з метою уникнення та зняття напруги. При цьому пацієнт навчається працювати з образами, щоб пізніше опрацювати конфліктний зміст. Мотиви: Квітка, Луг, Струмок, Дерево тощо.

Протективний стиль. Його можна розглядати як різновид навчального стилю або ж як окремий стиль роботи в КІП. Його використання також дає можливість уникнути конфліктності. Психотерапевт підтримує, підкріплює, насичує ресурси пацієнта. Для цього добре працюють ландшафтні мотиви, що пов'язано з тим, що терапевт звертається до глибин людського буття. Цей стиль важливий при роботі з депресіями, нарцисичними і шизоїдними розладами. Терапевт захищає пацієнта від ситуацій напруженості і конфліктності, з якими його Его ще може не впоратися. При роботі з депресивними чи психосоматичними пацієнтами перші 10 занять необхідно працювати в протективному стилі й не переходити до конфронтацій. Мотиви: Луг; Струмок; Гора; Мій луг; Мій струмок; Місце, де тобі (було) добре; Джерело сил; Оазис; Місце, де ти відчуваєш себе захищеним; Купіль; Місце сили.

Конфронтативний стиль. Проводячи роботу в цьому стилі, терапевт зіштовхує пацієнта з його проблемою або внутрішнім конфліктом. Робота в конфронтативному стилі може проходити з будь-яким мотивом. Наприклад, Галявину лісу можна проводити в конфронтативному або протективному стилі, нагнітаючи і пом'якшуючи напругу.

Асоціативний стиль. Стиль, у якому використовується принцип нульового структурування. Коли задається або «те, що саме випаде», або «те, що ви самі побачите». У цьому стилі терапевт дає можливість образам пацієнта вільно текти на задану тему або на вільну тему.

Діючі чинники кататимно-імагінативної психотерапії

Концепція діючих чинників психотерапії є спробою знайти відповідь на питання, яким чином або за допомогою чого діє психотерапія. Спочатку ця концепція розвивалася в царині групової психотерапії. Незважаючи на численні дослідження, концепція діючих чинників для індивідуальної психотерапії досі вважається недостатньо сформульованою. Навіть серед психотерапевтів, які працюють у психоаналітичному руслі, поширені діаметрально протилежні точки зору на те, що є терапевтичним і ефективним у психоаналітичній терапії.

☝Узагальнюючи думки дослідників, можна сказати, що ефективність найбільш вивченої психоаналітичної терапії залежить від таких двох чинників:

а) характеристики терапевтичних взаємин між пацієнтом і аналітиком; б) інтерпретації центрального конфлікту стосунків, особливо бажання пацієнта і реакції об’єкта.

При цьому слід інтерпретувати те, що було пережито пацієнтом, у найбільш конфліктній мірі та сприймається як таке, що найбільше відповідає актуальному стражданню [14].

Той факт, що терапевтичні стосунки й інтерпретація є пов'язаними передумовами успішного психоаналітичного лікування, сьогодні не викликає сумнівів. Проте, як і раніше, залишається відкритим питання, як насправді у пацієнта відбуваються терапевтичні процеси зміни і яким чином вони можуть бути адекватно описані.

Ефективність кататимно-імагінативної психотерапії очевидна й підтверджена деякими попередніми й катамнестичними дослідженнями.

Х. Льойнер попередньо намітив діючі чинники кататимного переживання образів так:

- розкриття несвідомої проблематики дозується самим пацієнтом;
- мікрокатарсис;
- пробна дія на рівні фантазії;
- стимуляція креативних (пов'язаних із фантазією) можливостей;
- задоволення базових потреб на символічному рівні;
- актуалізація інфантильних травматичних сцен, опрацювання та переробка конфлікту;
- захист терапевта від негативних емоцій.

Цей перелік є результатом клінічного спостереження, а не дослідження процесу психотерапії.

Описувати і класифікувати психотерапевтичні чинники в КІП необхідно з урахуванням трьох терапевтичних напрямів (Х. Льойнер). У першому напрямі реалізується особлива здатність уяви створювати зв’язок між симптомом і конфліктом, а також тілом і психікою, що дає можливість перейти від символічного уявлення ядра конфлікту до його опрацювання, близького до усвідомлення.

Другий напрям – задоволення архаїчних потреб за допомогою спонтанної та індукованої регресії в неконфліктні фази за допомогою уявних сцен захищеності й безпеки. При цьому стан розслаблення поглиблюється, що є передумовою для активізації уяви.

Як третій напрям психотерапевтичного впливу КІП Х. Льойнер описав розвиток сили уяви і креативності у вирішенні наявних проблем.

Опис трьох напрямів психотерапевтичного впливу КІП здійснюється в тісному зв’язку з безпосереднім клінічним досвідом. Разом із цим спільним для

всіх трьох напрямів є такий психотерапевтичний чинник, як опрацювання емоцій, який реалізується за допомогою кататимного переживання образів.

? *Питання для самоконтролю:*

1. Дайте визначення поняття «кататимно-імагінативна психотерапія». Яке значення мають терміни «кататимний» та «імагінативний» у назві методу?

2. Назвіть і охарактеризуйте ключові положення КІП як психодинамічної образної психотерапії.
3. На якому теоретичному фундаменті базується метод КІП?
4. Що таке імагінація? Як Х. Хенніг трактує поняття імагінації?
5. Назвіть основні напрями розвитку КІП. Розкрийте зміст розвитку теоретичних основ практики методу.
6. Опишіть техніку введення пацієнта в стан розслаблення. Чим ця техніка відрізняється в роботі з дорослими та дітьми?
7. Що таке тест «Квітка» і яку діагностичну функцію він виконує на початковому етапі психотерапії?
8. Які стандартні мотиви використовуються на основному, середньому та вищому щаблях КІП?
9. Яка тривалість та частота сеансів КІП рекомендована для дітей і дорослих пацієнтів?
10. Назвіть основні показання для застосування методу КІП.
11. Які протипоказання існують для проведення психотерапії за методом КІП?
12. Які небезпеки можуть виникати під час проведення КІП і з чим вони пов'язані?
13. Перелічіть і охарактеризуйте техніки психотерапевтичного ведення за Євою Йорт. У чому переваги та недоліки кожної з них?
14. Назвіть чотири основні психотерапевтичні стилі роботи за Х. Льойнером. У яких випадках доцільно застосовувати протективний стиль?
15. Яку роль відіграють стосунки «терапевт–пацієнт» та явища перенесення й контрперенесення в терапевтичному процесі КІП?

Практичні завдання

Для виконання практичного завдання розподіліться на групи з 3-ох осіб, у яких по черзі ви будете виконувати такі ролі: «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор».

Клієнт і психотерапевт розігрують ситуацію, виконуючи запропоновані нижче завдання. Супервізор спостерігає за правильністю виконання завдання й після цього аналізує роботу.

Ситуація 1.

Із розповіді матері: «Моя семирічна донька ревнує мене до свого» молодшого братика. Коли він був зовсім маленьким, це не особливо виявилося, а зараз наші стосунки дуже загострились. Тільки-но зроблю їй якесь зауваження, як вона скиглить: «Ти мене не любиш, любиш тільки свого Сашка». Я починаю себе ловити на тому, що не хочу зайвий раз брати сина на руки, щоб донька не приревнувала. При ній намагаюся звертати менше уваги на сина. Але часто чую: «Мамо, чому йому ти поклала більший шматок торту!», «Ти знову з ним граєшся, а хто буде гратися зі мною?» і т.д. Як позбутися дитячих ревнощів?».

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт»-«Психотерапевт»-«Супервізор» такі питання:

- Який план психотерапевтичної бесіди з клієнткою можна запропонувати у цьому випадку?
- Яким можна вважати психологічний аналіз запиту клієнтки? (за необхідності доформулюйте його).

Ситуація 2. Дівчина Л., учениця 10-го класу, останні кілька місяців демонструє різкі перепади настрою: то надмірно активна й балакуча на уроках, то раптово мовчазна й відсторонена. Класна керівниця помітила, що в соціальних мережах Л. вночі публікує довгі емоційні дописи про «безглуздість усього», які вранці видаляє. Одного разу вчителька історії застала Л. за партою в сльозах через незначне зауваження щодо домашнього завдання, хоча раніше дівчина спокійно реагувала на критику.

Запитання для аналізу ситуації:

1. Які ознаки в поведінці Л. можуть свідчити про емоційну нестабільність, що потребує уваги фахівця?
2. Чому нічні публікації, які вранці видаляються, є важливим діагностичним сигналом для дорослих?
3. Як розрізнити вікові особливості підліткової емоційності та стан, що потребує психологічного втручання?
4. Яка непропорційна реакція на незначне зауваження вчительки може вказувати щодо внутрішнього стану дівчини?
5. Які кроки має здійснити класний керівник, помітивши подібні публікації, з дотриманням етичних меж (без порушення приватності підлітка)?
6. Кому і в якій формі слід повідомити про ситуацію — шкільному психологу, батькам, обом одразу?

Тема 6. Поведінкова психотерапія

Мета вивчення теми: зрозуміти теоретичні засади поведінкової психотерапії як одного з провідних напрямів психологічної допомоги, засвоїти основні положення класичного та оперантного обумовлення, теорії соціального научіння, що лежать в основі поведінкового підходу; ознайомитись з базовими техніками та методами поведінкової психотерапії (систематична десенсибілізація, експозиційні техніки, техніки підкріплення, тренінг навичок тощо).

Питання для опанування теоретичного матеріалу.

Витоки поведінкового напряму в психотерапії та консультуванні. Поняття поведінкової психотерапії. Основні положення научувально-біхевіоральної теорії Б. Ф. Скіннера. Поведінкова психотерапія як практична реалізація научувально-біхевіоральної теорії. Методи поведінкової психотерапії *Викликана емоційна реакція* психотерапії.

Основні терміни й поняття: обумовлення, контробумовлення. генералізація, загасання ефект часткового підкріплення реакція уникнення конфлікт надмірна поведінка, научувально-біхевіоральна теорія, умовне підкріплення, аверсивний стимул, систематична десенсибілізація.

Витоки поведінкового напряму в психотерапії та консультуванні

Поведінковий напрям у психотерапії та консультуванні веде свій безпосередній початок від робіт Джозефа Вольпе й Арнольда Лазаруса (середина 1950-х – початок 1960-х років XX ст.), хоча сягає своїм корінням біхевіоризму Джона Уотсона та Едварда Лі Торндайка. Загалом, як відомо, історія дослідження обумовлення поведінки ґрунтується на роботах Чарльза Белла (1774-1842) та Івана Михайловича Сєченова (1829–1905).

Саме І. М. Сєченову належить ідея рефлекторної дуги з трьома компонентами: сенсорним входом, процесом передачі первинного збудження та ефекторним виходом, дію якої було покладено в основу пояснення функціонування психіки.

Після класичних експериментів Івана Петровича Павлова, який використовував модель І. М. Сєченова, а також праць Володимира Михайловича Бехтерєва з рефлексології з'явилася книга Джона Уотсона «Поведінка. Вступ до порівняльної психології», що стала однією з перших спроб представити психологію в термінах біхевіоризму, тобто трактувати психічні процеси за допомогою спостережуваних стимул-реактивних стосунків.

Джон Уотсон, за його власним визнанням, намагався створити «об'єктивну психологію», вільну від інтроспекціонізму, надмірної перевантаженості

філософією та релігією. Основна ідея біхевіоризму Дж. Уотсона про те, що кожен стимул пов'язаний із певною реакцією, стала одним із фундаментальних положень поведінкової психології та психотерапії.

На чільне місце в сучасних уявленнях про людину в поведінковому підході поставлено уявлення про те, що людина є продуктом і водночас творцем власного навколишнього середовища.

Водночас у поведінковій психології поняття особистості не тільки недостатньо розроблене, а й тривалий час фактично було відсутнім. Мабуть, у поведінковій психотерапії особистість не могла бути безпосереднім предметом впливу, оскільки спочатку свідомість було виключено з кола явищ, що підлягали науковому аналізу в межах цього напряму.

Тим не менше, дослідницьку роботу, пов’язану з визначенням особистості, її понять та понятійних структур, здійснив відомий представник поведінкової психології Ганс Айзенк. Очевидно, під впливом досліджень Гордона Олпорта, який поклав в основу структури особистості стійкі поведінкові риси (*traits*), Г. Айзенк за допомогою факторного аналізу виділив групу особистісних рис, що піддавалися вимірюванню, а саме: депресивність, нав'язливість, соціабельність, ригідність і спонтанність.

Ці риси були названі ним рисами першого порядку. Серед рис другого порядку – інтроверсія, екстраверсія та нейротизм. Відповідно, одним із найбільш відомих описів структури особистості в поведінковій психотерапії є типологія, що виводиться зі співвідношення показників нейротизму та екстра-інтроверсії [14].

Поняття поведінкової психотерапії

Оскільки вся поведінкова психотерапія безпосередньо пов’язана з научінням, базова термінологія відображає основні концепції научіння, сформовані в межах біхевіоризму.

Обумовлення – поняття, що охоплює всю галузь впливу на поведінку. Розрізняють два види обумовлення: класичне (павлівське), коли научіння відбувається завдяки поєднанню стимулів, та оперантне (скіннерівське), коли воно здійснюється шляхом закріплення певної поведінки за допомогою підкріплення. Розрізняють також безумовне научіння, що відбувається поза спеціально організованим обумовленням.

Контробумовлення – поняття, що відображає формування реакції, несумісної з початковою умовною реакцією, завдяки новому обумовленню.

Генералізація (узагальнення) – поняття, що відображає поширення набутої реакції на стимули, подібні до початкового стимулу. На початку 1950-х років було доведено, що існує не тільки моторне та емоційне, а й вербальне (зокрема семантичне) узагальнення, а також візуальне.

Загасання – поняття, що відображає закономірності, пов'язані зі зникненням реакції, сформованої в результаті обумовлення, у разі припинення підкріплення.

Ефект часткового підкріплення – феномен поведінки, за якого підкріплення, хоча й не є постійним, сприяє збереженню бажаної дії. Саме на цьому психологічному ефекті значною мірою ґрунтується привабливість азартних ігор та гральних автоматів.

Викликана емоційна реакція – феномен, за якого пред'явлення нейтрального умовного стимулу в поєднанні з болісним безумовним стимулом призводить до виникнення страху при повторному пред'явленні умовного стимулу.

Реакція уникнення – поняття, що характеризує явище зменшення або зникнення емоції страху, коли суб'єкт навчається уникати дії аверсивного стимулу.

Конфлікт у поведінковій психотерапії означає суперечність між потребою та пов'язаною з нею реакцією уникнення. Наприклад, реакція уникнення, пов'язана з придушенням сексуальної потреби, може викликати фрустрацію та почуття самотності.

Надмірна поведінка (рухова, емоційна чи розумова) виникає як різновид реакції уникнення, за якої відбувається генералізація дій, що раніше отримали негативне підкріплення, або їх заміщення через спрямованість на інший об'єкт («обпікшись на молоці, дуєш на воду»).

Основні положення научувально-біхевіоральної теорії Б. Ф. Скіннера

Усі теоретики психодинамічного напряму цікавилися внутрішніми структурами та процесами, що лежать в основі спостережуваних форм поведінки. Їхня увага концентрувалася на станах і процесах «усередині людини» незалежно від того, чи розглядалися психічні процеси й конфлікти, описані З. Фройдом; архетипи, постульовані К. Юнгом; або суперриси, встановлені Г. Айзенком.

Для всіх цих теоретиків реальна дія відбувається під зовнішньою оболонкою. Але сьогодні очевидним є той факт, що поведінка особистості також залежить від її досвіду. Через научіння ми отримуємо знання, опановуємо мовлення, формуємо стосунки, цінності, страхи, особистісні риси й самооцінку.

☝Особистість із точки зору научіння – це той досвід, який людина набула протягом життя, накопичений набір засвоєних моделей поведінки. На відміну від З. Фройда та багатьох інших персонологів, теоретики научувально-біхевіорального напряму не вважають за потрібне зосереджуватися на психічних структурах і процесах, прихованих у «розумі». Навпаки, вони принципово

розглядають зовнішнє оточення як ключовий фактор людської поведінки. Саме оточення, а не внутрішні психічні явища, значною мірою формує поведінку людини.

Роботи Берреса Фредеріка Скіннера (1904–1990) найбільш переконливо демонструють значення впливу навколишнього середовища на поведінку. Дотримуючись біхевіористського підходу, учений відстоював функціональний аналіз поведінки організму. Такий аналіз встановлює реальні та закономірні взаємозв'язки між відкритою поведінкою (реакцією) організму та умовами навколишнього середовища (стимулами), що її контролюють. Ці змінні повинні бути незалежними від дослідника, доступними для спостереження та піддаватися кількісному визначенню.

Проте Б. Ф. Скіннер не прийняв ідею про особистість або самість, яка стимулює та спрямовує поведінку.

Скіннерівський радикальний біхевіоризм наголошував на детальному аналізі характерних особливостей минулого досвіду людини та її унікальних вроджених здібностей.

Сутність оперантного научіння полягає в тому, що підкріплена поведінка має тенденцію повторюватися, а непідкріплена або покарана поведінка – не повторюватися чи пригнічуватися. Отже, концепція підкріплення відіграє ключову роль у теорії Б. Ф. Скіннера.

Швидкість, з якою оперантна поведінка формується та зберігається, залежить від режиму застосовуваного підкріплення. *Режим підкріплення* – це правило, яке визначає умови та ймовірність отримання підкріплення.

Найпростішим правилом є пред'явлення підкріплення щоразу, коли суб'єкт демонструє бажану реакцію. Це називається *режимом безперервного підкріплення* й зазвичай використовується на початковому етапі оперантного научіння, коли організм навчається виробляти правильну реакцію.

Однак у більшості ситуацій повсякденного життя постійне підкріплення або неможливе, або недоцільне для збереження бажаної реакції, оскільки підкріплення поведінки не завжди є однаковим і регулярним. У більшості випадків соціальна поведінка людини підкріплюється час від часу: дитина плаче не один раз, перш ніж приверне увагу матері; учений багато разів помиляється, перш ніж знаходить правильне вирішення складної проблеми. В обох наведених прикладах непідкріплені реакції повторюються доти, доки одна з них не буде підкріплена.

Б. Ф. Скіннер ретельно вивчав, як режим переривчастого (часткового) підкріплення впливає на оперантну поведінку. Хоча можливі різні режими підкріплення, усі їх можна класифікувати відповідно до двох основних параметрів:

1. підкріплення може відбутися після того, як минув певний або випадковий часовий інтервал із моменту попереднього підкріплення (режим інтервального підкріплення);

2. підкріплення може відбутися після того, як із моменту попереднього підкріплення було отримано певну або випадкову кількість реакцій (режим пропорційного підкріплення) [18].

☝Теоретики научіння визнають два типи підкріплення – первинне та вторинне.

Первинне підкріплення – це будь-яка подія чи об'єкт, які самі по собі володіють підкріплювальними властивостями. Вони не потребують попередньої асоціації з іншими підкріпленнями для задоволення біологічної потреби. Первинними підкріплювальними стимулами для людини є їжа, вода, фізичний комфорт тощо. Їхнє ціннісне значення для організму не залежить від попереднього научіння.

Вторинне, або умовне, підкріплення – це будь-яка подія чи об'єкт, які набувають підкріплювальних властивостей завдяки тісній асоціації з первинним підкріпленням, сформованій у процесі минулого досвіду організму.

Прикладами загальних вторинних підкріплювальних стимулів у людей є гроші, увага, прихильність і гарні оцінки.

Характерною особливістю умовного підкріплення є його генералізація, якщо воно пов'язане з більш ніж одним первинним підкріпленням. Гроші – особливо показовий приклад. Очевидно, що гроші самі по собі не можуть задовольнити наші первинні потреби. Але завдяки системі культурного обміну вони є потужним фактором отримання безлічі бажаних благ. Наприклад, гроші дозволяють нам купувати модний одяг, автомобілі, оплачувати медичну допомогу та освіту.

Інші види генералізованих умовних підкріплювальних стимулів – це лестощі, похвала, прихильність і можливість контролювати поведінку інших. Ці так звані соціальні підкріплювальні стимули, що включають поведінку інших людей, часто діють дуже складно й приховано, але вони істотно впливають на поведінку людини в різноманітних ситуаціях.

Контроль поведінки за допомогою аверсивних стимулів

З точки зору Б. Ф. Скіннера, поведінка людини значною мірою контролюється аверсивними (неприємними чи больовими) стимулами. Два найбільш типових методи аверсивного контролю – це покарання й негативне підкріплення.

Ці терміни часто помилково використовують як синоніми, хоча вони позначають різні процеси та поведінкові ефекти.

Покарання – це наслідок поведінки, який зменшує ймовірність її повторення. *Негативне підкріплення*, навпаки, полягає в усуненні або запобіганні аверсивному стимулу, унаслідок чого ймовірність певної поведінки зростає.

Термін «покарання» стосується будь-якого наслідку, який слідує за певною оперантною реакцією та зменшує ймовірність її повторення. Передбачувана мета покарання – спонукати людей не поводитися певним небажаним чином. Б. Ф. Скіннер зауважував, що покарання є одним із найбільш поширених методів контролю поведінки в сучасному суспільстві.

Покарання може здійснюватися двома способами – через *пред'явлення аверсивного стимулу* ***або через*** *позбавлення позитивного підкріплення.*

Позитивне покарання відбувається тоді, коли після поведінки додається аверсивний стимул. Наприклад, якщо дитина погано поводиться, її сварять; якщо студент користується шпаргалкою на іспиті, його можуть покарати відповідно до встановлених правил; якщо дорослу людину затримують за крадіжку, вона може бути оштрафована або позбавлена волі.

Негативне покарання відбувається тоді, коли після певної поведінки усувається позитивний підкріплювальний стимул. Наприклад, дитині забороняють дивитися телевізор через погану поведінку.

Одним із варіантів негативного покарання є *методика припинення (тайм-аут)*, за якої людину на певний час позбавляють доступу до ситуації або середовища, де доступні певні підкріплювальні стимули. Наприклад, учня, який систематично заважає проведенню заняття, можуть тимчасово вивести з класу.

Фізична ізоляція може бути одним зі способів припинення небажаної поведінки, однак її застосування потребує дотримання етичних вимог і не повинно передбачати приниження чи насильство.

На відміну від покарання, *негативне підкріплення* – це процес, у якому поведінка призводить до усунення аверсивного стимулу або запобігає його появі. Будь-яка поведінка, що перешкоджає виникненню аверсивного стану або припиняє його, унаслідок цього може повторюватися частіше та бути негативно підкріпленою.

Поведінка відходу є одним із прикладів. Скажімо, людина, яка ховається від палючого сонця, заходячи до приміщення, найімовірніше, знову зробить це, коли сонце стане таким самим сильним.

Слід розрізняти *відхід від аверсивного стимулу та уникнення його*. У першому випадку аверсивний стимул уже присутній і поведінка припиняє або зменшує його вплив. У випадку уникнення аверсивний стимул фізично ще не представлений: людина поводиться так, щоб запобігти його появі.

Отже, інший спосіб боротьби з неприємними умовами – навчитися уникати їх, тобто поводитися так, щоб запобігти їх виникненню. Ця стратегія відома як *научіння уникнення*.

Як підкріплення, так і покарання можуть здійснюватися двома способами. Вибір способу залежить від того, що відбувається після реакції: пред'явлення чи усунення приємного або неприємного стимулу.

Головне правило можна сформулювати так: *підкріплення підвищує ймовірність повторення поведінки, покарання – знижує її.*

Б. Ф. Скіннер критично ставився до використання форм контролю поведінки, заснованих на аверсивних стимулах. Учений особливо наголошував на обмеженій ефективності покарання як засобу контролю поведінки, оскільки через свою загрозливу природу покарання може викликати негативні емоційні та соціальні побічні ефекти.

Тривога, страх, агресивність, зниження самоповаги та впевненості – лише деякі можливі негативні наслідки, пов'язані з використанням покарання. Загроза, що виникає внаслідок аверсивного контролю, може також підштовхнути людей до несприятливих моделей поведінки.

Розглянемо, наприклад, батька, який карає дитину за посереднє навчання. Пізніше, за відсутності батьків, дитина може поводитися ще гірше: прогулювати уроки, безцільно блукати вулицями, псувати шкільне майно. Незалежно від конкретного результату, покарання не обов'язково забезпечує формування бажаної поведінки.

Оскільки покарання може тимчасово пригнічувати небажану чи неадекватну поведінку, основним запереченням Б. Ф. Скіннера було те, що поведінка, за яку людину було покарано, найімовірніше, знову проявиться за відсутності того, хто здійснює покарання.

Замість аверсивного контролю поведінки Б. Ф. Скіннер рекомендував позитивне підкріплення як один із найбільш ефективних методів формування бажаної поведінки. Він доводив, що позитивні підкріплювальні стимули не мають багатьох негативних побічних ефектів, характерних для аверсивного контролю, а тому є більш придатними для формування поведінки людини.

Б. Ф. Скіннер продемонстрував можливості позитивного підкріплення, і це вплинуло на стратегії поведінки, що використовуються у вихованні дітей, освіті, бізнесі та промисловості. У всіх цих сферах з'явилася тенденція до більшого заохочення бажаної поведінки, а не лише покарання небажаної [2].

Генералізація та розрізнення стимулів

Логічним розширенням принципу підкріплення є те, що поведінка, посилена в одній ситуації, імовірно, повториться, коли організм зустрінеться з іншими схожими ситуаціями.

У теорії Б. Ф. Скіннера тенденція підкріпленої поведінки поширюватися на безліч подібних ситуацій називається *генералізацією стимулу*. Цей феномен легко спостерігати в повсякденному житті.

Наприклад, дитина, яку вдома похвалили за гарні манери, буде узагальнювати цю поведінку у відповідних ситуаціях і поза домом. Таку дитину не обов'язково окремо навчати, як поводитися в кожній новій ситуації.

Узагальнення стимулу також може бути результатом неприємного життєвого досвіду. Молода жінка, яка зазнала сексуального насильства з боку незнайомця, може генералізувати свій страх і недовіру на інших чоловіків, оскільки вони нагадують їй про пережиту фізичну та емоційну травму.

Подібно до цього, одного випадку переляку або аверсивного досвіду, пов'язаного з людиною, яка належить до певної етнічної групи, може бути достатньо для формування стереотипу й уникнення подальших соціальних контактів із представниками цієї групи.

Хоча здатність узагальнювати реакції є важливим аспектом багатьох наших повсякденних соціальних взаємодій, очевидно, що для адаптивної поведінки необхідно також уміти розрізняти відмінності між конкретними ситуаціями.

Розрізнення стимулів – це процес научіння реагувати адекватним чином на різні стимули та ситуації. Наприклад, автомобіліст не потрапляє в аварію в годину пік завдяки тому, що розрізняє червоний і зелений сигнали світлофора; дитина вчиться розрізняти домашню собачку та агресивного пса; підліток учиться розрізняти поведінку, схвалену однолітками, і поведінку, що дратує та відштовхує оточення.

Ця здатність формується через підкріплення реакцій у присутності одних стимулів і непідкріплення їх у присутності інших стимулів. Розрізнювальні стимули таким чином дають нам можливість передбачати ймовірні результати, пов'язані з певною оперантною реакцією в різних соціальних ситуаціях.

Відповідно, індивідуальні варіації здатності до розрізнення залежать від унікального минулого досвіду різних видів підкріплення.

Сфера можливого застосування концепції скиннерівського оперантного научіння дуже широка. Основними галузями її використання є:

- психофармакологія – вивчення впливу лікарських препаратів на поведінку;
- освітні технології, що включають програмоване навчання та системи управління поведінкою в класі;
- психолінгвістика та формування вербальної поведінки;
- промисловий менеджмент, зокрема вивчення задоволеності працею та особливостей взаємин на виробництві;

- терапевтична робота з психологічними проблемами, зокрема залежностями, фобіями, розладами харчової поведінки, дитячим аутизмом та іншими поведінковими труднощами.

Поведінкова психотерапія як практична реалізація научувально-біхевіоральної теорії

Хоча Б. Ф. Скіннер не був клінічним психологом, його погляди на оперантне научіння значно вплинули на створення методів зміни поведінки людей із різними психологічними проблемами. Фактично його підхід до зміни або модифікації поведінки сприяв формуванню нового покоління поведінкових психотерапевтів у США.

Поведінкова психотерапія заснована на експериментальних принципах і методах научувально-біхевіоральної теорії. Передумова, що лежить в основі застосування цієї терапії на практиці, відносно проста: психологічні проблеми можуть бути пов'язані з неадаптивними моделями научіння, сформованими в минулому.

Неважливо, наскільки саморуйнівною чи патологічною може бути поведінка людини, поведінковий психотерапевт виходить із того, що вона значною мірою є результатом впливу оточення, яке підтримує та закріплює певні поведінкові реакції.

Отже, завдання, що стоїть перед поведінковим психотерапевтом, полягає в тому, щоб точно визначити неадаптивну поведінку («симптоми»), від якої необхідно позбутися, уточнити бажану нову поведінку та визначити режими підкріплення, необхідні для її формування.

Ці завдання можуть бути реалізовані за умови створення такого середовища, у якому досягнення людиною бажаної якості життя стає можливим завдяки формуванню адаптивної та соціально бажаної поведінки.

☝Отже, поведінкова терапія є практичним застосуванням принципів класичного й оперантного обумовлення, за допомогою яких можна змінювати багато видів неадаптивної поведінки.

Відповідно до загальної спрямованості поведінкової психотерапії, головна її мета – забезпечення нових умов для научіння, тобто формування нових поведінкових реакцій і на цій основі допомога в оволодінні новими способами поведінки.

Конкретні цілі можуть включати формування нових соціальних умінь, оволодіння навичками саморегуляції, подолання шкідливих звичок і зниження рівня стресу, подолання страхів та інших емоційних труднощів тощо.

Психотерапевт у поведінковій психотерапії виступає переважно в ролі вчителя, наставника або тренера. Відповідно до цієї ролі фахівець має

усвідомлювати значення власної поведінки як моделі для наслідування, якою він виступає в очах клієнта.

Завдання психотерапевта полягає в тому, щоб:

- визначити форму поведінки, над якою необхідно працювати;
- знайти підкріплювальні стимули, які мотивуватимуть клієнта;
- після того, як клієнт продемонструє бажану форму поведінки, надати йому необхідне підкріплення;
- поступово зменшувати залежність клієнта від зовнішньої мотивації, замінюючи її внутрішнім самопідкріпленням.

Сутність технології надання психологічної допомоги полягає в тому, що психотерапевт цілеспрямовано й послідовно застосовує відповідні техніки, намагаючись спричинити видимі зміни, які можна відстежувати, вимірювати та коригувати.

У сучасній психотерапії поведінкові техніки широко використовуються як самостійно, так і в поєднанні з іншими психотерапевтичними підходами.

Методи поведінкової психотерапії

Навчання навичкам спілкування

Багато людей із неадаптивною поведінкою або не мають навичок, необхідних для розв'язання проблем повсякденного життя, або сформували неефективні навички й неадаптивні патерни поведінки, які підтримуються певними видами підкріплення.

Поведінкові психотерапевти виходять із того, що деякі люди не знають, як бути доброзичливими, як вести розмову, як відповідним чином висловлювати гнів, як відмовляти на нерозумні прохання тощо.

Така соціальна невідповідність може спричиняти не тільки соціальну ізоляцію, а й депресивні та тривожні переживання, прагнення отримувати увагу за допомогою шкідливих або руйнівних дій, а також труднощі у формуванні ефективних навичок спілкування.

Існування подібних проблем свідчить про те, що навички спілкування впливають на широкий спектр психологічних реакцій і форм поведінки.

Навчання навичкам спілкування має на меті покращення міжособистісної взаємодії в різноманітних ситуаціях реального життя. Конкретні навички, яких необхідно навчити людину, суттєво різняться залежно від виду проблем, з якими вона стикається.

Наприклад, припустімо, що жінка відповідає на нерозумні вимоги свого керівника покірною згодою, якої вона навчилася ще в дитинстві. Психотерапевт не тільки намагався б виявити ці саморуйнівні реакції, а й навчив би її впевнено відстоювати власні межі та права.

Або, наприклад, надзвичайно сором'язливого студента, який страждає через нестачу значущих для нього дружніх стосунків, можна навчити навичок спілкування, необхідних для налагодження дружніх та інтимних стосунків.

Навчання навичкам спілкування, так само як і використання інших терапевтичних методик, здійснюється з урахуванням індивідуальних особливостей людини, яка стикається в певних ситуаціях із певними проблемами.

Не існує єдиного методу навчання соціальному спілкуванню. Водночас особливу увагу в поведінковій психотерапії приділяють двом загальним проблемним сферам: міжособистісній взаємодії, зокрема спілкуванню в подружніх і романтичних стосунках, та впевненій поведінці.

Зупинимося на навчанні впевненості в собі.

Навчання впевненості в собі

Поведінкові психотерапевти вважають, що ступінь упевненості в собі можна представити як певний континуум.

На одному його полюсі – невпевнена людина, яка має труднощі з вираженням позитивних емоцій щодо інших, спілкуванням із незнайомими людьми, зверненням до когось із проханням або за порадою, відмовою на нерозумне прохання тощо.

Така людина може не знати, як почати або завершити розмову, як належним чином реагувати на поведінку інших, як висловити роздратування чи обурення.

На іншому полюсі континууму знаходиться агресивна людина, зосереджена переважно на власних потребах. Вона часто не враховує права та почуття інших людей.

Між цими двома крайнощами розташовується *впевнена (асертивна) особистість***,** яка ясно та прямо виражає позитивні й негативні почуття, не ігноруючи прав і почуттів інших.

Упевнена людина відстоює свої законні права, активно встановлює нові стосунки з іншими людьми та зазвичай успішно справляється зі складними й проблемними ситуаціями.

Навчання впевненості в собі допомагає формувати навички спілкування шляхом репетиції поведінки та самоконтролю.

У методі репетиції поведінки клієнт навчається міжособистісних навичок за допомогою структурованих рольових ігор. Як показує практика, навчання навичкам спілкування може допомогти людям подолати сором'язливість і успішніше відстоювати свої права, коли це необхідно.

Біологічний зворотний зв'язок

Біологічний зворотний зв'язок – це ще один спосіб використання концепції оперантного научіння для психотерапевтичної зміни поведінки.

Застосування оперантних принципів у цьому випадку дає змогу формувати навички контролю над деякими фізіологічними процесами, такими як частота серцевих скорочень, артеріальний тиск або м'язова напруженість.

Метод біологічного зворотного зв'язку ґрунтується на припущенні, що якщо людям надавати чітку інформацію (зворотний зв'язок) про певні фізіологічні процеси, вони можуть навчитися частково регулювати їх.

Щоб зрозуміти, як працює біологічний зворотний зв'язок, звернемося до електроміографічного (ЕМГ) зворотного зв'язку, призначеного для досягнення глибокої релаксації м'язів.

Електроміограф – це прилад, який використовується для вимірювання електричної активності скелетних м'язів, що може бути індикатором рівня м'язової напруженості.

На типовому сеансі біологічного зворотного зв'язку клієнта приєднують до приладу за допомогою електродів і просять спробувати зменшити рівень напруження лобового м'яза.

Слід зазначити, що клієнту не пояснюють конкретний спосіб виконання цього завдання, а лише пропонують спробувати знизити рівень напруження.

Поки він намагається виконати завдання, ЕМГ-сигнал, зареєстрований електродами, трансформується в звуковий сигнал, який через гучномовець може звучати голосніше або тихіше.

Терапевт пояснює клієнту, що коли м'язове напруження зростає, тон стає голоснішим, а коли знижується – тихішим.

Отже, зміна тону («зворотний зв'язок») містить інформацію про успішність зусиль клієнта щодо контролю м'язового напруження та може виконувати функцію підкріплення.

Щойно певний контроль установлено, зворотний зв'язок через тон поступово зменшується або припиняється. Ця методика може сприяти перенесенню навичок контролю з умов терапевтичного сеансу в повсякденне життя.

Механізми, за допомогою яких біологічний зворотний зв'язок дає змогу здійснювати контроль над деякими фізіологічними процесами, є складними та не зводяться лише до простого оперантного научіння.

Із часом, після проведення численних досліджень, спрощене розуміння біологічного зворотного зв'язку поступилося більш усвідомленому розумінню складності цього методу.

Водночас біологічний зворотний зв’язок виявився корисним у клінічній практиці за умови його використання як частини комплексної лікувально-терапевтичної стратегії.

Систематична десенсибілізація

Систематична десенсибілізація – один із найбільш відомих традиційних методів поведінкової психотерапії, заснований на принципах класичного обумовлення та передбачає поєднання поступового пред’явлення тривожного стимулу з реакцією релаксації.

В основі методу систематичної десенсибілізації лежить уявлення про те, що страх і тривога можуть бути неадаптивними реакціями на певні зовнішні стимули або ситуації.

Припустімо, дитину вкусила собака, і вона злякалася. Із часом адаптивна реакція, що змушує дитину бути обережною із собаками, може генералізуватися та поширитися на різні ситуації й різних собак.

Дитина може почати боятися собаки на екрані телевізора, собаки на малюнку, собаки уві сні, маленької собачки, яка ніколи нікого не кусала й сидить на руках у господаря.

У результаті такої генералізації початкова адаптивна реакція може стати дезадаптивною.

Завдання методу систематичної десенсибілізації полягає в поступовому зниженні чутливості до стимулу, що викликає страх. Іншими словами, людина має поступово набути здатності спокійніше реагувати на стресогенний об'єкт або ситуацію, у нашому випадку – на собак.

Як правило, метод систематичної десенсибілізації застосовується в поєднанні з релаксацією та використанням керованої уяви (візуалізації).

Важливим моментом його застосування є визначення ієрархії стимулів, що викликають занепокоєння, та научіння прийомам релаксації.

Релаксація застосовується як засіб зниження фізіологічного та емоційного напруження й потребує попереднього навчання. Клієнту пропонується прийняти розслаблену позу, глибоко та ритмічно дихати, водночас зосереджуючи увагу на певній темі (образі, переживанні тощо).

Оволодіння вмінням розслаблятися виступає важливою передумовою в програмах саморегуляції.

Релаксація є універсальним ресурсом, який може допомагати впоратися з багатьма проблемами. Якщо людина розслаблена, їй значно легше діяти в багатьох стресогенних ситуаціях: наприклад, підійти до собаки, відійти далеко від дому, вийти на балкон, скласти іспит, піти на зближення із сексуальним партнером тощо.

Відомий також метод малюнкової десенсибілізації страхів, який є ефективним для дітей шести–дев'яти років.

Дитину просять намалювати психотравмувальний об'єкт, що викликає страх (собаку, вогонь, турнікет у метро тощо). Спочатку дитина зазвичай малює великий вогонь, величезну чорну собаку, великі чорні турнікети; самої ж дитини на малюнку може не бути.

Десенсибілізація полягає в поступовій зміні зображення об'єкта страху: зменшенні його розмірів, зміні кольору, збільшенні дистанції між дитиною та об'єктом, а також у включенні в малюнок самої дитини та значущих для неї людей.

Маніпулюючи розмірами психотравмувального об'єкта, його кольором (велика чорна собака значно відрізняється від маленької білої собачки з блакитним бантом), дистанцією на малюнку між дитиною та об'єктом, розміром фігури самої дитини, присутністю додаткових фігур (наприклад, матері), назвами об'єктів (собаку Рекс можна сприймати як страшнішу, ніж собаку Пупсик) тощо, психотерапевт допомагає дитині поступово впоратися з переживанням страху, відновити відчуття контролю над психотравмувальною ситуацією і тим самим знизити рівень страху [6].

У підсумку варто зазначити, що, незважаючи на успіхи та результативність, поведінкову психотерапію тривалий час критикували за механістичність, маніпулятивність і знеособлення, оскільки їй закидали недооцінювання значення психотерапевтичних стосунків і недостатню увагу до суб'єктивного досвіду та саморозуміння людини в процесі психологічних змін.

❓ *Питання для самоконтролю:*

Дайте визначення поняття «поведінкова психотерапія». У чому полягає її основна відмінність від психодинамічних підходів?

1. Хто вважається засновниками поведінкового напряму в психології та психотерапії?
2. Розкрийте сутність научувально-біхевіоральної теорії Б. Ф. Скіннера.
3. Що таке оперантне обумовлення? Чим воно відрізняється від класичного (павловського) обумовлення?
4. Які основні поняття теорії Б. Ф. Скіннера ви можете назвати (підкріплення, покарання, стимул, реакція тощо)?
5. У чому різниця між позитивним і негативним підкріпленням?
6. Яку роль відіграє покарання в формуванні та зміні поведінки, згідно з поглядами Б. Ф. Скіннера?
7. У чому полягає специфіка запиту клієнта, з яким доцільно працювати саме в межах поведінкової психотерапії?

8. У чому полягає суть методу систематичної десенсибілізації? У яких випадках він застосовується?

9. У чому полягають переваги поведінкової психотерапії порівняно з іншими напрямами психотерапії?

10. Які обмеження та критичні зауваження висловлюють щодо поведінкової психотерапії?

11. У яких сферах практичної психології (клінічна робота, освіта, корекція поведінки дітей тощо) найчастіше застосовуються методи поведінкової психотерапії?

Практичні завдання

Для виконання практичного завдання розподіліться на групи з 3-ох осіб, у яких по черзі ви будете виконувати такі ролі: «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор».

Клієнт і психотерапевт розігрують ситуацію, виконуючи запропоновані нижче завдання. Супервізор спостерігає за правильністю виконання завдання й після цього аналізує роботу.

Ситуація 1. Одинадцятикласника Дмитра з початку навчального року неначе підмінили. Раніше комунікабельний, лідер класу, капітан шкільної збірної з баскетболу, він почав пропускати тренування, уникати роздягалки перед фізкультурою, різко обмежив спілкування з друзями і майже перестав виходити з дому у вихідні. На запитання однокласників відповідав різко або взагалі мовчав. Класна керівниця помітила, що Дмитро схуд, має темні кола під очима, а на уроках часто застигає, дивлячись в одну точку. Батьки списували це на «підготовку до ЗНО» і підвищену тривожність перед вступом. Лише через два місяці, після довгої й важкої розмови зі шкільним психологом, Дмитро наважився розповісти: під час літньої поїздки з друзями в іншому місті він разом з компанією необачно скористався одноразовим інструментом у нелегальному тату-салоні, і тепер, начитавшись інформації в інтернеті, він переконаний, що заразився невиліковною хворобою, хоча жодного медичного обстеження досі не проходив — боявся, що результати підтвердять найгірші побоювання, і всі про це дізнаються.

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор» такі питання:

1. План психотерапевтичної бесіди з клієнтом.
2. Як встановити контакт із клієнтом, який тривалий час приховував свою тривогу?
3. Які техніки поведінкої терапії доцільно застосувати в роботі з клієнтом?

Ситуація 2. До психолога звернувся чоловік 58 років, який три місяці тому вийшов на пенсію після 35 років роботи на керівній посаді на виробництві.

Раніше активний, авторитетний, звиклий приймати рішення і відповідати за десятки людей, він тепер описує своє життя як «порожнечу»: прокидається без мети, годинами дивиться телевізор, уникає дзвінків колишніх колег, хоча раніше товаришував із ними. Дружина відзначає, що він став дратівливим, часто робить їй зауваження щодо ведення домашнього господарства — «командує так, ніби це завод», хоча раніше в побутові справи майже не втручався. На прямі запитання про самопочуття відповідає: «Зі мною все гаразд, просто звикаю». Проте одного разу зізнався дочці: «Я все життя був потрібен. А тепер я взагалі хтось?». Останнім часом він відмовляється від пропозицій підробітку чи консультування, хоча раніше сам про це говорив як про плани на пенсію.

Запитання для аналізу ситуації:

1. Чому чоловік переносить звичну модель поведінки («керівник, який командує») у сімейне життя? Який психологічний механізм тут можна припустити?
2. Про що свідчить його фраза «я все життя був потрібен. А тепер я взагалі хтось?» з погляду структури самооцінки та джерел сенсу життя?
3. Чому клієнт заперечує наявність проблеми («зі мною все гаразд, просто звикаю»), хоча його поведінка та висловлювання свідчать про інше?
4. Чому він відмовляється від пропозицій підробітку чи консультування, які раніше сам планував? Яку вторинну вигоду або страх це може приховувати?
5. Які ризики (соціальна ізоляція, конфлікти в родині, депресивні стани) можна прогнозувати, якщо ситуація не отримає психологічної підтримки?
6. Як побудувати першу бесіду з клієнтом так, щоб він не сприйняв запропоновану допомогу як підтвердження власної «непотрібності»?
7. Яку роль у цій ситуації відіграє дружина, і як варто побудувати роботу з подружньою парою, а не лише з клієнтом окремо?

Тема 7. Раціонально-емотивна терапія Альберта Елліса

Мета вивчення теми: зрозуміти теоретичні засади раціонально-емотивної терапії (РЕТ) Альберта Елліса як одного з класичних напрямів когнітивно-поведінкової психотерапії, засвоїти базову концепцію ABCDE-моделі; навчитеся розпізнавати ірраціональні думки у мисленні клієнта й застосовувати базові прийоми їх раціоналізації.

Питання для опанування теоретичного матеріалу.

Основні положення когнітивної психотерапії. Основні теоретичні положення раціонально-емотивної терапії як форми когнітивної психотерапії. Ірраціональні ідеї та настановлення. Процес психотерапії. Сфери застосування раціонально-емотивної терапії. Форми раціонально-емотивної терапії.

Основні терміни й поняття: анозогнозія, емоційні відхилення, емоційні порушення, ірраціональне настановлення, катамнез, когніція, когнітивна психотерапія, невербальна поведінка, обсесії, обсесивно-компульсивний розлад, раціонально-емотивна психотерапія,

Основні положення когнітивної психотерапії

Когнітивна психотерапія – психотерапевтичний метод, спрямований на поліпшення особистісної та соціальної адаптації клієнта через усвідомлення й корекцію неадаптивних розумових схем (переконань). Цей метод є найбільш популярним у світовому професійному співтоваристві й одним із небагатьох напрямів психотерапії з науково доведеною ефективністю. Він визначає психологічні проблеми як наслідок некоректного опрацювання інформації, що надходить у мозок.

У наш час саме когнітивна психотерапія є високоефективним методом лікування розладів різного типу. Ряд проведених досліджень показали, що когнітивна психотерапія досягла особливо високих результатів в усуненні депресії.

Зародження когнітивної терапії пов’язується з діяльністю Джорджа Келлі, який вирішив створити техніки для корекції неадекватних способів мислення. Він пропонував пацієнтам усвідомити свої переконання та перевірити їх. Дж. Келлі був одним із перших психотерапевтів, які намагалися безпосередньо змінювати мислення пацієнтів. Ця мета лежить в основі багатьох сучасних терапевтичних підходів, які об’єднуються поняттям когнітивна терапія.

Як самостійний метод когнітивна психотерапія сформувалася вже пізніше, у 60-ті роки минулого століття, і являє собою розвиток поведінкової психотерапії, у якій емоційні реакції та психічні розлади розглядаються як такі, що опосередковані когнітивними структурами й актуальними когнітивними

навичками, набутими в минулому, іншими словами, у якій проміжними змінними виступає думка (когніція).

У наш час когнітивна терапія застосовується в усьому світі як основний чи допоміжний вид терапії багатьох розладів, а саме: обсесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад, розлади особистості, рекурентний депресивний розлад, хронічний больовий синдром, іпохондричний розлад та шизофренія [1].

Когнітивна терапія успішно застосовується не тільки в лікуванні психіатричних пацієнтів, але й у роботі з людьми, які відбувають покарання в місцях позбавлення волі, зі школярами, з пацієнтами, які страждають на різноманітні захворювання, та багатьма іншими категоріями населення. Когнітивна терапія ефективна для пацієнтів незалежно від їхнього походження, рівня освіти й доходів. Вона була адаптована для роботи з пацієнтами всіх вікових груп від дошкільнят до літніх людей.

Основні теоретичні положення раціонально-емотивної терапії як форми когнітивної психотерапії

У п’ятдесяті роки двадцятого століття Альберт Елліс (1913–2007 рр.) сформулював низку положень, які лягли в основу нового напряму в практичній психології. Одним із таких положень, яке часто цитував сам А. Елліс, є висловлювання стоїка Епіктета: «Людям заважають не речі, а те, якими вони їх бачать».

Вже в цьому положенні легко простежується одна з основних ідей усього когнітивізму, починаючи з Дж. Келлі й закінчуючи новітніми дослідженнями з психосемантики, а саме: людина відображає та переживає дійсність залежно від структури її індивідуальної свідомості. Відповідно, основним предметом спрямованості її зусиль в раціонально-емотивній терапії є способи міркування та дій.

У концепції раціонально-емотивної психотерапії (РЕТ) А. Елліса людина трактується як здатна до самооцінювання та самопідтримки. До того ж людина народжується з певним потенціалом, який завжди має дві сторони: раціональну й ірраціональну; конструктивну й деструктивну; ту, що прагне до любові та зростання, й ту, що схильна до руйнування та самозвинувачення тощо.

Згідно з теорією А. Елліса, психологічні проблеми проявляються тоді, коли людина намагається слідувати простим уподобанням (прагненню любові, схвалення тощо) і помилково вважає, що вони є абсолютним мірилом життєвого успіху. Людина – це істота, надзвичайно схильна до різних впливів як біологічного, так і соціального характеру. Тому зводити всю мінливу складність людської природи до чогось одного (психоаналітичної редукції або

сприятливого психологічного клімату терапії, центрованої на клієнті) А. Елліс не схильний [14].

Положення концепції

Концепція А. Елліса припускає, що джерело психологічних порушень при всьому своєму різноманітті – це система індивідуальних ірраціональних уявлень про світ, засвоювана, як правило, у дитинстві від значущих дорослих. Невроз, зокрема, трактується вченим як «ірраціональне мислення й поведінка», а підґрунтям емоційних порушень виявляється, як правило, самозвинувачення.

У РЕТ виділяється три провідних психологічних аспекти функціонування людини: думки (когніції), почуття та поведінка. А. Елліс розрізняв два типи когніцій: дескриптивні та оціночні. Дескриптивні когніції містять інформацію про реальність, про те, що людина сприйняла у світі. Іншими словами, це «чиста» інформація про реальність. Оціночні когніції відображають ставлення людини до цієї реальності. Дескриптивні когніції обов'язково поєднані з оціночними зв'язками різного ступеня жорсткості. Необ'єктивні події самі по собі викликають у нас позитивні чи негативні емоції, а наше внутрішнє сприйняття цих подій – їхню оцінку. Ми відчуваємо те, що думаємо з приводу сприйнятого.

Концептуальна схема й етапи РЕТ

Учений А. Елліс запропонував полікомпонентну структуру поведінкових актів особистості, названу ним першими літерами латинського алфавіту (A-B-C-D-теорія). Ця теорія, імовірніше навіть концептуальна схема, знайшла широке застосування в практичній психології, оскільки дозволяє самому клієнту у формі щоденникових записів вести ефективне самоспостереження та самоаналіз.

У цій концептуальній схемі A (action) – активуюча подія, B (belief) – думка про подію, C (consequence) – наслідок (емоційний чи поведінковий) події; D (dispating) – подальша реакція на подію (у результаті розумового опрацювання); E (effect) – завершальний ціннісний умовивід (конструктивний або деструктивний).

«A-B-C-D-схема» використовується для того, щоб допомогти клієнту в проблемній ситуації перейти від ірраціональних настановлень на раціональні. Робота будується за декількома етапами.

Перший етап – кларифікація, прояснення параметрів події (А), у тому числі параметрів, які найбільш емоційно вплинули на клієнта, викликали в нього неадекватні реакції. На цьому етапі відбувається особистісна оцінка події. Кларифікація дозволяє клієнту диференціювати події, які можуть і не можуть бути змінені. При цьому мета корекції – не заохочення клієнта до відходу від зіткнення з подією, не зміна його (наприклад, перехід на нову роботу при

наявності нерозв'язного конфлікту з керівником), а усвідомлення системи оціночних когніцій, що ускладнюють вирішення цього конфлікту, перебудова цієї системи й тільки після цього – прийняття рішення про зміну ситуації. В іншому випадку клієнт зберігає потенційну вразливість у подібних ситуаціях.

Другий етап – ідентифікація емоційних і поведінкових наслідків сприйнятої події . Мета цього етапу – виявлення всього діапазону емоційних реакцій на подію (оскільки не всі емоції легко диференціюються людиною, а деякі витісняються й не усвідомлюються через включення раціоналізації та інших механізмів захисту).

Усвідомлення й вербалізація емоцій, що переживаються, можуть бути ускладнені в деяких клієнтів: у одних – через словарний дефіцит, у інших – через поведінковий дефіцит (відсутність в арсеналі поведінкових стереотипів, зазвичай пов'язаних із помірним проявом емоцій). Такі клієнти реагують полярними емоціями (або сильною любов'ю, або повним запереченням).

Виявленню ірраціональних настановлень допомагає аналіз використовуваних клієнтом слів. Зазвичай з ірраціональними настановленнями пов'язані слова, що відображають крайній ступінь емоційного залучення клієнта (жахливо, неймовірно, нестерпно тощо), мають характер обов'язкового припису (необхідно, треба, повинен, зобов'язаний тощо), а також глобальних оцінок особистості, об'єкта чи події.

А. Елліс виділив чотири найбільш поширені групи ірраціональних настановлень, що створюють проблеми.

1. Катастрофічні настановлення.
2. Настановлення обов'язкової повинності.
3. Настановлення обов'язкової реалізації своїх потреб.
4. Глобальні оціночні настановлення.

Мета кожного етапу вважається досягнутою, якщо в проблемній галузі виявлено ірраціональні настановлення (їх може бути декілька), показаний характер зв'язків між ними (паралельні, артикуляційні, ієрархічної залежності), що робить зрозумілою багатокомпонентну реакцію індивіда в проблемній ситуації.

Необхідним є також виявлення раціональних настановлень клієнта, оскільки вони становлять позитивну частину стосунків, яка може бути розширена в майбутньому.

Третій етап – реконструкція ірраціональних настановлень. До реконструкції слід приступати, коли клієнт легко ідентифікує ірраціональні настановлення в проблемній ситуації. Вона може відбуватися на різних рівнях – когнітивному, рівні уяви, рівні поведінки-прямої дії.

Реконструкція на когнітивному рівні включає доказ клієнтом істинності настановлення, необхідність його збереження в конкретній ситуації. У процесі такого роду доказів клієнт іще виразніше бачить негативні наслідки збереження певного настановлення. Застосування допоміжного моделювання (уявлення, як інші вирішували б цю проблему, які настановлення вони мали б при цьому) дозволяє сформувати на когнітивному рівні нові раціональні настановлення.

При реконструкції на рівні уяви використовується як негативна, так і позитивна уява. Клієнта просять подумки поринути в психотравмувальну ситуацію. При негативній уяві він повинен максимально повно відчути попередню емоцію, а потім спробувати зменшити її рівень і усвідомити, за рахунок яких нових настановлень йому вдалося досягти цього. Таке занурення в психотравмувальну ситуацію неодноразово повторюється. Тренування може вважатися ефективно завершеним, якщо клієнт зменшив інтенсивність власних емоцій за допомогою декількох варіантів настановлень. При позитивній уяві клієнт одразу представляє проблемну ситуацію з позитивно забарвленою емоцією.

Реконструкція за допомогою прямої дії є підтвердженням успішності модифікацій настановлень, проведених на когнітивному рівні та в уяві. Прямі дії реалізуються за типом методик повені, парадоксальної інтенції, техніки моделювання.

Четвертий етап – закріплення адаптивної поведінки за допомогою домашніх завдань, виконуваних клієнтом самостійно. Воно також може відбуватися на когнітивному рівні, в уяві або на рівні прямих дій. РЕТ показана переважно клієнтам, здатним до інтроспекції, рефлексії, аналізу власних думок. Аналіз поведінки клієнта або самоаналіз за схемою «подія-сприйняття-реакція – обдумування-висновок» характеризується досить високою продуктивністю та навчальним ефектом.

У цілому ж психологічні передумови РЕТ є такими:

1) визнання особистої відповідальності за власні проблеми;

2) прийняття ідеї про те, що є можливість рішуче вплинути на ці проблеми;

3) визнання того факту, що емоційні проблеми виникають з ірраціональних уявлень;

4) виявлення (усвідомлення) цих уявлень;

5) визнання корисності серйозного обговорення цих уявлень;

6) згода докладати зусилля до конфронтації зі своїми алогічними судженнями;

7) згода на використання РЕТ.

Учений А. Елліс значну увагу приділяє переструктуруванню Я-висловлювань та аналізу безумовно прийнятих норм і повинності особистості.

Ґрунтуючись на наукових підходах до структури індивідуальної свідомості, РЕТ прагне звільнити клієнта від пут стереотипів і кліше, забезпечити вільний і неупереджений погляд на світ.

Причини емоційних порушень у концепції А. Елліса

РЕТ ґрунтується на ряді припущень про людську природу й походження людських нещасть або емоційних порушень. Ось деякі з цих припущень.

1. Люди поєднують у собі раціональне та ірраціональне. Коли вони мислять і діють раціонально, більш імовірно, що вони будуть ефективні, щасливі та компетентні.

2. Думки й емоції невіддільні. Емоції супроводжують мислення, а мислення, як правило, упереджене, суб'єктивне й ірраціональне. Емоційне чи психологічне порушення є результатом ірраціонального й нелогічного мислення.

3. Люди за своєю біологічною природою схильні до ірраціонального мислення, будують у відповідності з цим навколишні умови та переживання.

4. Мислення в людей відбувається зазвичай із використанням символів і мови. Індивідів із вираженими емоційними порушеннями характеризує те, що вони підтримують їх і зберігають нелогічну поведінку за рахунок внутрішньої вербалізації власних ірраціональних ідей і думок. А. Елліс стверджує, що речення, які люди часто собі повторюють, стають їхніми думками та емоціями. За його словами, постійна стимуляція служить причиною стійкості розладів поведінки та емоцій, а просте розуміння коренів порушення в процесі психоаналізу не є достатньою умовою його усунення.

5. Тривалість станів емоційних порушень, які є результатом внутрішньої вербалізації, визначається, таким чином, не зовнішніми подіями чи обставинами, а сприйняттям і настановленнями щодо цих подій, які включені в інтерналізовані висловлювання про них.

6. Негативні та спрямовані на шкоду собі думки й емоції можна усунути шляхом перебудови сприйняття та мислення, щоб мислення стало логічним і раціональним, перестави бути нелогічним та ірраціональним.

Якщо ірраціональні настановлення не реалізуються, вони призводять до тривалих, неадекватних ситуації емоцій, ускладнюють діяльність індивіда. Витоком же емоційних порушень, на думку А. Елліса, є самозвинувачення.

Принципи РЕТ

Перший і найбільш важливий *принцип* раціонально-емотивної теорії полягає в тому, що думки є головним чинником, що визначає емоційний стан.

Другий головний *принцип* раціонально-емотивної теорії свідчить, що в основі патології емоцій і багатьох психопатологічних станів лежать порушення розумових процесів, а саме: перебільшення, спрощення, надмірне узагальнення, алогічні припущення, помилкові висновки, абсолютизація. Для опису цих

когнітивних помилок А. Елліс використовує термін «ірраціональні судження». Таким чином, в основі патологічних емоційних реакцій найчастіше лежать ірраціональні переконання та ідеї [14].

Ірраціональні ідеї та настановлення

Альберт Елліс виділив *12 основних ірраціональних ідей*.

1. Для дорослої людини абсолютно необхідно, щоб кожен її крок був привабливий для оточуючих.
2. Існують вчинки порочні й мерзенні. І винних у них слід суворо карати.
3. Це катастрофа, коли все відбувається не так, як хотілося б.
4. Усі біди нав'язані нам ззовні – людьми або обставинами.
5. Якщо щось лякає або викликає побоювання – постійно будь напоготові.
6. Легше уникати відповідальності та труднощів, ніж їх подолати.
7. Кожен має потребу в чомусь сильнішому та значнішому ніж те, що він відчуває в собі.
8. Потрібно бути в усьому компетентним, адекватним, розумним і успішним. (Потрібно все знати, все вміти, все розуміти й у всьому досягати успіху).
9. Те, що сильно вплинуло на ваше життя один раз, завжди буде впливати на нього.
10. На наш добробут впливають учинки інших людей, тому треба зробити все, щоб ці люди змінювалися в бажаному для нас напрямі.
11. Плисти за течією та нічого не робити – ось шлях до щастя.
12. Ми не владні над своїми емоціями й не можемо не відчувати їх.

Продовжуючи розробляти РЕТ, учений прийшов до висновку, що всі ірраціональні переконання можна звести до трьох основних, а інші є їхніми підпунктами. А. Елліс сформулював ці три переконання так.

1. «Я повинен домагатися успіху й отримувати схвалення значимих інших, а якщо я не роблю того, що повинен і зобов'язаний, значить, зі мною щось не в порядку. Це жахливо, і я нікчема». Це ірраціональне переконання веде до того, що людина впадає в депресію, відчуває тривогу й розпач, сумнівається в собі. Це вимога «Его». «Я повинен домагатися успіху, інакше я «нікчема».

2. «Ви – люди, з якими я спілкуюся, мої батьки, моя родина, мої рідні та колеги – повинні, зобов'язані ставитися до мене добре й бути справедливими! Просто жахливо, що ви цього не робите!». Це ірраціональне переконання спричиняє злобу, лють, убивства, геноцид.

3. «Мої життєві умови – навколишнє середовище, суспільні відносини, політична обстановка – повинні бути влаштовані так, щоб я з легкістю, не докладаючи великих зусиль, отримував усе необхідне. Хіба не жах, що ці умови

важкі й завдають мені прикрості? Я не можу переносити цього! Я ніяк не можу бути щасливим; я або назавжди залишуся нещасним, або вб'ю себе!». Це ірраціональне переконання спричиняє низьку стійкість до фрустрації.

А. Елліс також виділив чотири найпоширеніші групи ірраціональних настановлень, що створюють психологічні проблеми.

1. Катастрофічні настановлення.
2. Встановлення обов'язкової повинності.
3. Встановлення обов'язкової реалізації своїх потреб.
4. Глобальні оціночні настановлення [14].

Перелік найбільш поширених
ірраціональних (дисфункціональних) настановлень

Виявленню ірраціональних настановлень допомагає аналіз використовуваних клієнтом слів. Зазвичай із ірраціональними настановленнями пов'язані слова, що відображають крайній ступінь емоційного залучення клієнта (жахливо, неймовірно, нестерпно тощо), мають характер обов'язкового припису (необхідно, треба, повинен, зобов'язаний та ін.), а також глобальних оцінок особистості, об'єкта чи події.

Для полегшення процесу їхнього виявлення, фіксації та перевірки рекомендується використовувати так звані слова-маркери. Ці слова (як озвучені, так і виявлені в ході інтроспекції думок, ідей і образів) у більшості випадків указують на наявність ірраціонального настановлення відповідного їм типу. Чим більше їх виявляється при аналізі у вербалізованих думках і висловлюваннях, тим більшою є вираженість (інтенсивність прояву) і жорсткість ірраціонального настановлення.

Настановлення повинності

Центральною ідеєю настановлення служить ідея обов'язку. Саме слово «повинен» є в більшості випадків мовленнєвою пасткою. Зміст його полягає у твердженні «тільки так і ніяк інакше». Тому слова типу «маю», «слід», «повинен» означають ситуацію, де відсутня будь-яка альтернатива. Але таке позначення ситуації справедливе лише в дуже рідкісних випадках, практично у виняткових ситуаціях. Наприклад, адекватним буде вислів «людина повинна дихати повітрям», оскільки фізично відсутня альтернатива.

Висловлювання на кшталт «ти повинен з'явитися в умовленому місці о 9:00» неадекватне, оскільки насправді приховує інші позначення та пояснення (або просто слова). Наприклад, «Я хочу, щоб ти прийшов до 9:00», «Якщо хочеш отримати бажане, тобі треба з'явитися до 9:00». Робота настановлення повинності неминуче призводить до появи стресу, гострого або хронічного.

Настановлення виявляє себе у трьох сферах.

Перша сфера – настановлення повинності щодо себе – те, що я винен іншим. Наявність переконання в тому, що ви комусь щось винні, буде служити джерелом стресу у випадку, коли щось буде вам нагадувати про цей борг, і водночас щось буде заважати вам його виконати. Ситуації часто складаються не на нашу користь, тому виконання цього «боргу» при збігу певних несприятливих обставин стає проблематичним. У результаті людина потрапляє в споруджену нею ж пастку, адже можливості «повернути борг» немає, але й можливості «не повернути» – також.

Друга сфера настановлення повинності – повинність щодо інших – те, що мені винні інші. Тобто те, як оточуючі мають поводитися зі мною, як говорити в моїй присутності, що робити. І це одне з найпотужніших джерел стресу, тому що ніколи й ні в кого в житті за всю історію людства не було такого оточення, яке б завжди й у всьому виправдовувало очікування. Навіть у авторитетних громадян, навіть у верховних правителів і жерців, навіть у одержимих тиранів з'являлися в полі зору люди, які діяли «не так, як вони повинні». І природно, що коли ми стикаємося з людиною, яка чинить по-своєму, то рівень психоемоційного збудження стрімко зростає, спричиняючи стрес.

Третя сфера настановлення повинності – вимоги, що пред'являються до навколишнього світу, – те, що «винна» нам природа, погода, уряд тощо. Для трансформації цього ірраціонального настановлення слід змінити внутрішнє ставлення до багатьох явищ життя з «повинно» на «хотілося б», і це гарантовано позбавляє особистість від руйнівних і марних переживань. Варто вибирати побажання, переваги замість абсолютної вимоги. Словами-маркерами цього настановлення є такі: «повинен» («маю», «слід», «не повинен», «не повинні», «не належить» тощо), «обов'язково», «що б не сталося», «кров із носу».

Настановлення катастрофізації

Це настановлення характеризується різким перебільшенням негативного характеру явища чи ситуації та відображає ірраціональне переконання в тому, що у світі є катастрофічні події, які не піддаються жодним оцінкам. Воно виявляє себе у висловлюваннях, що носять вкрай негативний характер.

Коли ми перебуваємо під впливом настановлення катастрофізації, то оцінюємо певну неприємну для нас подію як щось невідворотне, жахливе. Як те, що зруйнує наше життя раз і назавжди. Подія оцінюється нами як «катастрофа вселенських масштабів», на яку ми жодним чином не можемо вплинути. Словами-маркерами цього настановлення є такі: «катастрофа», «кошмар», «жах», «кінець світу» тощо.

Для трансформації цього ірраціонального настановлення слід усвідомлено змінювати у своїх переконаннях вкрай негативну оцінку ситуації, що не базується на реальних фактах, і виробляти об'єктивний погляд на події.

1. Настановлення передбачення негативного майбутнього.

Це настановлення представляє тенденцію вірити в те, що очікування негативного розвитку подій виправдаються. При цьому не важливо, чи були ці очікування висловлені, або ж існували у вигляді уявних образів.

Стаючи пророками, а вірніше – псевдопророками, ми передбачаємо невдачі, потім непомітно для себе робимо все для їх втілення, і в результаті їх же й отримуємо. Але чи виглядає таке прогнозування розумним і раціональним? Ясно, що ні. Тому що наша думка про майбутнє не є самим майбутнім. Це лише гіпотеза, яку, як і будь-яке теоретичне припущення, необхідно перевіряти на істинність. А зробити це можливо деколи тільки емпіричним шляхом (методом «проб і помилок»). У інших випадках, коли ми володіємо досвідом аналогічних ситуацій, нам усе ж слід дотримуватися більш реалістичної оцінки ймовірності виникнення тих чи інших варіантів. У цьому світі можливо все, але з різними шансами реалізації. Можливість виникнення деяких подій ми іноді штучно применшуємо, унаслідок чого невиправдано ризикуємо, і навпаки, імовірність інших подій і їхніх наслідків різко перебільшуємо, унаслідок чого відчуваємо зайві переживання й тілесний дискомфорт.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «а якщо», «а раптом», «а може бути» тощо.

Настановлення максималізм

Це настановлення характеризується вибором для себе й/або інших осіб найвищих гіпотетично можливих стандартів (навіть недосяжних) і наступне використання їх як еталону для визначення цінності дії, явища чи особистості. Мислення характеризується позицією «все, або нічого!». Крайньою формою настановлення максималізму є настановлення перфекціонізму (лат. perfectio – ідеально, абсолютно).

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «по максимуму», «тільки на відмінно», «на п’ятірку», «на сто відсотків» («на всі сто»).

Настановлення дихотомічного мислення

Дихотомічне мислення проявляється в тенденції поміщати життєвий досвід у одну з двох взаємовиключних категорій, наприклад, бездоганний чи недосконалий, святий чи грішник.

Мислення, що підпадає під вплив подібного настановлення, можна охарактеризувати як «чорно-біле», воно характеризується схильністю до крайнощів. Поняття, які насправді розташовані в континуумі, оцінюються як антагоністи, як взаємовиключні варіанти.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «або – або» («чи так – чи ні», «або пан – або пропав»),

Настановлення персоналізації

Це настановлення проявляє себе як схильність пов'язувати події зі своєю особистістю, коли немає жодних підстав для такого висновку; інтерпретувати події в аспекті особистих значень: «Вони напевно шепочуться про мене» або «Всі на мене дивляться».

Словами-маркерами цього настановлення є такі: займенники «я», «мене», «мені» тощо.

Настановлення надузагальнення

Надузагальнення означає виведення загального правила або формулювання загального висновку на підставі одного чи кількох ізольованих епізодів. Вплив цього настановлення призводить до категоричного судження за одиничною ознакою (критерієм, епізодом) про всю сукупність. У результаті робиться невиправдане узагальнення на підставі вибіркової інформації. Наприклад, «Якщо не вийшло одразу, не вийде ніколи». Формується принцип, відповідно до якого, якщо щось справедливе в одному випадку, воно справедливе в усіх інших ледь схожих випадках.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «всі», «ніхто», «ніщо», «всюди», «ніде», «ніколи», «завжди», «постійно» тощо.

Для трансформації цього ірраціонального настановлення з дезадаптивного в адаптивне слід усвідомлено замінювати у своїх судженнях категоричність, що уніфікує об'єкти, ситуації та явища.

Настановлення читання думок

Це настановлення формує тенденцію приписувати іншим людям невисловлені вголос судження й конкретні думки. Похмурий погляд керівника може бути розцінений тривожним підлеглим як думка або навіть дозріле рішення про його звільнення. Таке трактування може врешті привести до безсонної ночі тяжких роздумів і відповідного рішення: «Я не дам йому звільнити мене – звільнюся за власним бажанням». А вранці керівник, якого вчора мучив біль у шлунку (з чим і був пов'язаний його «суворий» погляд), намагається зрозуміти, чого раптом його найкращий працівник вирішив звільнитися.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «він (вона/вони) думає (ють)».

Настановлення оціночне

Це настановлення виявляється при оцінюванні особистості людини в цілому, а не окремих її рис, якостей, учинків і т. д. Оцінювання носить ірраціональний характер, коли окремий аспект людини ототожнюється з усією особистістю.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «поганий», «добрий», «нікчемний», «дурний» тощо.

Настановлення антропоморфізму

Настановлення антропоморфізму – це приписування людських властивостей і якостей об'єктам і явищам живої та неживої природи. Наприклад, завзяті відвідувачі залів ігрових автоматів часто вважають, що автомат «набрав» досить жетонів і «справедливо було б поділитися»; маючи надію на те, що машина проявить таку людську якість, як справедливість, вони програюсь усі свої гроші.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «хоче», «думає», «вважає», «справедливо», «чесно» та ін. висловлювання, адресовані не людині.

Процес психотерапії

Головна мета раціонально-емотивної психотерапії – допомога в перегляді системи переконань, норм і уявлень. Конкретна мета – звільнення від ідеї самозвинувачення.

☝Позиція психотерапевта, який працює в руслі цієї концепції, безумовно директивна. Він роз'яснює, переконує, що він – авторитет, який спростовує помилкові судження, вказуючи на їх неточність, довільність і т. п.

Раціональний терапевт намагається спонукати клієнтів до того, щоб вони обмежували до мінімуму свої вимоги та прагнули до максимуму терпимості. Отже, раціонально-емотивна терапія прагне до радикального редукування повинності, перфекціонізму (прагнення до досконалості), грандіозності й нетерпимості в клієнтів.

Починаючи роботу над системою переконань клієнта, психотерапевт насамперед прагне до виявлення його ірраціональних настановлень.

Відомо, що наявність ірраціональних настановлень означає існування жорсткого зв'язку між дескриптивною та оціночною когніціями, зв'язку, що передбачає одноваріантний розвиток подій. Тому виявленню цих емоційно-когнітивних схем допомагає вживання клієнтами таких слів, як «треба», «повинен», «необхідно». Саме ці слова («тиранія повинності») є об'єктом «терапевтичних атак». Часто терапевт «підводить» клієнта в бесіді до їхнього вживання, висловлює гіпотетичні речення, що містять ці слова, для того, щоб змусити клієнта визнати їхню владу над собою. Наведемо приклад.

Клієнт (К.): Я хочу завершити роботу вчасно, і тому я постійно напружений.

Терапевт (Т.): У мене враження, що ви говорите: «Я повинен завершити роботу вчасно», чи не так?

Для виявлення ірраціональних настановлень використовується також відома нам уже техніка «а якщо».

Т.: Припустимо, що в результаті всього цього станеться найгірше, і ви розлучитеся, що тоді відбудеться?

К.: Я залишуся один.

Т.: І що в цьому поганого?

К.: Нічого собі!

Т.: А все-таки?

К.: Хто ж мені допоможе, якщо зі мною що-небудь трапиться? Це ж жахливо опинитися залежним Бог знає від кого (катастрофічне настановлення).

Реконструкція системи переконань

Після виявлення ірраціональних настановлень терапевт приступає до реконструкції системи переконань. Вплив при цьому здійснюється на трьох рівнях: когнітивному, емоційному та поведінковому.

Вплив на когнітивному рівні. РЕТ намагається показати клієнтам, що їм краще відмовитися від перфекціонізму, якщо вони хочуть прожити щасливіше й менш тривожне життя. Вона вчить їх усвідомлювати свої «повинен», «треба», «слід»; відокремлювати раціональні переконання від ірраціональних (абсолютистських); застосовувати логіко-емпіричний метод науки до себе та власних проблем; приймати дійсність, навіть якщо вона похмура.

РЕТ допомагає клієнтам відточувати когнітивні процеси. Вона є пояснювальною та дидактичною.

РЕТ застосовує сократівський тип діалогу між клієнтом і терапевтом. Зокрема використовується когнітивний диспут. Цей прийом включає доказ справедливості ірраціонального настановлення з боку клієнта. Завдання психотерапевта полягає в проясненні сенсу, демонстрації логічної неспроможності такого настановлення. У процесі диспуту може виявлятися вторинний виграш, який сприяє збереженню ірраціонального настановлення.

У груповій терапії РЕТ заохочує членів групи до дискусії, до пояснення та виявлення причин неефективного мислення.

РЕТ учить семантичній точності. Наприклад, якщо клієнта відштовхують, то це не значить, що його завжди будуть відштовхувати; якщо клієнт зазнає невдачі, то це не значить, що він не зможе досягти успіху.

Вплив на емоційному рівні. Психотерапевтом використовуються різні способи драматизації переваг і повинностей, щоб клієнти могли чітко розрізняти ці два феномени (іншими словами, чим відрізняється «було б краще» від «повинен»). Із цією метою терапевт може використовувати рольову гру, щоб показати клієнтам, які помилкові ідеї керують ними, і як це впливає на їхні стосунки з іншими людьми. Терапевт може застосовувати моделювання, щоб показати клієнтам, як приймати різні ідеї. Терапевт використовує гумор, щоб довести до абсурду ірраціональні думки. Терапевт демонструє безумовне

прийняття, показуючи клієнтам, що він приймає їх, незважаючи на наявність у них негативних рис, що дає їм імпульс для прийняття себе. Терапевт використовує емоційно насичене переконання, що приводить клієнтів до відмови від деяких абсурдних ідей і заміни їх на більш розумні поняття.

Психотерапевт заохочує поведінку, пов'язану з ризиком, а саме:

а) пропонує клієнтам психотерапевтичної групи сказати відверто одному з її учасників, що вони про нього думають (у результаті клієнти переконуються в тому, що це насправді не так ризиковано);

б) спонукає клієнтів до саморозкриття, пропонуючи, наприклад, розповісти про відхилення в їхньому сексуальному житті (цей досвід переконує їх у тому, що інші можуть приймати їх, незважаючи на недоліки);

в) пропонує клієнтам зустрітися зі своїми «ганебними» почуттями (наприклад, із ворожістю), що дає їм можливість розкрити ті думки, які передують цим почуттям.

Психотерапевт може також використовувати техніки, що приносять чуттєві задоволення, такі як обійми з іншими членами групи. Це робиться не для отримання миттєвого задоволення, а для того, щоб показати клієнтам, що вони здатні здійснювати приємні дії, на які раніше ніколи б не зважилися, заради чистого задоволення, не відчуваючи при цьому почуття провини, навіть якщо інші не схвалюють їх за це.

Вплив на поведінковому рівні. Поведінкові методи в РЕТ застосовуються не тільки для усунення симптомів, але й для зміни когніцій клієнтів.

Так, схильність клієнтів до перфекціонізму може бути зменшена виконанням таких завдань терапевта:

а) піти на ризик (наприклад, спробувати призначити побачення учаснику групи іншої статі);

б) навмисне схибити при вирішенні якогось завдання (наприклад, навмисне погано виступити перед публікою);

в) уявляти себе в ситуації невдачі;

г) з ентузіазмом узятися за діяльність, яку клієнт вважає особливо небезпечною.

Відмови від вимог клієнтів, щоб інші поводилися з ними чесно, та щоб світом правили добро й справедливість, можна досягти, пропонуючи для виконання такі завдання:

а) якийсь час перебувати в несприятливих обставинах і вчитися приймати їх;

б) виконувати важкі завдання (наприклад, вступ до вишу);

в) уявляти себе в ситуації позбавлення чого-небудь і при цьому не відчувати себе засмученим;

г) дозволити собі якусь приємну діяльність (піти в кіно, зустрітися з друзями) тільки після виконання неприємної, але необхідної задачі (урок французької або завершення звіту для свого шефа) тощо.

РЕТ часто використовує оперантне обумовлення для позбавлення поганих звичок (паління, переїдання) або зміни ірраціонального мислення (наприклад, засудження себе за паління чи переїдання).

Сфери застосування раціонально-емотивної терапії

Легше назвати проблеми, які не піддаються лікуванню раціонально-емотивною терапією. До таких проблем належать відсутність контакту з реальністю, виражений маніакальний стан, глибокий аутизм, пошкодження мозку та виражені стадії розумової відсталості. Хворим із цими розладами показані фізичні методи лікування, догляд, або поведінкова терапія, заснована на принципах оперантного обумовлення.

РЕТ застосовується в таких випадках:

1) клієнти з поганою пристосовуваністю, помірною тривожністю та з подружніми проблемами;

2) сексуальні порушення;

3) неврози;

4) розлади характеру;

5) школярі, які прогулюють уроки, підлітки-правопорушники й дорослі злочинці;

6) синдром пригранічного розладу особистості;

7) психотичні пацієнти, включаючи хворих із галюцинаціями, коли вони в контакті з реальністю;

8) індивіди з легкими формами розумової відсталості;

9) пацієнти з психосоматичними проблемами.

Проте не всі перераховані категорії клієнтів лікуються з однаковою ефективністю. Як і при інших видах психотерапії, РЕТ найбільш ефективна при м’яких розладах або у випадках із моносимптомом (наприклад, сексуальна неадекватність).

РЕТ використовується також із превентивною метою. Вона широко практикується для вирішення проблем, пов’язаних із освітою, а також для профілактики емоційних розладів.

Форми раціонально-емотивної терапії

Раціонально-емотивна терапія проводиться як в індивідуальній, так і в груповій формах, включаючи «раціональний енкаунтер» («група «зустріч» у формі марафону), у вигляді короткострокового лікування, а також у формі шлюбної та сімейної терапії.

Індивідуальна терапія. Триває від 5-ти до 50-ти занять один раз на тиждень. Заняття зазвичай починається з розповіді клієнта про свої сумні почуття протягом тижня. Терапевт розкриває, які збуджувальні події мали місце до того, як виникли ці почуття, і допомагає клієнту ідентифікувати ті ірраціональні переконання, що з'явилися в нього у зв'язку зі збуджуючими подіями. Терапевт навчає клієнта спростовувати свої ірраціональні переконання і часто дає йому домашнє завдання, метою якого є набуття навичок у їхньому спростуванні. На наступному занятті терапевт перевіряє, (іноді з використанням форми звіту про самодопомогу), як клієнт протягом тижня використовував підхід РЕТ. Така робота триває доти, доки клієнт не тільки почне позбавлятися від симптомів, але й віднайде здоровіше, більш терпиме ставлення до життя.

Зокрема, РЕТ-психотерапевт намагається навчити клієнта:

1) як позбутися тривоги, відчуття провини й депресії, повністю прийнявши себе людською істотою, незалежно від того, чи досяг клієнт успіху в житті, чи приймають його інші люди;

2) як зменшити агресивність і ворожість, ставши більш терпимим до інших людей, навіть якщо їхня поведінка гідна засудження;

3) як зменшити інерцію, докладаючи зусиль до зміни неприйнятної ситуації, і як підвищити низьку фрустраційну толерантність, навчаючись переносити ситуації, які не можна змінити.

Групова психотерапія. Спостерігаючи за поведінкою одне одного, учасники групи вивчають принципи РЕТ і застосовують їх на практиці під наглядом терапевта. Група дає можливість проводити тренінг позитивної поведінки. Клієнти беруть участь у рольових іграх, вчаться взаємодії з іншими людьми, ідуть на вербальний і невербальний ризик, учаться на досвіді інших.

Одним із різновидів групової раціонально-емотивної терапії є розроблений А. Еллісом так званий «раціональний енкаунтер». У цьому марафоні перші декілька годин відводяться на виконання членами групи серії вправ, призначених для того, щоб вони зблизилися, йшли на ризик, ділилися найбільш болючими й «ганебними» переживаннями, відчували інтенсивні почуття. Протягом цих перших годин розв'язання індивідуальних проблем навмисне не відбувається. Потім, коли учасники марафонської групи достатньо зближуються та відмовляються від багатьох психологічних захистів, вони протягом багатьох годин займаються аналізом емоційних проблем, осягаючи їхні філософські джерела, а також те, як можна змінити себе, змінюючи власні когніції.

Короткострокова психотерапія. При короткостроковій психотерапії клієнта за 1–10 занять навчають «A-B-C-D-методу» розуміння емоційної проблеми та її філософських джерел і показують, як треба працювати над зміною фундаментальних позицій, що лежать в основі порушень.

Короткострокова психотерапія призначена насамперед для клієнта, який має специфічну проблему. Наприклад, вороже ставлення до керівника або імпотенція. У таких випадках можна повністю вилікуватися за декілька занять.

Для прискорення психотерапевтичного процесу в РЕТ застосовуються два прийоми.

Перший – запис на магнітофон усього заняття. Ці записи потім прослуховуються клієнтами декілька разів удома, по дорозі додому, на роботі, щоб глибше усвідомити свої проблеми й раціонально-емотивний спосіб їхнього вирішення. Часто клієнти, у яких виникають труднощі в сприйнятті того, що відбувається під час заняття (оскільки вони занадто занурені в себе, легко відволікаються чи надмірно тривожні), отримують більше при прослуховуванні цих записів, ніж під час безпосередньої зустрічі з терапевтом.

Другий прийом – використання форми самодопомоги, яка дозволяє клієнтам використовувати РЕТ-метод при зіткненні з емоційними проблемами між заняттями або після закінчення терапії.

? *Питання для самоконтролю:*

1. Назвіть основні теоретичні положення раціонально-емотивної терапії.
2. Назвіть і охарактеризуйте етапи РЕТ.
3. У чому, на думку А. Елліса , полягають причини емоційних порушень ?
4. Охарактеризуйте принципи РЕТ.
5. Наведіть приклади ірраціональних настановлень.
6. Якою є головна мета раціонально-емотивної психотерапії?
7. У який спосіб відбувається реконструкція системи переконань?
8. Якими є сфери застосування раціонально-емотивної терапії ?
9. Які форми раціонально-емотивної терапії ви знаєте?
10. Для кого призначена короткострокова раціонально-емотивна психотерапія?

Практичні завдання

Для виконання практичного завдання розподіліться на групи з 3-ох осіб, у яких по черзі ви будете виконувати такі ролі: «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор».

Клієнт і психотерапевт розігрують ситуацію, виконуючи запропоновані нижче завдання. Супервізор спостерігає за правильністю виконання завдання й після цього аналізує роботу.

Ситуація 1. Після літніх канікул дев'ятикласницю Олену наче підмінили. До того часу весела, з усіма спілкувалась, вона стала замкненою і нервовою. Одразу після занять бігла додому. Від участі в класних заходах вміло відмовлялася. Таку поведінку дівчини десь через місяць стали помічати не тільки

однокласники, але й учителі, хоча вона намагалася продемонструвати, що нічого не трапилось. Батьки на ситуацію не реагували, оскільки нічого не помічали. Декілька розмов з дівчиною скінчились безрезультатно, хоча видно було, що її щось непокоїть. Зізнання далося їй не легко. Червоніючи і час від часу надовго замовкаючи, дівчина розповіла про випадок, який трапився з нею в літньому таборі; про те, що тепер, як їй здається, вона хвора на якусь венеричну хворобу».

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор» такі питання:

- план психотерапевтичної бесіди з клієнткою.
- як встановити контакт із клієнткою?
- які техніки раціонально-емотивної терапії доцільно застосувати в роботі з клієнткою?

Ситуація 2. Клієнт розповів: «Років із десять тому на вокзалі до мене підійшов маленький циган і попросив грошей. Я сказав, що грошей немає. На це він відповів: «А... не маєш грошей, так і життя не будеш мати». З того часу ці слова переслідують мене завжди, коли зі мною щось трапляється.

Потрапив у автокатастрофу – це мені за те, що не дав цигану грошей. Зламав ногу – це також розплата за те саме. І так щоразу. А неприємності трапляються зі мною досить часто. Як забути ці слова?»

Запитання для аналізу ситуації:

1. Який психологічний механізм лежить в основі того, що випадкова фраза перетворилася на своєрідне «прокляття», яке клієнт пов'язує з усіма наступними негативними подіями у своєму житті?

2. Чому саме ця фраза, сказана незнайомою людиною десять років тому, набула такої стійкої й довготривалої влади над свідомістю клієнта?

3. Як можна пояснити цю ситуацію з погляду когнітивних викривлень (зокрема – ілюзії контролю, вибіркового підтвердження, магічного мислення)?

4. Чи можна говорити про ознаки нав'язливих думок (обсесій) у цьому випадку? За якими критеріями варто відрізняти забобонне мислення від симптомів обсесивно-компульсивного розладу?

5. Яку роль відіграє почуття провини (за відмову дати гроші) у формуванні й підтримці цього переконання?

6. Чому клієнт схильний інтерпретувати випадкові, статистично звичайні життєві негаразди (аварія, перелом) саме як «розплату», а не як окремі, непов'язані між собою події?

7. Яка вторинна вигода (якщо така є) може підтримувати це переконання попри те, що воно завдає клієнту страждань?

8. Що означає сам запит клієнта – «як забути ці слова» – з погляду психологічної роботи? Чи є «забування» реалістичною й ефективною метою терапевтичного втручання?

9. Які терапевтичні підходи (когнітивно-поведінкова терапія, робота з ірраціональними переконаннями за Елісом, гештальт-підхід до «незавершеної ситуації») були б доцільними в роботі з цим запитом?

10. Як побудувати бесіду з клієнтом так, щоб не знецінити його суб'єктивний досвід і водночас допомогти йому побачити альтернативну, менш травматичну інтерпретацію подій?

11. Які запитання психолог міг би поставити клієнту, щоб дослідити частоту та реальну статистику «неприємностей» до і після зустрічі на вокзалі – і як це можна використати терапевтично?

Тема 8. Екзистенційна психотерапія Ірвіна Ялома

Мета вивчення теми: зрозуміти теоретичні засади екзистенційної психотерапії, зокрема концепцію Ірвіна Ялома, та усвідомити її філософське підґрунтя, пов'язане з осмисленням фундаментальних проблем людського існування; засвоїти зміст чотирьох базових екзистенційних «даностей» за Яломом – смерті, свободи, ізоляції та безглуздя – і навчитись розуміти, як тривога, пов'язана з ними, виявляється у психологічних труднощах і симптомах клієнта.

 *Питання для опанування теоретичного матеріалу*

Екзистенціальна психотерапія та її витоки. Екзистенціальна психотерапія І. Ялома: базисні проблеми існування індивідуума. Методи й техніки екзистенціальної психотерапії: робота з усвідомлення смерті; робота з відповідальністю та свободою; робота з ізоляцією; робота безсенсовністю.

Основні терміни й поняття: бесіда психотерапевтична, депресія, дискомфорт, екзистенція, емоційність, емпатія, інтенція, катамнез, компульсивність, конгруентність, особистісне зростання, психологічний захист, саморегуляція особистості, семіозис, сетинг, смисл життя, страх смерті, стрес, тривога, тривожність, фрустрація,

Екзистенціальна психотерапія та її витоки

До середини 50-х рр. XX ст. протистояння між психотерапевтичними системами, що базуються, з одного боку, на психодинамічних, а з іншого – на поведінкових принципах, неминуче призвело до формування «третьої сили», яка представляє собою якісно нове бачення природи людини. Цей новий напрям психотерапії, що виник у Європі й досить швидко поширився на території американського континенту, отримав назву екзистенційно-гуманістичного підходу.

Поняття «екзистенція» (existencia) походить від латинського слова existere, що буквально означає «виділитися, з'являтися». Українською мовою цей термін найчастіше перекладається як «існування», однак, враховуючи його етимологію, необхідно особливо підкреслити, що під ним мається на увазі не статичний стан, а процес, найтіснішим чином пов'язаний із виникненням або становленням. Відповідно екзистенціальні методи психотерапії пов'язані з психологічною роботою на онтологічному рівні (від грецького ontos – «буття»), спрямованою на допомогу клієнтам у відстоюванні та ствердженні власного унікального модусу існування, незважаючи на обмеження, які накладає життя, і в рамках цих обмежень.

Своїми коренями екзистенціальна психотерапія сягає ідей як класичної, так і сучасної європейської філософії. Багато своїх понять екзистенціальна психотерапія запозичила зі словника екзистенціалізму – «екзистенція», «почуття буття», «справжність» і т. п.[17].

Базисні проблеми існування індивідуума

Сучасний етап розвитку екзистенціальної психотерапії характеризується спробами серйозних наукових досліджень тих галузей людського буття, які піддаються емпіричному вивченню, а також систематизацією існуючих методів психотерапевтичного втручання. Найбільш яскравим представником цього етапу є Ірвін Ялом.

☝У своїй фундаментальній роботі «Екзистенціальна психотерапія» І. Ялом дає їй таке визначення: *«Екзистенціальна психотерапія – це динамічний підхід, що фіксується на базисних проблемах існування індивідуума»* (І. Ялом, 1999, с. 8). Такими проблемами (екзистенціальними факторами) він вважає смерть, свободу, ізоляцію та безсенсовність життя. Отже, *екзистенціальна психотерапія* в його розумінні *заснована на моделі психопатології, відповідно до якої тривога та її дезадаптивні наслідки являють собою реакцію на ці чотири фактори.*

Психолог також вважає, що існують *два типи механізмів психологічного захисту*, які можуть бути як несвідомими, так і цілком усвідомленими. По-перше, це традиційні механізми захисту (проекція, реакція, заперечення, ідентифікація тощо), які працюють незалежно від джерела тривоги. По-друге, існують специфічні механізми захисту від кожного з чотирьох основних турбот. Ці механізми не тільки допомагають захиститися окремим клієнтам, але й підтримуються цілими культурами.

Смерть, вважає І. Ялом, є основним джерелом невротичної, нормальної та екзистенціальної тривоги. Причому ці види тривоги, пов’язані зі смертю, можуть бути як усвідомленими, так і несвідомими. На відміну від багатьох своїх попередників, І. Ялом на основі ґрунтовних і тривалих емпіричних досліджень доводить, що з раннього дитинства люди надзвичайно стурбовані неминучістю смерті. Для того, щоб впоратися з жахом потенційного неіснування, люди споруджують психологічний захист, який базується на запереченні смерті. Крім того, дослідник вважає, що розвиток психічної патології значною мірою обумовлений здійсненням невдалих спроб вийти за рамки смерті. На його думку, *перший інтрапсихічний екзистенціальний конфлікт* – це конфлікт між усвідомленням неминучості смерті та бажанням продовжувати жити, конфлікт між боязню неіснування й бажанням бути.

На думку І. Ялома, діти досить рано відкривають для себе сутність смерті, хоча їхній інтелект ще не дозволяє їм повністю усвідомити цей факт. Діти витісняють своє перше знання про смерть, споруджуючи різні захисні конструкції. Вони переконують себе в тому, що смерть є тимчасовою, діти не вмирають, «я не помру, тому що я особливий», в останній момент на допомогу прийде рятівник і т. п. *Примирення з неминучістю смерті є* головним завданням розвитку в цей період.

Успішність вирішення цього завдання залежить від сили Его та присутності дорослих, здатних впоратися із власною тривогою, пов'язаною зі смертю. При відсутності таких чинників усвідомлення реальності смерті є травматичним. Особливо травматичною може бути смерть рідних братів і сестер, а також батьків.

За відсутності чи недостатності відомостей від близьких людей діти звертаються до інших джерел інформації, які мають різний ступінь надійності. У зв'язку з цим вони часто відгороджуються від смерті дезінформацією, запереченням, казками, евфемізмами тощо. На думку І. Ялома, одне з просвітницьких завдань екзистенціального терапевта полягає в тому, щоб розробити принципи повідомлення дітям інформації про смерть [17].

☝ Як у дітей, так і в дорослих І. Ялом виділив *два головних механізми захисту від тривоги, пов'язаної зі смертю*. Насамперед це *віра у свою особливість*. У той час, як на свідомому рівні більшість людей приймає неминучість завершення свого життя, глибоко в душі вони можуть плекати ірраціональну віру у власне безсмертя й недоторканність. Якщо цей захисний механізм недостатньо добре розвинений або відсутній, у людей можуть розвиватися такі клінічні синдроми, як маніакальний героїзм, «трудоголізм», відсутність відчуття часу, самозакоханість, прагнення до влади й контролю.

В основі механізму віри в спасителя, який прийде на допомогу в останній момент, лежить уявлення людини про те, що хоча з нею може трапитися щось погане, вона не самотня у величезному байдужому Всесвіті, і якийсь всюдисущий служитель добрих сил у важкий момент прийде на допомогу та врятує її. Люди, які використовують цей механізм захисту, можуть обмежувати своє життя, потрапляючи в психологічну залежність від певної особистості (матері, дружини, керівника тощо). Більшість людей не усвідомлює віру в спасителя доти, доки вона не дає збій (наприклад, коли діагностується невиліковна хвороба, або коли об'єкт прихильності помирає чи психологічно віддаляється).

Свобода, вважає І. Ялом, передусім, передбачає, що не існує жодної надійної основи, яка підтримує людське існування. Це породжує тривогу та

страх, а також необхідність відповідальності. Вільні люди відповідальні не тільки за надання світу сенсу, але й за своє життя, за власні дії та невдачі при їх здійсненні. *Тому другий екзистенціальний конфлікт* – це конфлікт між зіткненням людей з відсутністю опори та свободи та їхнім прагненням до набуття основи та структури.

Науковець зазначає, що у XX ст. відбувалися досить швидкі розпад і зміна моральних цінностей, які призвели до їх інфляції. У результаті сучасне виховання висуває замало заборон; це неминуче призводить до того, що при появі потреби вибору в багатьох молодих людей виникає розгубленість, оскільки вони не знають, що і як треба вибирати. Вони виявляються неготовими до свободи, яку мають, і приділяють меншу увагу тому, що повинні робити, переносячи акцент на те, що вони хочуть робити. Живучи в перехідний період між старим і новим сприйняттям світу, багато людей не зуміло навчитися ні бажати, ні проявляти волю та приймати рішення, залишаючись послідовним і наполегливим у їх реалізації.

Механізми захисту від тривоги, пов'язаної зі свободою, допомагають індивідам уникнути усвідомлення своєї відповідальності за власне життя, адже таке усвідомлення спричиняє розуміння того, що людина створила саму себе, свою долю, скрутне становище, почуття і, якщо таке має місце, власне страждання. Основний вид захисту – компульсивність або нав'язливість, що виявляється в різних сферах життя й діяльності.

Інші види захисту від тривоги, пов'язаної зі свободою, являють собою:

1) перенесення відповідальності на інших (у тому числі й на психотерапевтів);

2) заперечення відповідальності за допомогою зображення себе невинною жертвою або втрати контролю;

3) ухилення від автономної поведінки;

4) патологічні виявлення бажань.

☝ В *ізоляції* І. Ялом виділяє *три форми*. При наявності *міжособистісної ізоляції*, яка часто переживається як самотність, люди різною мірою відрізані від інших. Виникнення міжособистісної ізоляції може бути обумовлене недостатнім розвитком соціальних навичок, наявністю психічних відхилень, власним вибором або необхідністю.

При наявності *внутрішньоособистісної ізоляції* в людей заблоковане усвідомлення деяких частин самих себе (або ж особистість певним чином відокремлена від деяких своїх частин). Якщо міжособистісна ізоляція може бути не пов'язаною з патологією, то внутрішньоособистісна ізоляція передбачає патологію за визначенням.

В основі *екзистенціальної ізоляції* лежить положення, згідно з яким кожна людина вступає у світ, живе в ньому та залишає його самотньою. Зрештою, існує нездолання прірва між «Я» та іншими. І. Ялом зазначає, що екзистенціальну ізоляцію можна навіть віднести до більш фундаментальної форми ізоляції, а саме до «відокремлення від світу». Відповідно *третій екзистенціальний конфлікт* – це конфлікт між усвідомленням людьми їхньої фундаментальної ізоляції та їхнім бажанням встановлювати контакти, шукати захист і існувати як частина більшого цілого.

Велику роль у створенні *міжособистісної ізоляції* відіграють зміни у сфері культури й технологій. Чим більш промислово розвинутою є та або інша країна, тим сильнішим є руйнування общинних зв'язків. Цілком звичайною стала ситуація, коли люди, які живуть у сусідніх під'їздах, зовсім не знають одне одного, що ще 50 років тому було важко собі уявити.

Виникнення *внутрішньоособистісної ізоляції* обумовлене труднощами та фрустрацією, які мають місце на початковому етапі життя й загрожують певному життєво важливому аспекту почуття «Я», що зароджується в індивіда.

Екзистенціальна ізоляція тісно пов'язана з міжособистісною ізоляцією. Багато людей не можуть розвивати внутрішню силу, почуття впевненості в собі та своїй самобутності, які дозволили б їм протистояти екзистенціальній ізоляції. Вони ніколи не відчували справжньої любові, що стимулює зростання, і не знають, як запропонувати її іншим. Якщо стосунки психотерапевт-клієнт, що характеризуються відданістю й автентичністю, допомагають клієнтам у протистоянні екзистенціальній ізоляції та примиренні з нею, можна з упевненістю зробити висновок, що в минулому вони відчували недостатність таких стосунків.

Використовуючи *механізми захисту від тривоги*, *пов'язаної з ізоляцією*, люди не ставляться до інших як до автономних особистостей, а використовують їх для власного захисту. Так, одним із видів захисту від самотності є спроба затвердити себе в очах інших. Такі люди існують настільки, наскільки є частиною свідомості оточуючих і отримують їхнє схвалення. Тому часто під виглядом любові вони приховують свою нездатність любити. Але оточуючим рано чи пізно набридає задовольняти чужу потребу в самоствердженні.

Інший вид захисту від тривоги, пов'язаної з ізоляцією, – злиття з іншим індивідом або групою. Замість того, щоб протистояти своїй ізоляції або миритися з нею, люди відчувають і думають, що вони не одні, тому що вони – частина інших.

Крім того, видом захисту від тривоги, пов'язаної з ізоляцією, є компульсивна сексуальність. Сексуально компульсивні люди взаємодіють зі своїми партнерами швидше як із об'єктами, ніж як із людьми. Їм не потрібен час

для того, щоб близько зійтися з ким-небудь. Серійні стосунки таких людей схожі на карикатури реального процесу.

☝*Безсенсовність життя* спричиняє виникнення *четвертого внутрішнього екзистенціального конфлікту* – конфлікту між потребою людей у сенсі та байдужим світом, у якому жодного сенсу немає. Різні чинники сучасної постіндустріальної культури сприяють ослабленню відчуття сенсу життя в людей.

По-перше, незважаючи на сучасну моду на релігійність, більшість людей не має у своєму світогляді такого сильного духовного виміру, який би привносив сакральний сенс у життя. По-друге, урбанізація сприяє ослабленню контакту з живою та неживою природою, що призводить до «звуження» та штучності мислення. По-третє, мешканці міст в основному проживають у безособових громадах. По-четверте, сучасні люди часто відчужені від своєї роботи та відчувають, що беруть участь у вирішенні малоцікавих механічних і рутинних завдань. По-п’яте, увагу сучасних людей менше поглинають основні потреби (забезпеченість харчуванням, водою та дахом над головою), задоволення яких необхідне для виживання. Перебуваючи в більшій безпеці та маючи більше вільного часу, люди все частіше стикаються з прірвою безсенсовності. Вивільнений час зайнятий вирішенням проблем, пов’язаних із пошуками сенсу життя. Крім того, в періоди економічних спадів багато людей стає безробітними, що також тягне за собою втрату сенсу. Нарешті, по-шосте, сучасні люди постають перед імовірністю світових воєн і глобального руйнування навколишнього середовища. Повсякденний ризик подібних подій призводить до розвитку апатії та нігілізму.

Механізми психологічного захисту від безсенсовності також різноманітні. Це може бути все та ж компульсивна діяльність (накопичення грошей, отримання максимального задоволення, абсолютної влади, повного визнання, вищого статусу тощо), яка рано чи пізно закінчується сумнівами й розчаруванням у її результатах. Або ж це можуть бути заняття, що дозволяють витратити й структурувати час (наприклад, хобі, суперечки, сімейні сварки, громадська та політична діяльність, «самовдосконалення» тощо). Ще один варіант – уже згадуваний нами нігілізм, проповідуючи який, люди ставляться зі зневагою до всіх джерел сенсу, які інші знаходять у своєму житті (наприклад, до любові, альтруїзму, релігійного служіння тощо).

Отже, узагальнюючи проведений розгляд філософсько-психологічних моделей екзистенціальної психотерапії, можна говорити про те, що *екзистенціальна психотерапія – це ймовірніше певний підхід до розгляду людського існування, ніж сувора система психотерапевтичних методів.*

☝ *Головна мета екзистенціальної психотерапії* – допомогти клієнтам навчитися переживати своє існування як реальне. Будь-який психічний розлад (невроз або психоз) – це насамперед придушення онтологічного сенсу, що включає в себе втрату відчуття буття та зменшення потенціалу й глибини усвідомлення. Тому будь-який симптоматичний «курс лікування» є відображенням «механістичного» погляду на людину, розглядається як вторинний і обмежує існування. Основний акцент робиться на суб'єктивному сприйнятті індивіда, а також на автентичних стосунках психотерапевт-клієнт [7].

Виходячи з цього, усі екзистенціальні психотерапевти прагнуть допомогти клієнтам зрозуміти їхні внутрішні конфлікти з урахуванням наявності екзистенціальних проблем. Фахівці можуть використовувати найрізноманітніші методи й техніки терапевтичних інтервенцій, що входять до репертуару інших психотерапевтичних напрямів (від класичної кушетки до поведінкового тренінгу), якщо ці інтервенції сумісні з основною екзистенціальною структурою.

Методи й техніки екзистенціальної психотерапії

Нагадаємо, що І. Ялом визначав екзистенціальну психотерапію як психодинамічний підхід. Одразу ж необхідно відзначити, що існують дві важливі відмінності між екзистенціальною та аналітичною психодинамікою. По-перше, екзистенціальні конфлікти й екзистенціальна тривога виникають унаслідок неминучої конфронтації людей із граничними даностями буття – смертю, свободою, ізоляцією та безсенсовністю.

По-друге, екзистенціальна динаміка не передбачає прийняття еволюційної або «археологічної» моделі. Коли екзистенціальні психотерапевти та їхні клієнти проводять поглиблене дослідження, вони не зосереджуються на повсякденних турботах, а розмірковують про основні екзистенціальні проблеми.

У зв'язку зі сказаним, екзистенціальна психотерапія в основному орієнтована на довгострокову роботу. Однак елементи екзистенціального підходу (наприклад, акцент на відповідальності й автентичності) можуть бути включені й у відносно короткострокову психотерапію (наприклад, пов'язану з роботою із посттравматичними станами).

Екзистенціальна психотерапія може проводитись як в індивідуальній, так і в груповій формі. Найбільша увага в обох випадках приділяється якості *стосунків психотерапевт-клієнт.*

Екзистенціальні терапевти описують свої взаємини з клієнтами за допомогою таких слів, як присутність, автентичність і відданість. В індивідуальному екзистенціальному консультуванні беруть участь дві реальні людини.

Екзистенціальні психотерапевти не нав'язують клієнтам власних думок і почуттів і не використовують контрперенесення. Це пов'язано з тим, що клієнти можуть удаватися до різних способів провокуючого підключення психотерапевтів, яке дозволяє їм звертатися до власних проблем. І. Ялом говорить про важливість неявних «вливань». Ідеться про ті моменти психотерапії, коли терапевт виявляє не тільки професійне, а й щире людське ставлення до проблем клієнтів, тим самим іноді перетворюючи стандартну сесію на дружню зустріч [16].

☝*Головною метою психотерапевта* є встановлення автентичних стосунків у інтересах клієнта, тому питання *саморозкриття психотерапевта* є одним із головних у екзистенціальній психотерапії. Екзистенціальні психотерапевти можуть розкривати себе двома способами.

По-перше, вони можуть розповідати своїм клієнтам про власні спроби примирення з граничними екзистенціальними занепокоєннями та збереження кращих людських якостей.

По-друге, вони можуть використати сам процес психотерапії, а не фокусувати увагу на змісті сесії. Це використання думок і почуттів, які стосуються того, що відбувається «тут і зараз», з метою поліпшення стосунків психотерапевт-клієнт.

Протягом низки психотерапевтичних сесій клієнтка А. демонструвала поведінку, яку сама вона розцінювала як природну й спонтанну, а інші учасники групи вважали інфантильною. Вона всіляко виявляла активність і готовність працювати над собою та допомагати іншим, детально та барвисто описувала свої почуття й емоції, охоче підтримувала будь-які теми групової дискусії. При цьому її поведінка носила напівграйливий-напівсерйозний характер, що з одного боку давало певний матеріал для аналізу, а з іншого – дозволяло уникати глибшого занурення в нього. Психотерапевт, припускаючи, що такі «ігри» можуть бути пов'язані зі страхом наближення до смерті, запитав, навіщо вона намагається бути то дорослою досвідченою жінкою, то маленькою дівчинкою. Її відповідь вразила всю групу: «Коли я була маленькою, мені здавалося, що між мною та чимось поганим у житті стоїть моя бабуся. Потім бабуся померла, а на її місце встала моя мама. Потім, коли померла мама, між мною та поганим опинилася старша сестра. І тепер, коли сестра живе далеко, я раптом усвідомила, що між мною та поганим більше немає перешкоди, я стою з ним віч-на-віч, а для своїх дітей я сама є такою перешкодою».

Крім цього, ключовими процесами терапевтичних змін, на думку І. Ялома, є воля, прийняття відповідальності, ставлення до терапевта й залучення в життя. Розглянемо їх на прикладі роботи з кожною із базових тривог.

Робота з усвідомлення смерті

Вивчення людей, які побували в екстремальних ситуаціях, пережили досвід клінічної смерті, а також хронічних хворих незаперечно свідчить, що *поглиблення усвідомлення смерті може вести до більш високої оцінки життя.* Ситуація близькості до смерті викликає в людей найрізноманітніші реакції. Дехто намагається заперечувати цей факт, інші піддаються паніці, апатії чи безплідним роздумам («Чому саме я?», «Що в житті я зробив неправильно, і як це можна виправити?»), треті активізують засоби психологічного захисту, спотворюючи реальність, але завдяки цьому більш-менш спокійно сприймають інформацію, що стосується смерті.

Тому важливо заздалегідь підготувати до цього будь-яку людину й навчити її використовувати свої хвороби як можливість для особистісного зростання. Усвідомлення унікальності та конечності людського життя призводить до «нестерпної легкості буття» – переоцінки цінностей, акценту на теперішньому моменті, більш глибокого й повного переживання мистецтва, встановлення близьких і щирих контактів із усіма людьми, а не тільки з рідними та знайомими, розуміння відносності людських страхів і бажань, встановлення більш тісного контакту з природою. Тому поглиблення усвідомлення смерті може також викликати радикальний зсув у клієнтів, які не є невиліковно хворими.

Зустріч однієї з груп особистісного зростання учасниця *Е.* почала з озвучення проблеми зіпсованих стосунків із учасницею С., із якою деякий час у *Е.* була досить міцна дружба. На думку *Е.*, це було пов’язано з відчуженням і антипатією, що виникли в С. через тиск їхніх спільних знайомих, із якими *Е.* має напружені взаємини. Група, що складалася переважно зі студентів-психологів, охоче зайнялася дослідженням поставленої проблеми, досить швидко виявивши, що практично в усіх стосунках *Е.* з жінками спостерігається один сценарій – неможливість тривалий час підтримувати теплі дружні стосунки. Ця тема, як у більш широкому контексті (жіноче суперництво), так і стосовно *Е.*, викликала досить сильні емоційні реакції в групі. Протягом усього обговорення в *Е.* декілька разів беззвучно текли сльози, проте на увагу до них оточуючих вона відповідала проханням «не турбуватися», оскільки вони течуть «просто так», «за ними нічого не стоїть» і з нею «останнім часом таке часто буває». Фасилітатор запропонував, щоб наступного разу, коли вона заплаче, і зі сльозами будуть пов’язані емоції, про які Е. зможе сказати на групі, нехай вона подасть знак (наприклад, тупне ногою). Через кілька хвилин фасилітатор запитав: «*Е.*, а що відбувається у вашому житті зараз?». За цим запитанням відбувся вибух емоцій страху, образи, смутку, який приголомшив усю групу. Виявилося, що вже близько місяця *Е.* кожну мить чекає на звістку про смерть єдиної близької людини, матері, яка страждає на важке онкологічне захворювання. Група, яка до

цього досить активно намагалася допомогти *Е.* вирішити заявлену нею проблему, пережила шок, відчуття провини та спробувала в силу наявних можливостей підтримати її. Усвідомлення щохвилинної близькості смерті призвело до того, що практично наприкінці групи при підбитті підсумків одна з учасниць, Ж., розповіла про те, що в неї, імовірно, онкологічне захворювання, і що через страх і небажання жити далі вона нічого не робить для його подальшої діагностики й терапії. Наступний ряд розповідей про близький або аналогічний досвід учасників групи так і не переконав її звернутися до фахівців. Проте наступного разу на групі вона розповіла про свої «таємні» відвідини лікарні та почуття як полегшення, так і розчарування, пов'язані з цією подією. Це дозволило групі зосередитися не тільки на обговоренні проблем смерті, але також сенсу життя й відповідальності за втілення цього сенсу.

☝Працюючи з усвідомленням смертності буття, І. Ялом рекомендує виходити з такого твердження: тривога, пов'язана зі смертю, зворотно пропорційна задоволеності життям. Поглиблення усвідомлення неминучості смерті може посилювати занепокоєння, але психотерапевт повинен прагнути не анестезувати тривогу клієнтів, а допомагати їм примирятися з нею та використовувати її конструктивно.

Техніка «рішення терпіти» полягає в тому, щоб дати клієнтам зрозуміти, що обговорення проблем, пов'язаних зі смертю, високо цінується в консультуванні. Це можна зробити за допомогою прояву інтересу до саморозкриття клієнтів у цій темі, а також через заохочення їхнього саморозкриття. Крім того, психотерапевтам не слід підтримувати в клієнтів заперечення смерті. Навпаки, необхідно активно сприяти тому, щоб ці питання залишалися актуальними. Для цього психотерапевт сам повинен бути стійким до власної тривоги, пов'язаної зі смертю.

Слухаючи розповідь одного клієнта про важливість і відповідальність тієї роботи, якою він займається, психотерапевт раптово попросив його зупинитися й прислухатися, а потім сказати, що він чує. «Цокання годинника, який висить у вас на стіні», – здивовано відповів клієнт. «Правильно, – підтвердив психотерапевт. – Тільки це не просто годинник, він відміряє час. Час, який нам відпущено на сьогоднішню зустріч. А ще час, який у цілому відпущений нам на життя. У різних людей його тривалість різна й залежить від генетики, способу життя, волі до життя та ще безлічі інших чинників. Але є й одна спільна риса – його не можна розрахувати й повернути назад. А тепер подумайте, чи дійсно важливість і престижність тієї роботи, якою ви займаєтеся, – це ті важливі речі, заради яких ви готові витратити стільки особистого часу?»

Техніка роботи із захисними механізмами полягає в ідентифікації неадекватних механізмів захисту та їхніх негативних наслідків. Психотерапевти намагаються допомогти клієнтам швидше визнати, що вони не будуть жити вічно, ніж заперечувати смерть. Екзистенціальним психотерапевтам потрібні такт, наполегливість і вміння правильно вибирати час для того, щоб допомагати клієнтам ідентифікувати свої по-дитячому наївні погляди на смерть і змінювати їх.

Техніка роботи зі сновидіннями полягає в тому, що екзистенціальні психотерапевти спонукають клієнтів розповідати про свої сновидіння. Оскільки в сновидіннях (особливо в кошмарах) можуть у невитісненому й невідредагованому вигляді проявлятися підсвідомі теми, у них часто присутні також і теми смерті. Тому обговорення й аналіз сновидінь проводяться з урахуванням екзистенціальних конфліктів, наявних у клієнтів. Однак фахівцям слід бути готовим до того, що клієнти не завжди готові мати справу з матеріалом, представленим у їхніх снах.

Техніка нагадування про недовговічність (тлінність) існування. Психотерапевти можуть допомагати клієнтам ідентифікувати тривогу, пов'язану зі смертю, і справлятися з нею за допомогою «налаштування» клієнтів на ознаки смертності, які є частиною нормального життя (так, смерть близьких може бути яскравим нагадуванням про особисту смертність; смерть батьків означати, що прийшла черга наступного покоління; смерть дітей може викликати почуття безсилля у зв'язку з усвідомленням космічної байдужості). Крім того, зіштовхнути клієнтів віч-на-віч із власною вразливістю може серйозна хвороба.

Також усвідомлення смертності нагадує про себе в перехідні періоди життя. Найбільше значення мають перехід від юності до дорослого життя, встановлення постійних стосунків і пов'язане з цим прийняття на себе відповідних зобов'язань, перехід до самостійного життя дітей, подружнє роз'єднання та розлучення. У зрілому віці багато клієнтів починає глибше усвідомлювати смерть, зрозумівши, що тепер вони не дорослішають, а старіють. Крім того, втрата роботи або несподіване виникнення небезпеки краху кар'єри можуть зробити усвідомлення смерті набагато глибшим.

У повсякденному житті людина постійно стикається з нагадуваннями про хід часу. Фізичні ознаки старіння, наприклад, поява сивого волосся, зморшок, плям на шкірі, зменшення гнучкості суглобів і витривалості, погіршення зору – усе це руйнує ілюзію постійної молодості. Зустрічі з друзями дитинства та юності свідчать, що всі старіють. Часто дні народження й різні річниці породжують екзистенціальний біль разом із радістю або замість неї, оскільки ці дати є віхами процесу старіння.

Техніка використання допоміжних засобів для поглиблення усвідомлення смерті полягає в тому, що клієнта просять написати власний некролог або заповнити анкету з питаннями, які стосуються тривоги, пов'язаної зі смертю. Крім того, психотерапевти можуть запропонувати клієнтам пофантазувати на тему власної смерті, уявляючи «де», «коли» і «як» вони її зустрінуть, і як пройдуть їхні похорони. І. Ялом описує два способи змусити клієнтів взаємодіяти зі смертю: спостереження за невиліковно хворими людьми та включення в групу клієнтів невиліковного онкологічного хворого.

До цієї техніки близька *техніка зменшення сензитивності до смерті*. Психотерапевти можуть допомагати клієнтам впоратися з жахом смерті, багаторазово змушуючи їх відчувати цей страх у зменшених дозах. І. Ялом зазначає, що, працюючи з групами, які складаються з онкологічних хворих, він часто бачив, що страх смерті в цих хворих поступово зменшується лише завдяки отриманню повної детальної інформації [17].

Цікавий приклад змістовної переоцінки смерті наводить В. Франкл. До нього звернувся літній лікар, який два роки перебував у депресії з приводу смерті своєї дружини. «Як я міг допомогти йому? Що мені йому сказати? Так от, я не став говорити нічого, а замість цього поставив запитання: «Що сталося б, доктор, якби ви померли першим, а вашій дружині довелося б пережити вас?». «О, – сказав він, – для неї це було б жахливо, як би вона страждала!» На що я відповів: «Бачите, доктор, вона уникла цих страждань, і саме ви позбавили її від них, але ви повинні платити за це тим, що пережили та оплакуєте її». Він не відповів ані слова, але потиснув мені руку та спокійно покинув мій кабінет» [14].

Робота з відповідальністю та свободою

При наявності в клієнтів граничного занепокоєння, пов'язаного зі свободою, психотерапевти зосереджуються на підвищенні усвідомлення ними їхньої відповідальності за своє життя та на наданні допомоги клієнтам у взятті на себе відповідальності.

Техніка визначення видів захисту та способів ухилення від відповідальності полягає в тому, що психотерапевти можуть надавати клієнтам допомогу в розумінні функцій певних видів їхньої поведінки (наприклад, компульсивності) як ухилення від відповідальності за вибір. Крім того, психотерапевти можуть спільно з клієнтами аналізувати їхню відповідальність за власні нещастя і, якщо необхідно, ставити клієнтів віч-на-віч із цією відповідальністю.

Екзистенціальні психотерапевти Віра Галич і Моріс Темерлін на основі аналізу аудіозаписів психотерапевтичних сесій зібрали колекцію конфронтуючих інтерв'ю, спрямованих на зростання усвідомлення

відповідальності. Вони наводять приклад, коли домогосподарка нарікала: «Я не можу впоратися зі своєю дитиною, все, що вона робить, – сидить і дивиться цілий день телевізор». Терапевт зробив прихований вибір явним за допомогою такого зауваження: «А ви занадто малі й безпорадні, щоб вимкнути телевізор». Імпульсивний, схильний до нав'язливостей чоловік кричав: «Зупиніть мене, я боюся, що покінчу із собою». Терапевт сказав: «Я повинен зупинити вас? Якщо ви дійсно хочете покінчити із собою, по-справжньому померти, ніхто не зможе вас зупинити, окрім вас самого».

Сутність цієї техніки полягає в тому, що коли клієнт скаржиться на несприятливу ситуацію, яка склалася в його житті, терапевт цікавиться тим, як клієнт створив цю ситуацію. Крім цього, терапевт може зосередити увагу на тому, як клієнт використовує «мову ухилення від відповідальності» (наприклад, люди часто говорять «я не можу» замість «я не хочу»).

Техніка ідентифікації ухилення від відповідальності акцентує увагу на стосунках психотерапевт-клієнт. Психотерапевти ставлять клієнтів віч-на-віч із їхніми спробами перенести на фахівців відповідальність за те, що відбувається в рамках психотерапії або за її межами. Для цього дуже важливим є усвідомлення психотерапевтом власних почуттів щодо клієнтів, що допомагають ідентифікувати в них емоційні реакції.

Багато клієнтів, які звертаються за психотерапевтичною допомогою, сподіваються, що терапевт виконає за них усю необхідну терапевтичну роботу. Мотивації таких очікувань можуть бути найрізноманітнішими, починаючи від «Вам добре, ви сильніший, у вас більш вигідна ситуація», і закінчуючи «Ви цього вчилися, це ваша професія, я вам за це гроші плачу». Впливаючи таким чином на різні почуття психотерапевта (провину, совість, сумлінність тощо), клієнт перекладає тягар відповідальності за ті зміни, що з ним відбуваються, на плечі психотерапевта.

У студентській навчальній групі учасниця А. на всі спроби допомоги та підтримки як з боку фасилітатора, так і з боку інших учасників групи відповідала приблизно одними й тими ж словами: «Не знаю... Можливо, це й так... Принаймні ви це так бачите...». Відчуваючи, що позиція такого пасивного протистояння стала для неї звичною, а також уникаючи провокаційного зісковзування в науку, психотерапевт розповів їй анекдот: «Пізно ввечері жінка йде темною безлюдною вулицею. Раптом вона чує позаду важкі чоловічі кроки. Не обертаючись, вона прискорює рух. Кроки теж стають частішими. Вона біжить – переслідувач біжить слідом за нею. Врешті вона забігає в якийсь двір і розуміє, що виходу немає. Тоді вона сміливо розвертається до переслідувача й голосно кричить: «Ну, і що ви хочете від мене?», на що переслідувач спокійно відповідає: «Не знаю, це ваш сон». Незважаючи на те, що клієнтка агресивно відреагувала

на цей анекдот, у подальшій роботі його остання фраза послужила хорошим «маркером» для ідентифікації ухилень. Як тільки А. починала щось вимагати від психотерапевта й групи або в чомусь їх звинувачувати, їй одразу ж нагадували – «Але це ж твій сон».

Техніка зіткнення з обмеженнями реальності. Оскільки в житті будь-якої людини періодично виникають об'єктивно несприятливі ситуації, ця техніка спрямована на зміну точки зору клієнта. Така зміна має декілька різновидів.

По-перше, психотерапевт може допомогти визначити ті життєві сфери, на які клієнт здатен продовжувати впливати, незважаючи на певні обмеження. Так, наприклад, змінити факт важкого захворювання не може ніхто, але тільки від людини залежить, чи займе вона по відношенню до цього факту позицію пасивної жертви, чи спробує знайти позитивний приклад (класичні приклади – параолімпійці, ветерани АТО, які, зазнавши тяжких тілесних ушкоджень, продовжують активне життя).

По-друге, психотерапевти можуть змінити існуючу установку по відношенню до тих обмежень, які змінити не можна. Ідеться як про прийняття існуючої в житті несправедливості, так і про рефреймінг типу «якщо не можеш змінити ситуацію, зміни своє ставлення до неї».

Техніка протистояння екзистенціальній провині. Як уже зазначалося, в екзистенціальній психотерапії однією з функцій тривоги вважається заклик до совісті, а одним із джерел тривоги є провина, обумовлена невдалою реалізацією потенціалу.

Для того, щоб запустити психологічну роботу з екзистенціальною провиною в груповому форматі, добре підходить модифікація притчі з твору «Процес» Ф. Кафки.

Один чоловік дізнався про те, що десь існує Замок, у якому панує Закон, що мудро розподіляє щастя й нещастя «по справедливості». Як і годиться, він вирушає в подорож і, зносивши належну кількість одягу та стоптавши належну кількість чобіт, нарешті знаходить його. Вартовий, який стояв перед одними з незліченної кількості воріт, вітає подорожнього, але відразу ж повідомляє, що пропустити його зараз не може. Коли ж чоловік намагається сам зазирнути в надра Замку, він попереджає: «Якщо тобі не терпиться, спробуй увійти, не слухай моєї заборони. Але знай, могутність моя величезна, хоча я й найнікчемніший із вартових. Далі стоять вартові один могутніший за іншого. І з кожним із них тобі доведеться битися».

Тоді чоловік вирішив почекати, поки йому дозволять увійти, або прийде хтось інший, готовий битися зі страшними й могутніми вартовими. Іноді він подовгу розмовляв із першим вартовим на різні теми. Періодично він намагався

підкупити його різноманітними хабарами. Той брав їх, але все одно не пропускав, пояснюючи свої дії так: «Я роблю це, щоб ти не втрачав надію».

Врешті-решт чоловік постарів і, відчуваючи, що помирає, попросив вартового виконати його останнє прохання – відповісти на запитання: «Адже всі люди прагнуть Закону, як же сталося, що за всі ці довгі роки ніхто, окрім мене, не вимагав, щоб його пропустили?». Тоді вартовий крикнув у відповідь (бо чоловік уже погано чув): «Нікому сюди входу немає, ці ворота були призначені для тебе одного! Тепер я піду й замкну їх».

Існує відмінність між провиною за поганий вибір, зроблений у минулому, та провиною, пов'язаною з відмовою робити новий вибір. Поки клієнти продовжують поводитись так, як вони це робили в минулому, вони не можуть пробачити собі зроблений вибір.

Це добре ілюструє одна буддистська притча. Одного разу двоє ченців ішли по вузькій гірській дорозі й на одному з поворотів зустріли дівчину, яка стояла перед величезною калюжею. Перший монах спокійно пройшов повз, а другий мовчки підійшов до неї, взяв на руки, переніс через калюжу та пішов далі. Уже ввечері, підходячи до стін монастиря, перший монах порушив традиційне мовчання: «Наш статут забороняє торкатися до жінок». На що другий монах відповів: «Я ніс її тільки три хвилини, а ти несеш її вже котру годину».

Техніка вивільнення здатності хотіти. Відчувати бажання неможливо без контакту зі своїми почуттями. Тому для розуміння істинних бажань людини екзистенціальні психотерапевти працюють із пригніченими та витісненими афектами, які блокують бажання. При цьому, на відміну від інших методів психотерапії, вони намагаються уникати драматичних глобальних проривів, оскільки їх (проривів) вплив як правило короткочасний. Замість цього в межах контексту автентичних стосунків екзистенціальні психотерапевти постійно намагаються відповісти на запитання «Що ви відчуваєте?» й «Чого ви хочете?», тим самим досліджуючи джерело та природу блоків клієнтів і почуттів, що лежать в основі цих блоків, і які клієнти намагаються висловити.

Техніка фасилітації прийняття рішень полягає в тому, що екзистенціальні психотерапевти спонукають клієнтів усвідомлювати, що кожній дії передує рішення. Оскільки при його прийнятті виключаються альтернативи, рішення – це свого роду окремі ситуації, у яких люди створюють себе самі. Часто клієнти паралізують свою здатність приймати рішення за допомогою запитань, що починаються зі слів «Так, але...» або «А якщо...» (наприклад, «А якщо я втрачу роботу й не зможу знайти іншу?»). Психотерапевти можуть допомагати клієнтам дослідити розгалуження кожного запитання «а якщо...» й аналізувати почуття, які індукуються цими запитаннями. Психотерапевти можуть спонукати клієнтів

активно приймати рішення таким чином, що це сприятиме активізації в них власної сили та ресурсів.

У ситуації, коли клієнт поставлений перед необхідністю прийняття рішення, але всіма способами намагається перекласти його на психотерапевта, фахівець може розповісти ще одну східну притчу. Якось одна жінка, яка жила у віддаленому селищі й була там наймудрішою, дізналася, що через це селище пройде Ходжа Насреддін. Побоюючись за свій авторитет, вона вирішила перевірити його мудрість. Коли він увійшов у село, вона підійшла до нього з маленькою пташкою, затиснутою в руці, і привселюдно запитала: «Скажи, птах у руці живий чи мертвий?» Це було дуже хитре запитання: якщо б він відповів, що живий, вона б міцніше стиснула кулак, і птах задихнувся б, а якби Ходжа відповів, що птах мертвий, жінка б розжала руку, і птах полетів. «Все у твоїх руках, жінко», – відповів їй Насреддін.

За необхідності екзистенціальні психотерапевти допомагають клієнтам проявляти волю. Схвалення психотерапевта дозволяє клієнтам учитися довіряти своїй волі та знаходити впевненість у тому, що вони мають право діяти.

І. Ялом рекомендує якомога частіше доводити до клієнтів із пригніченою волею такі установки: «Тільки я можу змінити світ, який створив», «У зміні немає ніякої небезпеки», «Щоб отримати те, чого я дійсно хочу, я повинен змінитися», «Я в силах змінитися» [17].

Робота з ізоляцією

Техніка конфронтування клієнтів із ізоляцією. Психотерапевт може допомогти клієнту зрозуміти, що врешті-решт кожна людина народжується, проживає життя та вмирає на самоті. Це досить болісно, оскільки руйнує всі звеличуванні культурою романтичні зразки людських взаємин. Тим не менш, як і смерть, усвідомлення тотальної самотності істотно впливає на зміну якості життя та взаємин. Досліджуючи власну самотність, клієнти вчаться визначати, що вони можуть і чого не можуть отримати від стосунків.

Так, даючи оцінку проведеним груповим зустрічам, багато учасників відзначає той важливий для них факт, що завдяки групам вони на деякий час вирвалися з повсякденного оточення.

Крім того, психотерапевт може запропонувати клієнту певний експеримент – на деякий час відгородитися від навколишнього світу й побути в ізоляції. Після проведення цього експерименту клієнти глибше усвідомлюють як жах самотності, так і масштаби власних прихованих ресурсів і ступінь своєї мужності.

Техніка ідентифікації механізмів захисту полягає у виявленні захистів, якими користуються клієнти, щоб справлятися з протиріччям між потребою в приналежності та фактом екзистенціальної ізоляції.

На одній із груп, присвяченій проблемі побудови сімейних стосунків, були присутні кілька осіб із компульсивною поведінкою, що проявлялась у підвищеній закохуваності, хронічних проблемах нерозділеного кохання, частій зміні об'єктів любові, формуванні з ними відносин залежності. Усі спроби дослідження глибинних процесів, які стоять за такою поведінкою, розбивалися об інтелектуальні захисти клієнтів. Щоб продемонструвати, що за такою поведінкою стоять механізми захисту від самотності, психотерапевт розповів таку притчу.

«Жив самотній і нещасний чоловік. І одного разу його самотність і відчай досягли такого ступеня, що він закричав Богу: «Господи, пошли мені чудову жінку!» Його крик був настільки сильний, що Бог почув і звернув на нього увагу. Бог запитав: «А чому не хрест?» Чоловік розсердився: «Мені не життя набридло, я хочу знайти гарну жінку та друга». Чоловік отримав усе, але незабаром став іще більш нещасним. Ця жінка стала болем у серці і каменем на його шиї. І тоді він знову почав благати: «Господи, дай мені меч». Бог знову запитав: «А може, все-таки хрест?» Але чоловік прокричав: «Ця жінка й так гірша за будь-якого хреста. Пошли мені тільки меч!»

Бог послав меч, чоловік убив жінку, був схоплений і засуджений до розп'яття. І на хресті, молячись Богу, він голосно сміявся: «Прости мене, Господи! Я не слухав Тебе, а Ти питав, чи не послати мені хрест, із самого початку. Якщо б я послухався, то позбувся б від усієї цієї непотрібної суєти».

Техніка ідентифікації міжособистісної патології. Прийнявши за критерій ідеальну свободу від потреб або «Я-Ти» стосунки, можна визначити способи ухилення клієнтів від реальних взаємин із іншими. Якою мірою клієнти ставляться до інших як до об'єктів, що служать для задоволення їхніх бажань і потреб? Наскільки вони здатні любити? Наскільки добре вони вміють вислуховувати співрозмовників і розкривати себе? Яким чином вони утримують людей на відстані? Психотерапевти можуть навчати клієнтів «абетки мови інтимності», формувати навички прийняття та висловлення почуттів.

Використання стосунків психотерапевт-клієнт із метою виявлення патології. Екзистенціальні психотерапевти вважають, що зосередженість виключно на перенесенні заважає терапії, оскільки усуває автентичні стосунки терапевт-клієнт. Це пов'язано з тим, що, по-перше, аналітична парадигма усуває реальність самих взаємин, розглядаючи їх як певний ключ до розуміння минулого досвіду, а по-друге, надає психотерапевту раціональні підстави для самозахисту. У свою чергу, нездатність до саморозкриття блокує здатність до

щирого й емпатійного розуміння внутрішнього світу іншого. Саморозкриття психотерапевта (за типом описаної Р. Меєм (2004) *agape* – любові, відданої на благо іншого) дозволяє клієнтові робити крок за кроком у бік власного розкриття.

Зцілювальні стосунки. Екзистенціальні психотерапевти прагнуть розвивати реальні стосунки з клієнтами. Хоча стосунки психотерапевт-клієнт і носять тимчасовий характер, досвід інтимності може бути постійним. Взаємини психотерапевт-клієнт можуть сприяти самоствердженню клієнтів, оскільки для них надзвичайно важливо, що хтось, кого вони поважають, і хто дійсно знає всі їхні сильні та слабкі сторони, приймає їх. Психотерапевти, яким вдалося встановити глибокі стосунки зі своїми клієнтами, можуть допомогти їм протистояти екзистенціальній ізоляції. Крім того, це допомагає клієнтам усвідомити свою відповідальність за життя та стосунки, які в ньому складаються.

Робота з безсенсовністю

Техніка перевизначення проблеми. Коли клієнти скаржаться на те, що «життя не має ніякого сенсу», вони, схоже, припускають, що життя має сенс, який вони не можуть знайти. Ця точка зору близька до логотерапевтичної позиції. Однак, згідно з іншим екзистенціальним підходом, люди радше надають сенс, ніж отримують його. Тому екзистенціальні психотерапевти підвищують усвідомлення клієнтами того, що в житті немає жодного об'єктивно властивого йому сенсу, але люди відповідальні за створення власного сенсу. Часто те, що відноситься до категорії безсенсовності, краще за все вивчати у зв'язку з іншими граничними тривогами, пов'язаними зі смертю, свободою та ізоляцією. Приклад застосування такої техніки перевизначення проблеми безсенсовності ми можемо знайти в східній притчі. Так, одна легенда оповідає, що колись Ходжа Насреддін помер і потрапив на небеса в чудовий сад, де слухняний джин виконував усі його бажання. Дуже скоро Ходжі це набридло, і він вирішив зайнятися якою-небудь роботою. Однак джин заборонив йому це. Тоді через деякий час Насреддін став проситися куди-небудь у інше місце, хоча б і в пекло. «А ти думаєш, де ти перебуваєш?» – засміявся джин.

Техніка визначення видів захисту від тривоги безсенсовності. Екзистенціальні психотерапевти допомагають клієнтам краще усвідомлювати використовувані ними види захисту від тривоги безсенсовності. Насамперед це пов'язано з проясненням таких запитань: якою мірою прагнення до отримання грошей, задоволення, влади, визнання статусу ґрунтується на нездатності протистояти екзистенціальній проблемі, пов'язаній із безсенсовністю; наскільки людина взагалі серйозно ставиться до життя. Захист від безсенсовності може бути однією з причин того, що клієнти ставляться до життя несерйозно,

створюючи тим самим проблеми, від вирішення яких вони свідомо чи підсвідомо прагнуть ухилитися.

Техніка сприяння клієнтам у їхній більш активній участі в житті полягає в тому, що психотерапевт виходить із припущення про вроджене бажання клієнта завжди брати участь у житті. Ця техніка може полягати в тому, що психотерапевти пропонують клієнтам встановити й підтримувати автентичні стосунки в ході психотерапії, що вже є їхнім вагомим внеском у терапевтичний процес. Психотерапевти можуть досліджувати широкий діапазон надій і цілей клієнтів, їхню систему переконань, оцінювати їхню здатність любити та їхні спроби творчо виражати себе [17].

Зазначимо, що робота з безсенсовністю відрізняється від роботи з іншими граничними тривогами. У випадках зі смертю, свободою, ізоляцією психотерапевт організовує процес таким чином, щоб клієнт зустрівся з ними віч-на-віч. Однак коли справа стосується безсенсовності, психотерапевт допомагає «відвернутися» від запитання, прийнявши рішення про залучення в життя.

❓ *Питання для самоконтролю*

1. Назвіть витоки екзистенціальної психотерапії.
2. Як визначав екзистенціальну психотерапію І. Ялом?
3. Які типи механізмів психологічного захисту виокремлені І. Яломом?
4. Що є основним джерелом невротичної, нормальної та екзистенціальної тривоги?
5. Які головні механізми захисту від тривоги, пов’язаної зі смертю, виділено в теорії І. Ялома?
6. У чому полягають перший і другий екзистенціальні конфлікти?
7. Як Ви розумієте термін «екзистенціальна ізоляція»?
8. У чому полягають основні відмінності між екзистенціальною та аналітичною психодинамікою?
9. Що є головною метою екзистенціального психотерапевта?
10. Назвіть техніки роботи з відповідальністю та свободою.

Практичні завдання

Для виконання практичного завдання розподіліться на групи з 3-х осіб, у яких по черзі ви будете виконувати такі ролі: «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор».

Клієнт і психотерапевт розігрують ситуацію, виконуючи запропоновані нижче завдання. Супервізор спостерігає за правильністю виконання завдання і після цього аналізує роботу.

Психологічна ситуація 1. Змучена жінка прийшла до психолога. Її цікавило питання, як поводитись зі своєю 60-річною мамою, у якої діагностували рак. Лікарі після обстеження жінки в лікарні сказали, що виявлена пухлина є занадто

занедбаною, і вони виписують жінку додому для симптоматичної терапії. Мама, мужня жінка, яка прожила важке життя, ще не знає про справжні масштаби своєї хвороби. Що говорити, як поводитися з нею. Звідки черпати сили?

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт»-«Психотерапевт»-«Супервізор» такі питання:

- Про що доцільно розпитати жінку?
- Яку техніку роботи зі страхом смерті можна запропонувати жінці; якими можуть бути наслідки її застосування?
- Як і коли жінці доцільно поговорити з матір'ю про її діагноз і те, що буде відбуватися з нею?

Психологічна ситуація 2. Хлопець Д., учень 11-го класу, протягом року демонстрував високу успішність і планував вступ до престижного університету. За місяць до ЗНО він почав скаржитися на безсоння, різко втратив апетит і кілька разів під час контрольних робіт «забував» матеріал, який раніше знав досконало. Батьки тиснуть на нього, нагадуючи про «сімейну традицію» вступати тільки на певну спеціальність, а сам Д. у розмові з однокласником зізнався, що «більше не відчуває сенсу намагатися».

Запитання для аналізу ситуації:

1. Які ознаки в поведінці Д. свідчать про емоційне вигорання, а не про звичайне хвилювання перед іспитами?
2. Наскільки фраза «більше не відчуваю сенсу намагатися» є приводом для термінового втручання психолога?
3. Які запитання варто поставити Д., щоб оцінити ризик суїцидальних думок без надмірної тривожності самого запитання?
4. Як побудувати діалог із батьками, щоб знизити тиск на дитину, не викликавши їхнього опору чи заперечення проблеми?
5. Які стратегії самодопомоги та розподілу навантаження можна запропонувати Д. напередодні іспитів?

Тема 9. Клієнт-центрована психотерапія Карла Роджерса

Мета вивчення теми: зрозуміти теоретичні засади клієнт-центрованої психотерапії Карла Роджерса та її місце в межах гуманістичного підходу до психологічної допомоги; засвоїти базові поняття концепції – Я-концепцію, тенденцію до самоактуалізації, конгруентність – і зрозумієте роль трьох основних терапевтичних умов (емпатії, безумовного позитивного прийняття та конгруентності терапевта) у забезпеченні особистісних змін клієнта.

 *Питання для опанування теоретичного матеріалу*

Теорія психотерапії. Генезис неврозу. Механізми терапії. Результат терапії. Техніки психотерапії.

Основні терміни й поняття: клієнт-центрована психотерапія; клієнт; терапевтичні стосунки; емпатія; безумовне позитивне прийняття; конгруентність; автентичність; активне слухання; рефлексивне слухання; самоактуалізація; Я-концепція; реальне Я; ідеальне Я; неконгруентність; умови цінності; феноменологічне поле; особистісне зростання; повноцінно функціонуюча особистість; терапевтичні зміни.

Теоретичні витоки клієнт-центрована психотерапія

Гуманістична психологія сформувалася в середині XX століття як відповідь на обмеження двох впливових підходів того часу: психоаналізу та біхевіоризму. Якщо психоаналіз значною мірою пояснював поведінку людини несвідомими конфліктами й потягами, а біхевіоризм — зовнішніми стимулами та навчанням, то гуманістичний напрям поставив у центр унікальну особистість, її суб’єктивний досвід, свободу вибору, відповідальність і прагнення до самореалізації.

Одним із найвпливовіших представників гуманістичного напряму був американський психолог Карл Роджерс. Він створив клієнт-центровану психотерапію — підхід, у якому головним фахівцем із життя клієнта вважається сам клієнт. Психотерапевт не нав’язує інтерпретацій, не шукає прихованих патологій і не дає готових рецептів. Натомість він створює психологічний простір, у якому людина може без страху досліджувати власні переживання, краще розуміти себе та приймати самостійні рішення.

Сам термін «клієнт» був для Роджерса принциповим. Він прагнув відійти від поняття «пацієнт», яке часто передбачає пасивність, хворобу й залежність від експерта. Клієнт — це активна людина, яка звертається по допомогу, але зберігає гідність, суб’єктність і відповідальність за власний життєвий шлях.

Теорія психотерапії

Теорія клієнт-центрованої психотерапії виникла в рамках школи, яка відома як гуманістична психологія — певний підхід до вивчення психіки людини. Згідно з теоретичними положеннями К. Роджерса, кожна людина має потенціал для зростання і творче джерело, на розвиток та реалізацію яких негативно впливають сім'я, школа й інші соціальні інститути. Ключем до подолання такого впливу та розкриття власного творчого потенціалу є приймання особистої відповідальності за власне життя.

Теоретичною основою клієнт-центрованого підходу є уявлення про людину як про істоту, що має природну тенденцію до розвитку. Роджерс назвав її тенденцією до актуалізації. Це внутрішнє прагнення організму підтримувати, зберігати та розвивати себе: не лише виживати, а й ставати більш цілісним, компетентним, самостійним і відкритим до досвіду.

Тенденція до актуалізації не означає, що людина завжди поводиться безпомилково. Вона може робити деструктивні вчинки, уникати відповідальності або повторювати болісні моделі поведінки. Однак К. Роджерс вважав, що за наявності сприятливих умов людина здатна рухатися в конструктивному напрямі. У цьому полягає гуманістичний оптимізм його концепції.

Важливим поняттям є *організмічний досвід.* Це весь потік переживань людини: емоції, тілесні відчуття, потреби, думки, бажання, реакції на інших людей і життєві події. Частину такого досвіду людина чітко усвідомлює, а частину може не помічати, заперечувати або спотворювати.

Іншим ключовим поняттям є *Я-концепція* – система уявлень людини про себе. Вона містить відповіді на запитання: «Хто я?», «Якою людиною я є?», «Що я можу?», «Чого я вартий або варта?», «Яким мене бачать інші?». Я-концепція не є незмінною. Вона формується у взаємодії з батьками, близькими, освітнім середовищем, культурою та власним життєвим досвідом [7; 9; 12].

☝Для психологічного благополуччя важливо, щоб Я-концепція відповідала реальному досвіду людини. Наприклад, якщо людина визнає, що може іноді відчувати слабкість, заздрість, гнів, потребу в любові чи страх невдачі, ці переживання можуть бути усвідомлені та прожиті. Якщо ж певні почуття несумісні з уявленням про себе, вони витісняються зі свідомості або спотворюються.

У розвитку особистості значну роль відіграють умови цінності. Це зовнішні вимоги, за яких дитина починає сприймати любов і прийняття як умовні. Наприклад: «Тебе любитимуть, якщо ти слухняний», «Ти цінна лише тоді, коли досягаєш успіху», «Не можна злитися на батьків», «Хлопці не плачуть»,

«Потрібно завжди бути сильною». Такі послання можуть бути явними або прихованими, проте з часом людина засвоює їх як власні переконання.

Унаслідок цього вона може втрачати довіру до власних почуттів. Замість питання «Чого я насправді хочу?» на перший план виходить питання «Що від мене очікують?» або «Яким я маю бути, щоб мене прийняли?». Саме подолання такого відчуження від себе є одним із головних завдань клієнт-центрованої терапії.

З усвідомленням себе людина не народжується на світ, Поняття «Я» починає формуватися в дитинстві та юності і продовжує повільно змінюватися протягом усього життя в процесі взаємодії з навколишнім середовищем.

На підставі сучасного підходу дослідників поведінки споживачів до «образу Я» в структурі цього поняття виокремлюють чотири складові:

- реальний «образ Я» – якою людина бачить себе насправді;
- ідеальний «образ Я» – якою людина бажає себе бачити;
- соціальний «образ Я» – якою, на думку людини, її бачить оточення;
- ідеальний соціальний «образ Я» – якою людина хотіла б, щоб її бачили інші.

Очевидно, що в різних ситуаціях на споживача впливають різні «образи Я». Так, реальне «Я» може купувати машини та засоби для чищення, в той час як ідеальне (або ідеальне соціальне) «Я» купує одяг та парфуми. Поведінка, яка регулюється «образом Я», належить до свідомого контролю, тому цей образ може стати в нагоді маркетологам в ситуаціях, коли індивід прагне перетворити свій реальний образ в ідеальний (інакше як пояснити витрачання чималих коштів на косметику, парфуми, засоби догляду за волоссям, контактні лінзи, пластичну хірургію?). Багато рекламних оголошень апелюють до різних сторін «образу Я» наприклад: «Ми скажемо про Вас більше, ніж можуть сказати Ваші гроші» чи «Pampers знає, чого малюк бажає».

Генезис неврозу

У клієнт-центрованому підході невротичні проблеми розглядаються не як сукупність окремих симптомів, а як результат порушення внутрішньої цілісності особистості. Центральним механізмом цього порушення є неконгруентність – невідповідність між безпосереднім досвідом людини та її Я-концепцією.

Припустімо, людина відчуває образу й гнів на близьку людину. Водночас вона має тверде переконання: «Я добра людина, а добрі люди не відчувають злості». Тоді переживання гніву не може бути прямо визнане. Воно може проявитися як дратівливість, провина, головний біль, тривога або несподівана емоційна реакція на незначну подію. Почуття не зникає, а лише втрачає можливість бути усвідомленим і конструктивно вираженим.

Подібна ситуація виникає, коли людина змушує себе відповідати чужим очікуванням. Наприклад, студент обирає спеціальність, яку схвалюють батьки, хоча сам прагне іншого професійного шляху. Зовні він може бути успішним, але внутрішньо відчувати порожнечу, виснаження або постійне напруження. У такому разі поведінка формально відповідає вимогам соціуму, але не узгоджується з організмічними потребами особистості.

На думку К. Роджерса, тривога виникає тоді, коли досвід, несумісний із Я-концепцією, наближається до усвідомлення. Людина відчуває внутрішню загрозу, хоча не завжди може пояснити її зміст. Щоб захистити звичний образ себе, вона використовує психологічні захисти.

Одним із них є заперечення. Людина не визнає факт або почуття, яке є для неї болісним. Наприклад, вона може стверджувати: «Мене це зовсім не зачіпає», хоча її поведінка свідчить про сильне переживання.

Інший механізм – спотворення досвіду. У цьому випадку переживання допускається до свідомості, але тлумачиться так, щоб не руйнувати звичну Я-концепцію. Наприклад, людина, яка почувається приниженою, може пояснювати свій гнів винятково «некомпетентністю інших», не визнаючи власної вразливості.

Таким чином, невроз у підході Роджерса можна описати як поступову втрату контакту зі своїми справжніми переживаннями. Людина перестає жити, спираючись на внутрішні цінності, і дедалі більше орієнтується на зовнішні оцінки. Вона може здаватися адаптованою, але внутрішньо переживати тривогу, самотність, емоційну порожнечу або відчуття, що живе «не своїм життям» [2; 7].

Механізми терапії

К. Роджерс не вважав, що зміни відбуваються передусім завдяки поясненню причин проблеми. Для нього вирішальним чинником були терапевтичні стосунки. Якщо в цих стосунках людина переживає безпеку, прийняття і точне розуміння, вона поступово починає більш відкрито ставитися до власного досвіду.

Автор концепції формулював *три базові умови ефективної психотерапії*.

Перша умова – *конгруентність* терапевта. Це щирість і внутрішня узгодженість фахівця. Терапевт не ховається за роллю безстороннього експерта, не імітує зацікавленість і не демонструє штучну доброзичливість. Його реакції є автентичними, але водночас професійно відповідальними. Конгруентність не означає, що терапевт висловлює все, що думає чи відчуває. Вона означає, що він не обманює клієнта і не створює фальшивого контакту.

Друга умова – *безумовне позитивне прийняття*. Терапевт приймає клієнта як особистість, незалежно від того, які почуття, фантазії, помилки чи

суперечності той виявляє. Це не означає схвалення будь-якої поведінки. Терапевт може не погоджуватися з конкретними вчинками, але не принижує і не відкидає людину через її переживання.

Безумовне позитивне прийняття особливо важливе для людей, які звикли відчувати цінність лише за умови відповідності чужим вимогам. У терапії вони вперше можуть говорити про сором, злість, заздрість, страх, агресію або почуття провини без очікування осуду. Такий досвід поступово послаблює внутрішню залежність від умов цінності.

Третя умова – *емпатійне розуміння*. Емпатія – це здатність зрозуміти внутрішній світ іншої людини так, ніби він є власним, але без втрати усвідомлення, що це досвід іншого. Терапевт намагається відчути, що означає ситуація саме для клієнта, а не оцінити її зі своєї позиції.

Наприклад, замість фрази «Вам не варто так реагувати» терапевт може сказати: «Коли Ваші зусилля залишилися непоміченими, Ви, схоже, відчули не лише розчарування, а й сумнів у власній значущості». Така відповідь допомагає клієнтові точніше розпізнати та назвати переживання.

У процесі терапії людина переходить від загальних, зовнішньо орієнтованих розповідей до глибшого усвідомлення себе. Спочатку вона може говорити: «Усі мене дратують», але поступово наблизитися до точнішого переживання: «Я відчуваю себе непотрібним, коли мене не слухають». Саме це уточнення почуттів часто відкриває можливість для нової поведінки й рішень.

Терапія не усуває складнощі автоматично. Натомість вона допомагає людині змінити ставлення до себе: від самозаперечення – до уважного контакту зі своїм досвідом; від залежності від зовнішньої оцінки – до внутрішньої опори; від ригідного образу себе – до більш гнучкого і реалістичного саморозуміння.

Результат терапії

Результатом клієнт-центрованої психотерапії є не лише зменшення симптомів, хоча воно часто відбувається. Головним результатом стає зміна способу життя людини та її ставлення до власного досвіду.

☝К. Роджерс описував таку особистість як повноцінно функціонуючу. Вона не є «ідеальною», не позбавлена конфліктів чи болісних почуттів. Її особливість у тому, що вона здатна визнавати свій досвід, витримувати невизначеність і відповідально обирати спосіб дії.

Першою ознакою позитивних змін є більша *відкритість до переживань*. Людина не мусить переконувати себе, що не відчуває страху, образи чи злості. Вона може побачити ці почуття, зрозуміти їхній сенс і вирішити, як діяти далі. Це знижує потребу в запереченні, витісненні або імпульсивних реакціях.

Другою ознакою є *зростання конгруентності*. Я-концепція людини стає ближчою до її реального досвіду. Вона вже не намагається підтримувати образ «завжди сильної», «завжди правильної» чи «завжди успішної» людини. Натомість формується більш складне, реалістичне й прийнятне уявлення про себе.

Третьою ознакою є *підвищення автономії*. Клієнт починає більше довіряти власній здатності оцінювати ситуацію та приймати рішення. Це не означає ігнорування думки інших, але означає відмову від повної залежності від неї.

Четвертою ознакою є *зміна якості міжособистісних стосунків*. Людина, яка краще розуміє і приймає себе, зазвичай стає більш здатною до щирого контакту з іншими. Вона може чіткіше окреслювати межі, прямо говорити про потреби, витримувати відмінності та не будувати стосунки виключно на страху відкидання.

Отже, терапевтичний результат у підході К. Роджерса – це не пристосування до шаблону «нормальності», а рух до автентичності, психологічної гнучкості й відповідального самовизначення.

Техніки клієнт-центрованої психотерапії

Клієнт-центрована психотерапія не є технічно нейтральною або пасивною бесідою. Її особливість полягає в тому, що техніки не використовують для прихованого керування клієнтом, переконування його в певному висновку чи швидкого усунення симптому. Вони слугують іншій меті: допомогти людині точніше усвідомити власний досвід, емоції, потреби, суперечності та способи ставлення до себе.

Терапевт не займає позицію людини, яка «знає правильну відповідь». Він створює контакт, у якому клієнт може почути себе. Тому кожна техніка потребує делікатності, уважності до темпу розмови й постійної перевірки того, чи відповідає терапевтичне втручання реальному переживанню клієнта.

Активне слухання

Активне слухання – базова техніка клієнт-центрованого підходу. Вона передбачає повну зосередженість терапевта на словах, інтонації, емоціях і невербальній поведінці клієнта. Психотерапевт не просто мовчки сприймає інформацію, а демонструє зацікавленість, присутність і готовність зрозуміти внутрішній світ співрозмовника.

Активне слухання проявляється через уважний контакт очима, відкриту позу, доречні короткі реакції: «Так», «Я Вас слухаю», «Продовжуйте, будь ласка». Однак його головний зміст полягає не у формальних сигналах, а в психологічній налаштованості на клієнта.

Наприклад, клієнт говорить: «Я весь час намагаюся зробити все правильно, але мені здається, що нікому цього не достатньо». Терапевт не поспішає давати пораду або оцінювати оточення клієнта. Він прагне зрозуміти переживання, яке міститься за цими словами: втому, розчарування, страх втратити схвалення, сумнів у власній цінності.

Активне слухання має терапевтичне значення вже тому, що для багатьох людей досвід бути уважно вислуханими без поспішних порад, критики чи знецінення є незвичним. Такий контакт послаблює психологічний захист і створює умови для глибшого саморозкриття.

Відображення змісту

Відображення змісту, або перефразування, полягає в тому, що терапевт коротко передає власними словами основну думку клієнта. Мета цього прийому – не повторити сказане дослівно, а показати, як терапевт зрозумів повідомлення, і надати клієнтові можливість уточнити або виправити це розуміння.

Клієнт: «Мати постійно питає, коли я вже визначуся з роботою, і після цих розмов я починаю думати, що справді нічого не досягнув».

Терапевт: «Коли мати ставить ці запитання, Ви не лише відчуваєте тиск, а й починаєте сумніватися у власних досягненнях».

Таке перефразування допомагає побачити психологічний зв’язок між подією та внутрішньою реакцією. Клієнт може погодитися, уточнити думку або сказати: «Ні, радше я злюся, ніж сумніваюся». У будь-якому випадку бесіда рухається до точнішого усвідомлення досвіду.

Відображення змісту також корисне тоді, коли розповідь клієнта є хаотичною, емоційно перевантаженою або містить багато деталей. Терапевт не нав’язує структуру, але допомагає виокремити головне.

Відображення почуттів

Однією з центральних технік є відображення почуттів. Терапевт формулює емоційний зміст висловлювань клієнта та перевіряє, чи відповідає його припущення реальному переживанню людини.

Клієнт: «Колеги обговорили проєкт без мене. Потім просто сказали, що все вже вирішено».

Терапевт: «Схоже, Ви відчули, що Вас виключили з чогось важливого, і це могло бути болісно».

Важливо, що терапевт не стверджує: «Ви почувалися приниженим», – як незаперечний факт. Він використовує обережні формулювання: «Схоже…», «Можливо…», «Я чую в цьому…». Це залишає клієнтові право бути експертом щодо своїх почуттів.

Відображення почуттів виконує кілька функцій. Воно допомагає людині назвати емоцію, яку раніше було складно розпізнати; нормалізує переживання; показує, що складні або соціально не схвалювані почуття можуть бути прийняті без осуду. Наприклад, людина може усвідомити не лише свій гнів, а й приховані за ним біль, страх, сором або потребу в близькості.

При цьому терапевт має уникати надмірної інтенсивності. Якщо клієнт лише починає торкатися складної теми, занадто глибоке або категоричне відображення може викликати напруження й опір. Точність важливіша за ефектність формулювання.

Прояснення та уточнювальні запитання

Прояснення спрямоване на те, щоб допомогти клієнтові конкретизувати думки, почуття або значення певної ситуації. Воно особливо потрібне, коли людина використовує загальні вислови: «Усе погано», «Мене ніхто не розуміє», «Я нічого не відчуваю».

Терапевт може запитати:

- «Що саме для Вас означає “все погано”?»
- «У які моменти Ви найбільше відчуваєте, що Вас не розуміють?»
- «Як Ви помічаєте в собі це відчуття – у думках, тілі, поведінці?»
- «Що в цій ситуації було для Вас найболючішим?»

Такі питання не повинні перетворюватися на допит. Їхня мета – не зібрати якомога більше фактів, а поглибити саморозуміння. Особливо цінними є запитання, що спрямовують увагу клієнта від абстрактних пояснень до безпосереднього переживання «тут і тепер».

Наприклад, коли клієнт каже: «Я знаю, що не варто хвилюватися, але все одно хвилююся», терапевт може звернутися не до логічних причин тривоги, а до її переживання: «Що зараз відбувається з Вами, коли Ви говорите про це?»

Узагальнення

Узагальнення – це коротке об’єднання важливих тем, почуттів або суперечностей, які проявилися під час розмови чи серії сесій. Воно допомагає клієнтові побачити цілісну картину замість окремих, розрізнених епізодів.

Наприклад: «У різних ситуаціях – у стосунках із матір’ю, на роботі та з партнером – Ви ніби намагаєтеся заслужити право на схвалення. Водночас Ви дедалі більше відчуваєте втому й бажання бути прийнятим без необхідності постійно щось доводити».

Таке узагальнення може виявити внутрішній конфлікт, який раніше не був очевидним для клієнта. Воно також допомагає завершувати сесію, окреслювати прогрес і повертатися до центральних тем терапії.

Водночас узагальнення не має бути остаточним «діагнозом» клієнта. Воно пропонується як гіпотеза, яку можна доповнити, відкинути або переосмислити.

Використання пауз і терапевтичного мовчання

У клієнт-центрованій психотерапії пауза не розглядається як помилка в комунікації. Мовчання може бути важливою частиною психологічної роботи. Після емоційно значущого висловлювання клієнтові іноді потрібен час, щоб відчути сказане, помітити реакції тіла або знайти точніші слова.

Терапевт не повинен автоматично заповнювати кожну паузу питанням, порадою чи поясненням. Його спокійна присутність може передавати повідомлення: «Вам не потрібно поспішати. Ваші переживання мають місце і час».

Проте мовчання не завжди є продуктивним. Воно може бути проявом розгубленості, страху осуду, дисоціації або незрозумілості ситуації. Тому терапевт уважно спостерігає за невербальними реакціями та, за потреби, обережно підтримує клієнта: «Я бачу, що зараз важко підібрати слова. Можемо просто побути з цим стільки, скільки потрібно».

Фокусування на переживанні «тут і тепер»

Хоча клієнт може розповідати про минулі події, клієнт-центрована терапія звертає особливу увагу на те, як цей досвід переживається в поточний момент. Минуле є важливим не лише як набір фактів, а тому, що воно продовжує впливати на почуття, самооцінку та стосунки людини зараз.

Наприклад, клієнт згадує ситуацію дитячого приниження. Терапевт може запитати: «Що Ви відчуваєте зараз, коли повертаєтеся до цього спогаду?» Це допомагає перевести розмову від інтелектуального опису до живого емоційного контакту з досвідом.

Фокус на «тут і тепер» стосується і терапевтичних стосунків. Якщо клієнт починає боятися осуду з боку терапевта, важливо не обходити це почуття стороною, а дослідити його: «Ви сказали, що боїтеся, ніби я вирішу, що Ви слабкі. Як Вам зараз говорити про це зі мною?» Така робота може виявити типові способи, якими людина будує стосунки поза терапією.

Конгруентне саморозкриття терапевта

Терапевт може в обмеженій і професійно доцільній формі повідомляти про власну реакцію на слова клієнта. Це називають конгруентним саморозкриттям. Воно має бути спрямоване на підтримку клієнта, а не на задоволення потреб терапевта чи перенесення фокусу розмови на нього.

Наприклад, терапевт може сказати: «Коли Ви говорите, що мусите все витримувати самі, я відчуваю, наскільки самотнім може бути цей досвід». Така

відповідь не претендує на абсолютне знання почуттів клієнта, але може посилити відчуття реального контакту.

Саморозкриття потребує обережності. Якщо терапевт починає надто багато розповідати про власний досвід, клієнт може відчути потребу підтримувати вже його. Тоді порушується основне правило: терапевтичний простір насамперед належить клієнтові.

Недирективність як професійна позиція

Недирективність не означає повної відмови від впливу. Будь-яка реакція терапевта впливає на процес розмови. Однак клієнт-центрований фахівець намагається не підміняти власними цінностями, цілями й рішеннями внутрішній вибір клієнта.

Терапевт не говорить: «Вам потрібно звільнитися», «Ви повинні пробачити», «Вам слід припинити ці стосунки». Замість цього він може допомогти дослідити переживання клієнта: «Що для Вас означає залишатися в цих стосунках?», «Які Ваші потреби задовольняються, а які залишаються без відповіді?», «Як Ви почуваєтеся, коли уявляєте різні варіанти?»

Такий підхід передбачає повагу до автономії клієнта. Навіть якщо терапевт бачить ризики певного рішення, його завдання — не контролювати життя людини, а допомогти їй прийняти усвідомлене рішення. Винятком є ситуації прямої загрози життю чи безпеці, коли фахівець має діяти відповідно до професійних, етичних і правових норм [12; 18].

Отже, техніки клієнт-центрованої психотерапії є інструментами емпатійного контакту, а не засобами маніпуляції. Активне слухання, відображення змісту та почуттів, прояснення, узагальнення, паузи й увага до переживання «тут і тепер» допомагають клієнтові точніше усвідомлювати власний досвід. Їхня ефективність визначається не кількістю використаних прийомів, а якістю терапевтичних стосунків: щирістю, прийняттям і повагою до внутрішньої свободи людини.

Клієнт-центрована психотерапія Карла Роджерса ґрунтується на повазі до внутрішнього світу людини та вірі в її здатність до розвитку. Психологічні проблеми в цьому підході пов’язані з неконгруентністю – розривом між реальним досвідом і нав’язаним або ригідним образом себе.

Основою терапевтичних змін є щирість терапевта, безумовне позитивне прийняття та емпатійне розуміння. У таких стосунках клієнт отримує можливість відновити контакт із власними почуттями, послабити залежність від зовнішнього схвалення й поступово побудувати більш автентичне та відповідальне життя.

? *Питання для самоконтролю*

1. Чому К. Роджерс використовував поняття «клієнт», а не «пацієнт»?
2. У чому полягає роль психотерапевта в клієнт-центрованому підході?
3. Що таке неконгруентність у теорії К. Роджерса? Як вона може проявлятися в поведінці, емоціях і стосунках?
4. Як Роджерс пояснював походження тривоги?
5. Які три базові умови ефективної психотерапії виділив К. Роджерс?
6. Що таке конгруентність терапевта? Чим конгруентність відрізняється від неконтрольованого саморозкриття терапевта?
7. Що означає безумовне позитивне прийняття клієнта? Чому безумовне прийняття не тотожне схваленню всіх вчинків клієнта?
8. Які зміни свідчать про позитивний результат клієнт-центрованої психотерапії?
9. У чому полягає активне слухання?
10. Яка мета відображення змісту висловлювання клієнта? Чим відображення почуттів відрізняється від інтерпретації?
11. Яке терапевтичне значення має пауза або мовчання?
12. Які професійні та етичні межі має враховувати терапевт під час роботи з клієнтом?

Практичні завдання

Для виконання практичного завдання розподіліться на групи з 3-х осіб, у яких по черзі ви будете виконувати такі ролі: «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор».

Клієнт і психотерапевт розігрують ситуацію, виконуючи запропоновані нижче завдання. Супервізор спостерігає за правильністю виконання завдання і після цього аналізує роботу.

Психологічна ситуація 1. Змучена жінка прийшла до психолога. Її цікавило питання, як поводитись зі своєю 60-річною мамою, у якої діагностували рак. Лікарі після обстеження жінки в лікарні сказали, що виявлена пухлина є занадто занедбаною, і вони виписують жінку додому для симптоматичної терапії. Мама, мужня жінка, яка прожила важке життя, ще не знає про справжні масштаби своєї хвороби. Що говорити, як поводитися з нею. Звідки черпати сили?

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт»-«Психотерапевт»-«Супервізор» такі питання:

- Про що доцільно розпитати жінку?
- Яку техніку роботи зі страхом смерті можна запропонувати жінці; якими можуть бути наслідки її застосування?

- Як і коли жінці доцільно поговорити з матір’ю про її діагноз і те, що буде відбуватися з нею?

Психологічна ситуація 2: Хлопець Р., учень 9-го класу, має надмірну вагу. Групка однокласників регулярно фотографує його під час перевдягання на фізкультурі та переїдання в їдальні, викладаючи світлини в соцмережі з жартівливими підписами. Пряма фізична агресія відсутня, проте Р. дедалі частіше пропускає уроки фізкультури, посилаючись на «погане самопочуття», а вдома проводить увесь вільний час за комп'ютером, майже не виходячи з кімнати. Батьки списують це на «підліткову замкнутість» і не підозрюють про цькування, доки класний керівник не звертає увагу на різке зниження успішності хлопця.

Запитання для аналізу ситуації:

1. Чому фізична агресія відсутня, але ситуацію все одно варто кваліфікувати як булінг?
2. Які соматичні скарги («погане самопочуття») можуть бути маскуванням психологічного стану підлітка?
3. Чому батьки не помітили цькування, і які запитання варто ставити дитині-підлітку, щоб вчасно виявити подібні ситуації?
4. Яка роль соціальних мереж у посиленні травматичного досвіду порівняно з цькуванням «наживо»?
5. Як зниження успішності може бути непрямим індикатором булінгу для вчителів-предметників?
6. Які кроки має вжити школа щодо публікацій у соцмережах, які принижують учня?

Тема 10. Гештальт-терапія Фредеріка Перлза

Мета вивчення теми: засвоїти теоретичні засади гештальт-терапії Ф. Перлза, її основні поняття, принципи та закономірності психотерапевтичного процесу; ознайомитися з основними методами й техніками гештальт-терапії та особливостями їх застосування у психотерапевтичній роботі; зрозуміти етапи психотерапевтичного процесу, основний технічний інструментарій гештальт-терапії та критерії оцінки результативності психотерапевтичної роботи.

 *Питання для опанування теоретичного матеріалу*

Теорія психотерапії; генезис неврозу; механізми терапії; етапи психотерапевтичного процесу; техніки психотерапії; результат терапії.

Основні терміни й поняття: клієнт-центрована психотерапія; клієнт; терапевтичні стосунки; емпатія; безумовне позитивне прийняття; конгруентність; автентичність; активне слухання; рефлексивне слухання; самоактуалізація; Я-концепція; реальне Я; ідеальне Я; неконгруентність; умови цінності; феноменологічне поле; особистісне зростання; повноцінно функціонуюча особистість; терапевтичні зміни.

Теорія терапії

Біля витоків гештальт-терапії, крім Фредеріка Перлза, стояли його дружина Лаура та філософ Пол Гудмен. Однак, безумовно, найбільш помітною фігурою серед них був сам Ф. Перлз. Багатьма людьми він сприймався як Учитель, наліт цих стосунків проявився в тому, що сформульовані ним основоположні принципи відомі як *молитва* гештальт-терапевта: *«Я роблю своє, а ти робиш своє. Я живу в цьому світі не для того, щоб відповідати твоїм очікуванням, а ти живеш в цьому світі не для того, щоб відповідати моїм. Ти - це ти, а я - це я. І якщо нам пощастить відшукати один одного - це прекрасно. якщо ні, цього не можна зарадити».*

Стосунки психотерапевта і клієнта в гештальт-терапії розглядаються не як асиметричні стосунки лікаря і пацієнта, а як *екзистенційна зустріч* двох людей. Ф. Перлз відмовився від узагальнених теорій, що пояснюють підстави людських вчинків, зводячи їх до дії однієї або декількох причин. Він вважав, що немає сенсу пояснювати поведінку людини, вона сама і є його сутність. Тому осмислене лише питання «як?», а не «чому?».

Індивідуальний досвід може розумітися тільки феноменологічно, через опис. Цей опис містить цілісну ситуацію, в якій немає протилежності людини і середовища, суб'єкта і об'єкта, душі і тіла, думки і почуття, думки і дії. Людина завжди діє як ціле, в ній важливо і те, про що вона говорить, і те, що вона відчуває, і то, як вона рухається, тобто все, в чому виражається спосіб побудови її внутрішнього світу.

Гештальт-терапія ґрунтується на ідеї холізму. Людина сама творить свою суб'єктивну реальність, а творіння завжди є вільним. А отже, людина за своєю природою є вільною і відповідальною, у неї завжди є вибір. У підході гештальт-терапії наявний дуже чіткий гуманістичний пафос, повага до людини, її можливостей і свободи вибору.

Теоретичними витоками гештальт-терапевтичного напряму вважаються психоаналіз, екзистенціальна філософія, гештальт-психологія і дзен-буддизм. При цьому необхідно зазначити, що суворої філософської гештальт-терапевтичної концепції просто не існує.

В основі теоретичних побудов кожного напряму лежить відповідь на питання, чим визначається поведінка людини. З. Фройд шукав її причини в минулому. На його думку, невроз виростає зі спроб реалізувати інфантильні конфліктні потяги. Ф. Перлз у часовій перспективі вибрав сучасне, тобто те, що відбувається в поточний момент: минулий досвід, цінності, стосунки, очікування, цілі, потреби і бажання, як вони представлені, інтегровані в теперішньому. Адже проблеми невротика не в минулому, а в теперішньому, усі труднощі він переживає актуально. І працювати можна лише з живими емоціями.

Це розумів і З. Фройд, розглядаючи аналіз трансферу як наріжний камінь психоаналізу. Минуле діє не безпосередньо, а через потреби і бажання теперішнього. Так, нова зустріч спортсмена з суперником, що завдав йому колись поразки, в одній ситуації може бути забарвлена бажанням взяти реванш, а в іншій — невірою у свої сили. Минулий досвід може відігравати і конструктивну, і деструктивну роль.

Ф. Перлз, як і багато інших західних мислителів його часу, зазнав впливу традиції дзен і реалізував деякі ідеї в психотерапії. Однак застосування цих ідей спиралося на особливості ментальності західної людини. Тому не випадково у формуванні базових понять Ф. Перлз використовував терміни гештальт-психології як одного з найбільш продуктивних і перспективних напрямів європейської психологічної науки. Метафори «гештальт», «фігура і фон» виявилися придатними для опису емоційного досвіду людини [11].

☝Під терміном «гештальт» Ф. Перлз розумів результат інтеграції безлічі чинників, що діють у цей конкретний момент. Фігурою стає найбільш важлива частина поточного досвіду: емоція, потреба, актуальна в цей конкретний момент. Для опису функціонування людини використовувалася гомеостатична модель. Організм взаємодіє із середовищем у ритмі контакту-відходу. Потреба, що виникла, вимагає контакту із середовищем. Цей контакт передбачає усвідомлення, тобто переживання своїх відчуттів, емоційних реакцій. Формування гештальту супроводжується усвідомленням. Людина здійснює дії

щодо задоволення потреби, асимілює їх результат, завершує гештальт і виходить з поля. Потім цикл повторюється з утворенням нового гештальту.

Якщо людина усвідомлює свої потреби, бажання в конкретний момент, з них вибудовується чітка фігура, на якій потреби минулого і майбутнього є фоном. Розуміння людиною своїх потреб у конкретний момент теперішнього дає можливість проявитися найбільш наполегливим з них і спрямувати активність на її задоволення. Але на шляху задоволення потреби може виникнути перешкода, потреба заперечується або пригнічується, і тоді рівновага в організмі порушується і гештальт залишається незавершеним. Незавершені гештальти приходять з минулого в теперішнє як невідреаговані почуття, незадоволені потреби. Людина, яка не змирилася з втратою коханого і в глибині душі сподівається на зустріч, блукає вулицями і заново переживає свої почуття під час прогулянок удвох, одночасно намагаючись думати про щось інше. Або інший приклад незавершеного гештальту: підліток, який пасивно пережив приниження вчителя, потім спрямовує свій гнів на інших людей у ситуаціях, що мають якусь схожість із минулим. Але оскільки пригнічене почуття приниження не стало чіткою фігурою, гештальт у цих ситуаціях не знаходить завершення. Незавершена ситуація вимагає розуміння і постійно перебуває в полі сприйняття, але у невротика дуже швидко зникає через самопереривання.

☝Ф. Перлз описав невроз як самопереривання. Розумінню почуттів, потреб теперішнього заважають незавершені гештальти, що мимовільно випливають. Якщо людина не усвідомлює своїх потреб, вона не може визначити пріоритети, не знає, чого хоче. Вона прагне контролювати свої імпульси, діючи раціонально, дедалі більше відходячи від досвіду безпосереднього переживання. У такий спосіб саморегуляція замінюється контролем і придушенням частини емоцій і потреб. Саморегуляція передбачає усвідомлення.

Автор виділив три зони усвідомлення: зовнішній світ, внутрішній світ тіла, світ думок і фантазій. Для задоволення потреб необхідно бути в контакті із зовнішньою і внутрішньою зоною. Контакт може порушуватися очікуваннями, плануванням, спогадами, асоціаціями, роздумами. Уся ця ментальна діяльність не належить теперішньому, вона відводить від контакту. Найчастіше в такий спосіб людина уникає неприємних переживань. Неусвідомлене, перерване переживання залишає гештальт незавершеним, і він осідає серед інших незавершених гештальтів. Цей осад поступово каламутить чистоту усвідомлення, стає перешкодою в сприйнятті і переживанні. Тоді людина спрямовує свою увагу на одні «фігури» (потреби, емоції) та ігнорує інші. Наприклад, вона може постійно очікувати небезпеки або шукати схвалення. Потреба бути прийнятим, як незавершений гештальт, нерідко тягне за собою

спроби «купити» увагу, любов усіх людей, формує залежність від їхньої оцінки. Дитина, яка не отримала в дитинстві досвіду безумовного прийняття, може відтворювати подібний життєвий сценарій нескінченно. У ході психотерапії клієнт набуває контакту із зовнішньою і внутрішньою реальністю, повертається зі світу примар минулого і майбутнього в живий світ почуттів і відчуттів [11].

Генезис неврозу

Щоб описати формування невротичних механізмів, Ф. Перлз використовує метафору – популярну дитячу казку про голого короля. Як відомо, усі придворні і дорослі жителі казкової країни захоплювалися сукнею короля, придумували деталі неіснуючого наряду, докладно розхвалювали його крій і колір. І тільки маленький хлопчик, єдиний у цьому королівстві, хто довіряв своїм почуттям, вигукнув: «А король-то голий!» Ф. Перлз продовжує цю казку так. Дорослі накинулися на дитину і почали переконувати її, що сукня насправді існує. Хлопчик злякався і, щоб не засмучувати і не дратувати дорослих, підкорився їхній думці, перестав вірити власним почуттям, відмовився від них. Важливо те, що небажання висловлювати себе і свої почуття стає настільки звичним, що спрацьовує навіть тоді, коли зникає зовнішня заборона на вираження почуттів.

Така історія відбувається в житті кожної людини. Дитина приходить у цей світ з відкритим серцем і справжніми почуттями. Проте суспільство, його стандарти і правила відучують людину довіряти своїм почуттям, покладатися на свою думку. Ось одне з визначень невротичної особистості, яке Ф. Перлз дав у книзі «Гештальт-підхід»: *«Невротик – це людина, на яку дуже тисне суспільство»*. Відмовляючись від власних почуттів, підкоряючись суспільним вимогам, ми порушуємо контакт із зовнішнім світом. Це відбувається тому, що для того, щоб вступати в контакт із зовнішнім світом, необхідно чітко усвідомлювати межі між собою і світом, оскільки якщо немає меж, то немає і контакту.

Інша метафора, що описує основні гештальт-терапевтичні позиції, – метафора капкана. Подібно до того як вільна дика тварина потрапляє в капкан, поставлений мисливцями, людина потрапляє під заборони та обмеження з боку суспільства. Щоб звільнитися з пастки, тварина відгризає собі лапу, а людина відмовляється від тих почуттів та емоцій, від тих частин власної особистості, які не приймаються соціумом: гніву, любові, сексу, радості тощо. І так само як тварина, позбавлена лапи, стає зраненою і покаліченою, людина, що втратила частину особистості, стає обмеженою у своїх проявах і не може жити повним життям, бути самою собою.

☝Основою виникнення *невротичного конфлікту* Ф. Перлз вважав зіткнення потреб організму з середовищем. Їхня фрустрація веде до придушення

бажань, руйнування контакту. Людина починає використовувати лише безпечні на її погляд способи взаємодії зі світом. Тому зазнає змін її межа зі світом. Людина може спрямовувати всі свої зусилля на те, щоб бути подалі від інших людей.

Ізоляція – це крайній вияв у спектрі різних способів взаємодії зі світом. Відхід відрізняється від ізоляції тим, що відбувається без напруги, ніби сам собою. Прикладом відходу може слугувати медитація. Регресивні форми поведінки також можуть слугувати засобом відходу від контакту. Контакт – оптимальний спосіб існування, при якому відбувається зустріч людей без порушення меж кожного з них. Здорова особистість адекватно усвідомлює межу між Я і не-Я. Якщо ж людина переживає середовище як погане, вороже, вона створює рівновагу, втрачаючи межу і відступаючи, віддаючи свою «територію» або намагаючись захопити чужу. Такий «переділ меж» веде до дії на спірній території законів психологічного захисту. Ці закони реалізуються в чотирьох видах невротичних механізмів: злиття, інтроєкції, проєкції, ретрофлексії.

Злиття (конфлюенція) є таким способом відходу від контакту, коли об'єкт не стає чіткою фігурою, він не сприймається окремо. Дія цього механізму спостерігається в екстатичних станах, ритуалах. Новонароджений цілком перебуває в злитті зі світом. Багато способів реагування набуто в злитті з людьми з найближчого оточення. Психотерапевт працює з патологічним злиттям, коли людина не відрізняє себе від інших людей, засвоює їхні почуття, оцінки, звички. Чоловік і дружина, що перебувають у патологічному злитті, не переносять навіть найменших відмінностей у звичках та прихильностях. Коли вони виникають, подружжя всіляко прагне або змінитися само, або вимагає змін у шлюбного партнера. Дії людини, що використовує цей невротичний механізм, ритуалізовані, вона рідко виявляє інтерес до будь-чого. Якесь «ми», ідентифікація з іншими людьми захищає її від прийняття на себе відповідальності, від здійснення власного вибору. При цьому Ф. Перлз зазначає, що злиття не завжди патологічне: людина може «втратити межу», слухаючи прекрасну музику, насолоджуючись краєвидом, закохавшись. Патологічним воно стає тоді, коли спрямовується на руйнування контакту. Відмова від контакту — це спосіб уникнути несхвалюваних іншими почуттів.

Інтроєкція також є способом запозичення чужого досвіду. Безоцінкове прийняття чужих почуттів, установок, думок називається інтроєкцією.

У певних життєвих ситуаціях інтроєкція, як і інші захисні механізми, може бути адаптивною формою поведінки. Наприклад, маленькій дитині необхідно засвоїти, що не можна розмовляти з незнайомими дорослими на вулиці, що не можна чіпати оголені дроти тощо; студент перед іспитом «проковтує» величезну

кількість інформації і отримує оцінку (проте всім відомо, наскільки «міцними» виявляються такі знання).

Так само як злиття, інтроєкція не дозволяє здійснитися нормальному циклу контакту. Якщо при злитті немає межі між організмом і середовищем, то при інтроєкції ця межа проходить усередині самого організму і ним не усвідомлюється [11].

Так, клієнт С., чоловік 35 років, скаржився на нерішучість, збентеження в ситуаціях, пов'язаних зі спілкуванням із протилежною статтю.

Клієнт С. Коли мені подобається жінка, я починаю говорити про якусь нісенітницю, розумую, багато розмірковую. При цьому страшенно нервую, відчуваю напруженість, скутість, якусь безглуздість ситуації...

Терапевт. Безглуздість?

Клієнт С. Так. Я намагаюся бути розумним, цікавим, а в голові тільки думки про те, що вона мені подобається.

Далі в процесі психотерапії з'ясувалося, що в цього чоловіка були серйозні проблеми з матір'ю. Вона не приймала його, не цікавилася ним. Її поведінка ніби говорила йому, що він не може бути цікавим жінкам. Материнське ставлення було інтроєковане і визначило поведінку цього чоловіка з жінками.

Часто з інтроєкцією пов'язано і вживання дієслова «повинен» (наприклад, «я завжди і в усьому повинен бути першим»). Виникає питання –кому повинен, чому повинен тощо. Загалом робота з інтроєкцією насамперед спрямована на усвідомлення власних бажань, відділення їх від очікувань, бажань і почуттів інших людей, прийняття відповідальності за власний вибір тощо. Інтроєкованими можуть бути думки, судження, уявлення, образи значущих фігур.

Проекція протилежна інтроєкції, у цьому разі межа не переноситься всередину «я», а – назовні. Людина відокремлює частину власного Я і приписує іншим неприйнятні для Я-образу думки, почуття, бажання, перекладає на них відповідальність за свої вчинки. Вона не здатна до самоідентифікації, замість «я» вживає «вони». При наростанні гніву така людина може сказати: «Вона мене довела». Якщо проблеми того, хто інтроєкує, пов'язані з тим, що він повинен робити, то проблеми того, хто проєкує, стосуються того, що він не повинен робити, ким він не повинен бути. Якщо людина заперечує якусь рису своєї особистості, вона характеризує себе протилежними якостями. Заперечуючи ощадливість, людина, яка схильна до проєкції, описує себе як безсрібника, оточеного жадібними користолюбцями.

Ретрофлексія виникає, якщо будь-який внутрішній імпульс, зустрівши перешкоду, змінив напрям. У такому випадку людина робить для інших те, що хотіла б від них отримувати. Наприклад, дружина алкоголіка, яка сама потребує

допомоги, намагається самовіддано допомагати іншим. Ретрофлексія означає зміну напряму реакції, звернення її на себе замість зміни середовища.

Як і у випадку з іншими невротичними механізмами, ретрофлексія не завжди патологічна. Вона проявляється у звичайній ситуації, коли людина стримує будь-які імпульси, але при цьому діє гнучко і довільно. Автоматизм і неусвідомленість є критеріями невротичного характеру цього механізму.

У кожному з механізмів закріплюється певний спосіб взаємодії зі світом. Стикаючись із травматичними переживаннями, людина відкидає, блокує їх. Вона, наприклад, може відгородитися від своїх почуттів і реагувати, діяти, як інші (патологічне злиття). Якщо людина виросла в умовах придушення, вона звикла виходити з того, що належить робити, і не може усвідомити своїх потреб. Коли вона не розуміє, що її цікавить, чого їй хочеться, то не може реалізувати свої бажання. Така особистість інтроєкує авторитет, який вказує їй, що робити, нагадує про належне. Якщо людині не хочеться визнавати в собі будь-які імпульси, бажання, якості, вона може приписати їх іншим (проекція). Або, наприклад, хтось чекає і не отримує від інших визнання. Внутрішнім голосом він починає хвалити себе сам (ретрофлексія). Невротичні механізми, як правило, діють не ізольовано, вони переплітаються, утворюючи стиль взаємодії людини зі світом, її спосіб емоційного реагування.

Механізми психотерапії

Позиція психотерапевта. У гештальт-терапії психотерапевт розглядається як «каталізатор», «помічник» і співтворець, інтегрований в єдине ціле, у «гештальт» особистості клієнта. Психолог намагається уникати безпосереднього втручання в особисті почуття клієнта – радше він намагається полегшити вираження цих почуттів. Його роль – роль активного, живого, творчого, співчутливого, мінливого, як саме життя, союзника в пошуках власного «Я» клієнта. Таке призначення – активація внутрішніх особистісних резервів клієнта, вивільнення яких веде до особистісного зростання.

Позиція клієнта. У гештальт-терапії клієнтам відводиться активна роль, яка передбачає право на власні інтерпретації, позиції і, головне, – на усвідомлення «патернів», схем своєї поведінки і життя. Передбачається, що клієнт повинен перемкнутися з раціоналізування на переживання, причому вербалізація почуттів не настільки важлива, наскільки важливі бажання клієнта і його готовність прийняти сам процес актуального переживання, у якому він буде насправді відчувати почуття і говорити від їхнього імені, а не просто повідомляти про них.

☝Основна мета гештальт-терапії – допомогти людині повністю реалізувати свій потенціал. Ця мета більша, ніж вирішення часткових проблем,

вона спрямована на зміну всього стилю життя клієнта. Гештальт-терапевт прагне допомогти клієнту прийняти на себе відповідальність за свої думки, почуття і вчинки, зануритися в буття в поточному моменті, увійти в повний контакт із реальністю, заснованою на усвідомленні.

Сформульовано три принципи гештальт-терапії: *Я і Ти, Що і Як, Тут і Тепер.*

Здоровий центр особистості для Ф. Перлза – глибинна, природна сутність людини, у якій зосереджена мудрість організму – Самість. Якщо людина ідентифікується із Самістю, то її функціонування характеризується цілісністю і повнотою, вона довіряє своїм внутрішнім потребам, живе теперішнім, вільно взаємодіє із середовищем на основі внутрішньої саморегулівної тенденції. Якщо ж людина ототожнює себе з образом Я, вона діє відповідно до того, «як належно», орієнтуючись на зовнішні стандарти. Тому процес усвідомлення блокується. Така людина не вірить своїм баченням і не реалізує внутрішні потреби. Вона не може досягти інтеграції і не приймає відповідальності за свою поведінку. Відповідальність, тобто здатність відповісти на свої потреби, емоції, відчуття, — один із найбільш важливих атрибутів здорової особистості. Такий опис здорового функціонування зближує позиції Ф. Перлза з гуманістичною та екзистенціальною традицією в психотерапії.

☝Ключовим поняттям для гештальт-терапевтів є усвідомлення. Цей термін відрізняється від поняття усвідомлення в психоаналізі. У результаті інсайту в ході психоаналізу клієнт дізнається щось нове про себе через розуміння зв'язку минулого і теперішнього досвіду. Результатом є, наприклад, виявлення джерел агресії або заздрості, яке саме по собі ще не означає викорінення цих переживань.

Відповідно до гештальтистського підходу, немає необхідності звертатися до минулого, воно саме спливає в теперішньому через незавершені гештальти. Ф. Перлз вважав, що минулі переживання не такі далекі, як думають психоаналітики, вони лежать на поверхні і в будь-яку хвилину можуть стати фігурою. І не минуле, а теперішнє дає матеріал для роботи. Зміна способу реагування в теперішньому є і засобом, і метою гештальт-терапії.

Гештальт-терапевтів цікавить не зміст свідомості, а процес виникнення у полі сприйняття частин досвіду людини, не те, що не усвідомлюється, а те, у який спосіб людина уникає усвідомлення.

Предметом уваги є не результат усвідомлення, а сам процес. Під самоусвідомленням розуміється не інтелектуальне осягнення, а відчуття, при якому людина занурена в процеси внутрішньої та зовнішньої реальності, а не в міркування і роздуми. Гештальт-терапевт зосереджується на змінах у

переживанні поточного моменту, на способі подання переживання. Робота відбувається тоді, коли в цьому процесі спливають незавершені гештальти.

Гештальт-терапевт працює не стільки зі змістом проблеми, скільки зі способами, що перешкоджають встановленню контакту. Психотерапевтичний процес відбувається на рівні емоцій і відчуттів. Наприклад, на рівні інтелектуальних побудов людина не помічає, що її діями керує не вона сама, а засвоєний нею авторитет. Неасимільований досвід, «проковтнутий», але «неперетравлений» інтроєкт створює дискомфорт на рівні відчуттів. Людина не розуміє наявності інтроєкту, а її скарга звучить: «Мені нудно». У мові не випадково закріпилися харчові метафори: «в печінках сидить», «я його не перетравлюю». Опрацювання, критичне осмислення «ментальної їжі» так само необхідне, як ретельне перетравлення звичайної їжі для травлення. Коли людина припиняє процес інтроєкції, вона звертається до власних потреб, емоцій, перестає їх блокувати і набуває того, що в метафорі закріпилося як «смак до життя». Людина може помітити патологічне злиття, коли намагається змінити раніше засвоєні способи реагування, стереотипні поведінкові зразки. Тому психотерапевт може запропонувати клієнту відзначати свої звички і спробувати їх змінити. Клієнт може експериментувати, створюючи власні способи реагування.

«Задзеркалля» – це дії, уявлення, якості, що відбуваються навпаки. Усі випадки «задзеркалля» неповторні: один клієнт відчув опір, коли намагався уявити себе жінкою, інший – коли намагався знайти противагу наполегливій праці. Наприклад, клієнтка говорить з обуренням: «Я не уявляю, як можна відмовити людині, якщо вона просить допомогти». У такій ситуації в неї немає вибору, вона відгукується на будь-яке прохання, не враховуючи свої інтереси. Сильна емоція вказує на дію невротичного механізму.

У ході терапії клієнт розлучається зі старими непродуктивними звичками, стереотипними переконаннями, звертаючи увагу на опори. Цей метод дозволяє працювати і з ретрофлексією, тому що дає можливість усвідомити пригнічувані частини особистості.

Загальний принцип терапії щодо цього механізму такий: усвідомлення пригніченої частини, визнання її як своєї, відшукування способу, за допомогою якого вона була відокремлена, знаходження засобів, через які вона може бути виражена, і задоволення потреб, які стоять за нею. Якщо людина усвідомлює свої емоції, вона відчує, на кого вони спрямовані, і зможе зрозуміти, кого вона звинувачує, карає, дорікає. Тоді вона перенаправляє їх із себе на інших: докір собі перетворюється на звернення до іншого. Виражені почуття втрачають свою руйнівну роль. Якщо при роботі з ретрофлексією необхідно «розширити територію», то при роботі з проекцією межу необхідно зрушити в протилежному

напрямі, повернути особистості відторгнуті від неї частини, прийняти їх або змінити. Людина, схильна до проекції, усе навколо прагне зробити ареною боротьби своїх частин. Тому ефективними є техніки розігрування ролей у конфліктній взаємодії.

Особливо виразно проекції заявляють про себе у сновидіннях, де під личинами різних образів ховаються суперечливі потреби і почуття. У гештальт-терапії створено оригінальний і досить ефективний спосіб роботи зі сновидіннями. Коли людина, схильна до проекції, виносить свої якості зовні, всередині залишається порожнеча. Така людина втрачає відчуття свого Я, не приймає на себе відповідальності за вчинки [2].

У гештальт-терапії багато технік роботи з мовою. Вони засновані на ідеї, що мова створює розрив між думками і почуттями, людиною і середовищем. Наприклад, клієнт формулює проблему так: «Я невдаха», «У мене нічого не виходить». Мова дозволила йому узагальнити конкретний досвід невдач до фатальної неминучості провалу, обмежила сприйняття одним аспектом досвіду.

У мові фіксується людський досвід, але водночас вона дає можливість передавати інтроєкти. Мова дозволяє оцінювати щось як хороше або погане. На основі абстрактних міркувань з'являється умовивід: «Спонтанна, імпульсивна поведінка є непристойною». Засвоюючи його, людина все більше віддаляється від своїх почуттів. Особливий інтерес становить така вербальна конструкція, як «повинен». Причому те, що «повинна» людина, оцінюється як хороше, а те, чого хоче, – як погане. Так люди вчаться діяти відповідно до норм, оцінювати свої переживання на основі стандартів.

Інша мовна конструкція – причинно-наслідкові зв'язки. «Я в дитинстві багато хворів, не грав з дітьми, тому мені важко вступати в контакт, знайомитися з людьми», — говорить клієнт. Він створив для себе закон і в кожній ситуації несвідомо прагне його довести. Усі інші аспекти ситуації, передусім почуття, бажання, відчуття, просто ігноруються. Наведені висловлювання побудовані на дедуктивному міркуванні і виявляються далеко не завжди корисними для клієнта.

Ф. Перлз вважав, що людина діє адекватно, якщо прислухається до власної мудрості організму. Найвища мудрість – це розуміння свого єства. Він був противником панування інтелекту і не мав довіри до міркувань про почуття. Переживання визнавалися ним лише в первозданній свіжості, а не препаровані питаннями про джерела та причини. Можна знайти багато точних і красивих пояснень будь-якого психологічного факту, але тільки відчуття зв'язку пояснення з реальним власним досвідом дає переживання розуміння себе. Коли людина зайнята аналітичним розглядом ситуації, вона далека від своїх відчуттів.

Але проблема знаходиться не на вербальному, а на глибшому рівні, де емоції невіддільні від відчуттів.

Етапи психотерапевтичного процесу

Психотерапія нагадує процес реставрації картини, коли шар за шаром знімаються нашарування і проступає оригінал – справжня, глибинна суть людини. Під час цього процесу клієнт проходить довгий шлях, відповідний різним рівням його функціонування. Перший рівень – рівень кліше. Перебуваючи на ньому, людина далека від безпосереднього досвіду, сфера контакту невелика. Дії заміщені ритуалами, спілкування редуковано до знаків типу: «Як справи?».

На другому рівні люди грають ролі. Вони виходять на сцену в обраній ними масці – «дами, приємної в усіх відношеннях» або «крутого хлопця», або «святої невинності» – і відшукують відповідних партнерів, від яких можуть отримати підтримку. Коли людина проходить цей рівень у психотерапії, вона знімає маску і досягає рівня глухого кута (третій, антиекзистенційний рівень, або рівень фобічного уникнення). З ним пов'язане переживання порожнечі. Людина не отримує підтримки інших, їхніх соціальних погладжувань, але ще не здатна на самопідтримку. Це важке переживання може обривати процес усвідомлення, і тоді людина повертається до ігор і маніпуляцій. Ролі якраз і закривали це відчуття порожнечі. Але якщо зануритися в порожнечу, пройти через ніщо, пережити його, то за цим рівнем настає рівень внутрішнього вибуху. Цей четвертий рівень переживається як смерть або страх смерті. Протилежні частини ніби застигають. Якщо усвідомлення не переривається, вмирання переживається актуально, людина переходить на експлозивний рівень зовнішнього вибуху. Усвідомлення на цьому останньому, п’ятому рівні дає зіткнення з глибинною сутністю особистості – із Самістю. Людина звільняє свої почуття і може спонтанно переживати і виражати емоції. При цьому проявляється справжнє Я, відбувається *вибух* раніше заблокованих емоцій.

Ф. Перлз описував *чотири види вибухів*. Це може бути вибух горя, печалі, у якому переживається втрата або смерть, що раніше не були виражені до кінця, – людина вибухає риданнями. Це може бути вибух оргазму, якщо раніше придушувалися сексуальні переживання. Вибух може бути пов'язаний із вивільненням гніву. І, нарешті, звільнення спонтанної радості може виражатися у вибуху радості і сміху.

Ф. Перлз усіляко підкреслював природність психотерапевтичного процесу. Рух цим шляхом не можна форсувати, як не можна допомогти вирости квітці, якщо тягнути її вгору. Вона сама тягнеться до сонця, у своєму ритмі, як і організм, дотримуючись власної мудрості, прагне до самозцілення.

Техніка психотерапії

Гештальт-терапія є одним із найбільш технічних підходів; у ній мало представлені міркування про проблеми, які часто не вирішують її, а лише віддаляють від реального досвіду переживань. Це не означає, що бесіда відкидається як терапевтична процедура: саме через розмову терапевт установлює контакт із клієнтом. Але мова в ній йде не про минулі ситуації, а про живі, свіжі відчуття, які не втратили своєї актуальності і значущість яких очевидна.

Замість бесіди гештальт-терапевт використовує техніки, які дозволяють клієнту зануритися в досвід безпосереднього переживання. Наприклад, у гештальт-терапії вельми популярна так звана човникова техніка. У відповідь на розповідь клієнта психотерапевт вимовляє: «Ви усвідомлюєте цю пропозицію?». У такий спосіб клієнт переходить від говоріння до слухання, від опису до відчуття, від досвіду минулого до теперішнього, від відлуння почуттів до реальної емоції. Забезпечуючи взаємні переходи, психотерапевт спрямовує увагу на поточні відчуття, створює умови для поліпшення контакту з реальністю і сприяє інтеграції.

Коли психотерапевт бачить прояв почуттів клієнта в характерному русі, він запитує, що клієнт при цьому переживає. Якщо ж клієнт не може усвідомити емоції, йому пропонується посилити жест, тон голосу, повторити висловлювання. Так, один клієнт протягом короткого монологу кілька разів вжив словосполучення «на жаль». Терапевт запропонував кожну фразу починати зі слів: «Я шкодую...». Після цього відбулося вираження почуття. Клієнт упізнав пригнічене почуття і пережив його, не пригнічуючи.

Інший спосіб досягнення яснішого усвідомлення почуттів полягає у фокусуванні на тій частині тіла, яка виражає неусвідомлюване переживання. Наприклад, під час сеансу психотерапевт помітив, що одна рука клієнтки погладжує іншу. Він сказав: «Зараз ти – твоя ліва рука. Говори від її імені». Відповідь: «Я хвилююся, мені важко, я хочу, щоб мене хтось заспокоїв», – дозволила клієнтці зрозуміти її переживання.

Наведемо приклад роботи з клієнтом, який має труднощі з висловлюванням почуттів.

Клієнт – Усе, що я можу сказати, – це мої думки. Я не відчуваю нічого особливого.

Психотерапевт – Що Ви зараз робите? Ви кусаєте свою губу?

К. – Я часто покусую свою нижню губу, коли думаю.

П. – Продовжуйте повторювати це і звертайте увагу на свої почуття.

К. – Можливо, я роблю так, коли мені ніяково. Це звичка. Імовірно, вона залишилася з часу, коли я курив.

П. – Ви намагаєтеся пояснити. Але те, що це звичка, нічого нового не додає. Усе, що Ви робите, – звичайно ж, особливості Вашої поведінки. І все має коріння та причини. Мене не цікавить причина. Перший крок у психотерапії – усвідомити свої почуття. Не потрібно намагатися пояснювати або придумувати щось. Просто відчуйте, що Ви робите, заглибтеся в себе. Попросіть зуби поговорити з губами. Що сказали б зуби губам?

К. – Зуби сказали б нижній губі: «Ми тиснемо на тебе, ми тримаємо тебе».

П. – Скажіть це знову.

К. – Ми тиснемо на тебе, ми тримаємо тебе.

П. – Що відповідає губа?

К. – Якщо ви не будете тримати мене, я не втримаюся.

Прийоми гештальт-терапії спрямовані на допомогу в усвідомленні та вираженні почуттів і потреб, невизнання яких блокує контакт із середовищем. Наведемо ще один приклад:

К. – Я відчуваю, що моє самобичування ні до чого не призводить, але нічого не можу з собою вдіяти (стискає одну руку в іншій, стримує дихання).

П. – Що Ви говорите собі в хвилини, коли Ви не задоволені?

К. – Знову не витримав, зірвався. Слабак!

П. – Повторіть!

К. – Слабак! Слабак!

П. – Голосніше!

К. – Слабак! Слабак! (Б'є кулаком по коліну.) Я завжди потребую когось. Мені завжди потрібна чиясь допомога.

П. – Скажіть про це!

К. – Я слабак! Нікчема! (Клієнт у глухому куті.)

П. – Що Ви відчуваєте зараз?

К. – Я відчуваю, що злюся. Я б зараз міг когось вдарити.

П. – Бийте цей стілець і додайте якісь слова. (Клієнт вийшов із глухого кута і перебуває в іншій протилежності.) Кого б Ви хотіли вдарити? (Клієнт зміг звернутися до раніше пригніченої частини своєї особистості. Проявившись актуально, вона забезпечила прояв необхідної клієнту сили.)

Людині, існування якої пов’язане з «межовими конфліктами», важко підтримувати контакт, усвідомлювати поточні відчуття. Ф. Перлз створив спеціальну процедуру, виконання якої дозволяє занурюватися в досвід безпосереднього переживання. Вона базується на метафорі, у якій розрізняється внутрішня, зовнішня і середня зони усвідомлення. Клієнту пропонується протягом деякого часу складати речення, що починаються словами: «Зараз я усвідомлюю...», – а закінчувати повідомленням про відчуття, що приходять із зовнішнього світу: зорових, слухових, дотикових тощо. При цьому важливо не

скочуватися в середню зону – в інтерпретації, оцінки, потрібно легко ковзати по поверхні почуттів, тільки відзначати, бачити, чути. «Зараз я усвідомлюю Ваш уважний погляд» – це відхилення в середню зону, оскільки «уважний» – це вже інтерпретація. Потім та сама процедура повторюється щодо внутрішньої зони.

Нерідко усвідомлення відчуттів тіла для клієнта є абсолютно новим досвідом, він намагається змінити положення тіла, відчувши його неприродність. У цій вправі немає необхідності працювати з тілом. Достатньо, щоб клієнт отримав доступ до відчуттів, що йдуть від тіла. На третьому етапі клієнт не фіксується на певній зоні, а ідентифікує її. Наприклад: «Зараз я усвідомлюю пил на поверхні столу і думаю, що його треба витерти».

Незважаючи на простоту процедури, ця техніка викликає значні труднощі і вимагає практики. Не слід думати, що гештальт-терапія – це своєрідний банк методів і прийомів, звідки слід брати вправи під потрібною рубрикацією. Усі техніки цього напряму створювалися в ході психотерапії, в унікальній ситуації взаємодії терапевта і клієнта. Пізніше вони могли використовуватися й у роботі з іншими клієнтами, але не переносилися сліпо і тим більше не фетишизувалися.

Психотерапія – це завжди творчий процес, заснований на проникненні в суть проблеми. Наведемо один приклад із роботи Ф. Перлза. Він проводив практичні заняття зі студентами. Один із них зізнався, що боїться великих аудиторій, йому тривожно, коли багато людей на нього дивляться. Ф. Перлз попросив студента пройти по аудиторії, пильно дивлячись в очі присутнім, тобто в такий спосіб він сам дивився замість того, щоб переживати, що на нього дивляться. Після декількох хвилин тривожність знизилася. За словами Ф. Перлза, клієнт «повернув свої очі».

Використовуючи механізм проекції, студент ніби давав право аудиторії судити себе. Виконуючи вправу, він опанував проекцію. Тепер він став дивитися, він став судити. Коли клієнт «повернув очі», він став менше боятися аудиторії. Техніка «зробити навпаки» показала свою ефективність у роботі з проекцією, але чи означає це, що в іншій ситуації, з іншим клієнтом Ф. Перлз працював би так само?

Водночас у гештальт-терапії є загальні принципи побудови психотерапевтичного впливу. Вони стосуються насамперед певних мовних конструкцій:

- Вживання займенника «я» замість «ми», «він», «вони». Використання займенника «я» дозволяє відновити межу, відчути «територію», на якій людина може розпоряджатися самостійно (а не «вони» або інші «ми»). Зміна фрази дозволяє зробити крок до прийняття відповідальності на себе, а не делегувати її комусь.

- Заміна дієслова «не можу» на «не хочу»; «повинен» на «волію». Якщо людина каже «не можу», «повинен», вона відчуває обмеження, фрази з «не хочу» і «волію» показують можливість свободи вибору. В останньому випадку людина ясно усвідомлює бажання, вибудовує пріоритети і, отже, може знайти засоби задоволення потреб.
- З'ясування того, що стоїть за словом «це».
- Використання звертання замість опису (говоріння про когось).
- Заміна питання «чому» на питання «як». Вона не дозволяє піти в міркування, а звертає до почуттів.
- Заміна питання на твердження. Питання припускають вибір із різних альтернативних тверджень, що провокує непотрібне інтелектуалізування. Дійсний досвід переживань виражається в однозначних і ясних твердженнях.
- Зняття мінімізації: «Я втомився» замість «Я трохи втомився».
- Використання теперішнього часу. Оскільки незавершені гештальти спливають в актуальному переживанні, робота з ними відбувається з використанням теперішнього часу. Цей принцип стосується і роботи зі сновидіннями.

В образах сновидіння Ф. Перлз не намагався побачити універсальні символи і розгадати їх. Він розглядав їх не як невиконані бажання, а як екзистенціальне послання людини до самої себе, спонтанне вираження буття. У заплутаних образах сновидіння знаходять вираз, оживають частини особистості, які конфліктують і прагнуть до інтеграції в теперішньому, а не в минулому.

Наведемо приклад використання гештальтистського підходу до роботи зі сновидіннями.

Терапевт звертається до клієнта: «Це Ваш сон. Кожен його елемент створений Вашою уявою і представляє частину Вашої особистості. Уявіть, що Ви – той будинок зі сну. Розкажіть про Ваші почуття, переживання. Говоріть у теперішньому часі».

Клієнт сказав таке: «Я – старий занедбаний будинок. Колись у мені жили люди, їм було добре і затишно. Вони прибирали, мили і чистили, дбали про мене. Але вони кудись зникли. Я з кожним днем усе більше старію, стаю непридатним. Коли до мене зайшли перехожі, я подумав, що вони можуть захотіти залишитися, що я їм потрібен, і вони стануть піклуватися про мене...».

Робота зі сновидінням дала можливість клієнту прийняти переживання самотності. Продовження роботи дозволило відчути неадекватність самопідтримки, що виявляється в очікуванні допомоги від інших. Оскільки гештальт-терапевт ставиться до сновидінь як до актуальної реальності, клієнтові можуть запропонувати переробити, доповнити сон. Живучи в теперішньому, людина вільно й спонтанно діє щодо окремих подій і всієї лінії свого життя.

Клієнтка Марина М. розповіла про сон, який вона бачила двічі. Їй снилося, що на неї кидається кішка і боляче дряпає. Вона струшує кішку на землю, кішка розбивається, з'являється кров, але вона ще дужче чіпляється за Марину, кусає її. Психотерапевт використовував метод розігрування ролей. У ході розігрування клієнтка визнала частину, «що нападає», як таку, що здатна постояти за себе. У сновидінні проявився конфлікт, який Ф. Перлз визначив як конфлікт «собаки зверху» і «собаки знизу».

«Собака зверху» – сильна частина, така, що повчає, карає, наказує, що робити. У термінах психоаналізу – це супер-Его. Голос «собаки знизу» – слабкий, м'який, такий, що вибачається, винуватий. Це – Ід – примітивна частина, яка пасивно саботує наміри «собаки зверху». При цьому слабка частина часто виявляється у виграші.

Клієнтка жила разом зі старою бабусею, повчання і поведінка якої часто дратували Марину. Але вона стримувала свої почуття, вважаючи, що їх прояв стане виявом невдячності, нетактовності щодо старенької. У такий спосіб вона дозволила бабусі обмежити свободу, нав'язати свої вимоги. І тепер уже не бабуся, а вона сама лаяла і карала себе.

Для подальшої роботи був використаний метод «порожнього стільця». Процедура виглядає так. Два стільці ставлять один проти одного. На один із них сідає клієнтка, а на іншому вона уявляє іншого учасника конфлікту, у нашому випадку – бабусю. Спочатку вона висловлює бабусі свої почуття, а потім пересідає на інший стілець і вживається в образ бабусі.

Дуже важливо, щоб клієнт був у контакті зі своїми почуттями, інакше він не зможе вибудувати чітку «фігуру» і завершити гештальт. На кожному зі стільців він вживається, відчуває потрібний образ. Якщо клієнт нічим не відрізняється за невербальними проявами на обох стільцях, то це означає, що фігура не стає чіткою. Коли ж обидві сторони конфлікту усвідомлюються, між ними відбувається діалог. Мета діалогу – завершити незавершений гештальт, висловити невиявлені почуття. Марина завершила діалог так: «Я люблю тебе і хочу тебе підтримати. Але я не хочу, щоб ти втручалася в мої справи, розпоряджалася моїм часом і „сортувала" моїх знайомих». Прояснення почуттів дало можливість клієнтці знайти прийнятні форми їх вираження, замінити постійне глухе роздратування на більш диференційований прояв почуттів.

Метод «порожнього стільця» використовується і для інтеграції двох частин у тому випадку, коли клієнт висловлює амбівалентні почуття. У поведінці це проявляється у неконгруентності.

- Клієнту пропонується подумати про внутрішній конфлікт або пригадати ситуацію, в якій він хотів би діяти спонтанно, вільно і адекватно, але не міг. На цьому етапі необхідно чітко розрізнити конфліктуючі частини.

- Клієнт обирає одну частину, щоб звернутися до іншої частини, яка знаходиться на іншому стільці, і висловлює свої почуття. Коли ця частина «виговориться», клієнт пересідає на інший стілець.
- Друга частина відповідає першій і висловлює все, що накопичилося щодо її почуттів. У ході діалогу вони прояснюють, які потреби реалізує кожна з них. Клієнт розуміє їхні претензії одна до одної, спосіб їхньої взаємодії.

Діалог продовжується доти, доки не приходять до можливості і необхідності компромісу, домовленості. Вони знаходять спосіб мирного співіснування і вирішення проблеми. Для цього психотерапевт створює метафору інтеграції. Наприклад, пропонує клієнту пересісти на третій стілець, що знаходиться на рівній відстані від тих, де розміщувалися частини. Потім терапевт каже, щоб клієнт узяв лівою рукою все хороше з одного стільця (клієнт перераховує потрібні йому якості, уміння), а правою – все хороше з іншого. Після цього руки з'єднуються. Метафора може бути візуальною: уявити сумку, куди складається все потрібне для співпраці обох частин. Процедура залежить від конкретної ситуації, важлива мета – прийняття клієнтом різних своїх потреб та почуттів. Якщо навіть частини не зуміли укласти договір, вони стають більш зрозумілими одна одній, завдяки чому зростає саморозуміння клієнта [9].

Отже, усе розмаїття методичних процедур гештальт-терапії спрямовується на досягнення таких цілей: прийняття та інтеграція різних «частин» особистості, асиміляція інтроєктів, встановлення доброї межі між людиною і середовищем.

Результат психотерапії

Засновник напряму гештальт-терапії, спочатку поставив проблему виживання здорової особистості в нездоровому суспільстві. Тому вся техніка гештальт-терапії спрямована на забезпечення психологічної підтримки особистості, на звільнення людини від тягаря минулих і майбутніх проблем і повернення її «Я» в багатий і мінливий світ особистісного буття, наповненого «теперішністю». З цим пов'язані як переваги, так і очевидні обмеження концепції.

Найбільш популярним напрямом критики є недооцінка гештальт-терапією когнітивних аспектів особистості, однобічність орієнтації на одномоментні переживання. Наступним вразливим моментом є тенденція представників концепції уникати пояснень і залишати клієнта наодинці зі своїми переживаннями, а також та обставина, що прихильність гештальт-терапії до різних технік відкриває шлях до зловживання технічною стороною справи на шкоду поглибленій психологічній роботі.

У гештальт-терапії створена складна метафора, що описує зміни. Це один із небагатьох напрямів, у якому введено поняття, які характеризують не тільки

невротичне, а й здорове функціонування. Для опису здорової особистості використовуються поняття контакту, усвідомлення, інтеграції частин.

Інтеграція означає, що людина усвідомлює свої потреби і життєві функції, перебуває в контакті із середовищем для їх задоволення, занурена в процес життєдіяльності, а не живе минулим або очікуванням майбутнього.

Різні поняття не приховують, не заплутують, а прояснюють головний пафос цього підходу – допомогти прояву в особистості глибинної сутності, яка дозволить їй діяти відповідно до власної мудрості.

У гештальт-терапії від клієнта насамперед очікується відповідальність за вчинки, думки, почуття. Проблема відповідальності як вектор духовних пошуків сучасної людини стала стрижневою і для психотерапії.

У гештальт-терапії відповідальність є головним атрибутом автентичної особистості – ідеальної моделі розвитку людини. Автентична особистість знає відмінності між своїми відчуттями і думками, фантазіями, не приписує реальності свої уявлення, не вимагає від неї відповідності своїм очікуванням. Брати на себе відповідальність – це передусім відповідати за свій внутрішній світ, розуміти почуття та потреби і діяти відповідно до них, довіряти інтуїції. Тому дії автентичної особистості конгруентні середовищу. Автентична особистість усвідомлює всі елементи взаємодії з оточенням. Не середовище задає їй напрям дій, а власні потреби. При цьому автентична особистість усвідомлює межі своїх можливостей, не перебільшуючи і не применшуючи їх. Вона шукає засоби задоволення потреб та вільна у їх виборі. Така людина не потрапляє в залежність від інших і не приймає за них відповідальність. Безумовно, це не означає ізоляцію від людей. Відповідальна людина розуміє, коли їй потрібна допомога, і може її попросити. Відповідальність означає переконання, що щастя залежить від неї самої, а не від інших людей і обставин. Автентична особистість сама створює ці обставини, свідомо обирає свій життєвий шлях, здійснює власну життєву орієнтацію.

При описі автентичної особистості Ф. Перлз робив акцент на самодостатності, особистісній автономії. Наприклад, батьки відповідальні за життя і здоров'я своїх маленьких дітей, лікар відповідає за хворого. Не слід делегувати відповідальність тим, хто її не може взяти. Самодостатність і незалежність, відповідальність і свобода, усвідомленість і спонтанність є ідеальними характеристиками автентичної особистості.

Життєва філософія гештальт-терапії сформульована Клаудіо Наранхо, одним із яскравих представників гештальт-терапії, в дев’яти своєрідних заповідях, що ведуть до автентичного існування:

- Живи тепер. Будь у сьогоденні, а не в минулому або майбутньому.
- Живи тут. Май справу з тим, що є, а не з тим, чого немає.

- Не фантазуй. Досвід реальний.
- Припини непотрібні роздуми. Краще пробуй і дивись.
- Виражай почуття замість того, щоб маніпулювати, пояснювати, розмірковувати, виправдовуватися.
- Приймай неприємності і біль так само, як і задоволення.
- Не орієнтуйся на чужі «повинен» і «слід було б», а на себе. Не створюй собі кумира.
- Приймай повну відповідальність за свої вчинки, думки, почуття.
- Будь самим собою.

Порівняно з більш традиційними школами, у гештальт-терапії акцент змістився з вирішення проблеми на навчання способам здорового функціонування. Змінилася і роль психотерапевта. Він тонко балансує між фрустрацією, внутрішнім вибухом і полегшенням стану, активною спрямувальною позицією і визнанням того, що повна відповідальність за зміни лежить на самому клієнті [18].

Гештальт-терапія має досить широку сферу застосування. Її використовують при роботі з невротичними та психосоматичними розладами, при роботі з дітьми, в організаційному і сімейному консультуванні. Деякі гештальт-терапевти вважають, що така терапія може бути використана навіть при лікуванні психотичних розладів на стадії ремісії та підвищити соціальну адаптивність таких пацієнтів.

? *Питання для самоконтролю*

1. У чому полягає сутність гештальт-терапії як методу психотерапії?
2. Розкрийте основні положення теорії гештальт-терапії Ф. Перлза.
3. Що таке «гештальт» у контексті цього психотерапевтичного підходу?
4. Поясніть поняття «фігура і фон» та їхнє значення для розуміння психічних процесів людини.
5. Як у гештальт-терапії трактується поняття «контакт» і «межа контакту»?
6. Що таке «незавершений гештальт» і яким чином він впливає на психологічне благополуччя особистості?
7. Як гештальт-терапія пояснює генезис неврозу?
8. Назвіть і охарактеризуйте основні механізми переривання контакту (порушення контактної межі), що лежать в основі невротичних розладів.
9. У чому полягає різниця між такими механізмами захисту, як інтроєкція, проекція, ретрофлексія, дефлексія та конфлюенція?
10. Які механізми психотерапевтичного впливу використовуються в гештальт-терапії?
11. Яка роль усвідомлення (awareness) у процесі гештальт-терапії?

12. Охарактеризуйте основні етапи психотерапевтичного процесу в гештальт-терапії.

13. Назвіть і опишіть основні техніки, що застосовуються в гештальт-терапії.

14. У чому суть техніки «порожнього стільця»? У яких випадках вона застосовується?

15. Що означає принцип «тут і тепер» у практиці гештальт-терапії?

16. Які критерії використовуються для оцінки результату психотерапевтичного процесу в гештальт-підході?

17. У яких випадках гештальт-терапія є показаною, а в яких — має обмеження щодо застосування?

Практичні завдання

Для виконання практичного завдання розподіліться на групи з 3-х осіб, у яких по черзі ви будете виконувати такі ролі: «Клієнт», «Психотерапевт», «Супервізор».

Клієнт і психотерапевт розігрують ситуацію, виконуючи запропоновані нижче завдання. Супервізор спостерігає за правильністю виконання завдання і після цього аналізує роботу.

Психологічна ситуація 1. Чоловік середнього віку звернувся до психолога. Два тижні тому його дружина потрапила в важку автомобільну аварію і зараз перебуває в комі у відділенні реанімації. Лікарі говорять про вкрай невтішний прогноз і обережно порушують питання про можливе відключення апаратів життєзабезпечення, якщо найближчим часом не з'являться ознаки поліпшення. Двоє їхніх дітей-підлітків (13 і 16 років) ще не знають усієї правди про стан матері — чоловік каже їм, що «лікарі роблять усе можливе» і «потрібно почекати». Сам він майже не спить, відчуває провину за те, що не встиг попрощатися перед аварією, і не розуміє, як прийняти рішення, якщо лікарі поставлять його перед вибором. Він каже психологу: «Я не знаю, як жити далі, якщо доведеться це вирішувати. І не знаю, що казати дітям».

Обговоріть у робочих трійках «Клієнт»-«Психотерапевт»-«Супервізор» такі питання:

1. Про що доцільно розпитати чоловіка на початку сесії?
2. Яку техніку роботи з почуттям провини та невизначеністю можна запропонувати клієнту; якими можуть бути наслідки її застосування?
3. Як і коли клієнту доцільно поговорити з дітьми про стан матері та можливий розвиток подій?

Психологічна ситуація 2. До психолога звернулася жінка 42 років, менеджерка середньої ланки, яка скаржиться на хронічну втому, дратівливість і відчуття «застрягання на місці» в кар'єрі та особистому житті. Вона розповідає,

що останні п’ять років щодня виконує однакові обов’язки, майже не спілкується з колегами поза роботою і відкладає власні плани (навчання, подорожі, стосунки) «на потім», пояснюючи це браком часу та відповідальністю перед батьками похилого віку, які живуть окремо, але часто телефонують із проханнями про допомогу. Коли психотерапевт запитує, чого їй насправді хочеться, жінка довго мовчить, а потім каже: «Чесно кажучи, я не знаю. Я так довго робила те, що треба, що забула, що хочу сама». Під час розмови вона кілька разів автоматично вибачається за свої слова та емоції, навіть коли говорить про власну втому.

Запитання для аналізу ситуації:

1. Який невротичний механізм (інтроєкція, ретрофлексія, злиття, проекція) найімовірніше лежить в основі того, що клієнтка постійно відкладає власні плани заради «відповідальності перед батьками»? Обґрунтуйте свій вибір.
2. Про що свідчить звичка жінки вибачатися за власні емоції? Який інтроєкти може стояти за цією поведінкою?
3. Яку роль відіграє фраза «я так довго робила те, що треба» з погляду конфлікту між Самістю та образом Я?
4. Які техніки гештальт-терапії (робота з усвідомленням «тут і тепер», техніка «порожнього стільця», фокусування на тілесних відчуттях тощо) були б доречні для роботи з цим запитом і чому?
5. Як побудувати перші запитання до клієнтки, щоб допомогти їй перейти від «раціоналізування» (розмов про обов’язки) до реального переживання своїх почуттів?
6. Яких помилок варто уникати психотерапевту в роботі з клієнткою, яка звикла орієнтуватися на очікування інших, а не на власні потреби?
7. Який результат психотерапії можна вважати успішним у цьому випадку, з погляду концепції «автентичної особистості» Ф. Перлза?

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Акцептація (прийняття) – фактор терапевтичного впливу, який виявляється в тому, що терапевт або учасники групи емоційно підтримують індивіда через спробу його зрозуміти.

Анамнез – сукупність отриманих від пацієнта та його близьких відомостей про хворого, розвитку в нього захворювання, використаних методах його лікування, оточуюче середовище.

Анозогнозія – відсутність усвідомлення власної хвороби.

Астенія – нервово-психічна слабкість, що виявляється в підвищеній стомлюваності, зниженому бар'єрі чуттєвості, нестійкості настрою, порушенні сну.

Балінтовські групи – названі за ім'ям їхнього ініціатора – угорського психіатра М. Балінта. Являють собою зібрання фахівців-психотерапевтів чи психологів. Призначені для відрефлексування або відреагування особистісно значущих переживань, викликаних психотерапевтичною практикою.

Безпричинно неспокійна поведінка – поведінка людини, що характеризується підвищеним неспокоєм і нервуванням, для яких немає обґрунтованих, об'єктивних причин – таких, які могли б якось виправдати цю поведінку.

Бесіда психотерапевтична – метод психолого-педагогічного дослідження та виховного впливу на основі вербальної комунікації. Характеризується більш високим рівнем домагань та спрямована на визначення внутрішніх (психологічних) змін особистості дитини.

Вегетативна нервова система – частина нервової системи, що регулює діяльність внутрішніх органів і обмін речовин в організмі під контролем кори головного мозку.

Відреагування – дії, адресовані психотерапевту, які клієнт із різних причин (страх, повага, несміливість, трансферентна закоханість) спрямовує на своє оточення.

Вікові особливості характеру людини – особливості прояву рис характеру людини в різні вікові періоди її життя, наприклад, у дошкільному та в молодшому шкільному віці, у підлітковому та юнацькому віці.

Вивчення особистості клієнта – психодіагностичне обстеження психологом-консультантом особистості клієнта з метою з'ясування тих його індивідуальних особливостей, які бажано знати для більш глибокого розуміння проблеми, з якою клієнт звернувся до психологічної консультації. В.о.к. необхідне також для того, щоб довести до свідомості клієнта сутність його

проблеми та знайти найбільш ефективні шляхи її вирішення за активної участі самого клієнта.

Депресія – стан психологічної пригніченості людини, що характеризується зниженням її активності, загального життєвого тонусу й переважанням негативних емоцій.

Дискомфорт – незручний, неприємний психологічний стан людини, що викликає стійкі негативні емоції. Д. породжується різними причинами: втомою, хворобою, невдачами, несприятливими стосунками з людьми, незадоволеністю важливих потреб тощо.

Екзисистенція – основна категорія екзистенціалізму, яка означає внутрішнє буття людини, те неопізнаванне, ірраціональне в людському «Я», внаслідок чого людина є конкретною неповторною особистістю.

Емоційність – властивість темпераменту людини, що характеризується силою її емоційних реакцій на ті чи інші життєві обставини.

Емоційні порушення – психічні розлади, які характеризуються неадекватністю емоційного реагування на зовнішні події і (або) патологією настрою. Найбільш поширені види порушення емоційного реагування — підвищена збудливість та емоційна лабільність.

Емпатія (психолога-консультанта до клієнта) – особливе почуття, завдяки якому психолог-консультант може ніби зсередини розуміти психологію клієнта, проникати в його внутрішній психологічний світ, краще та глибше пізнати особистість клієнта і його стан.

Епатажні засоби привернення уваги – екстравагантні, не цілком пристойні, такі, що явно порушують усталені норми людської поведінки й кидають виклик оточуючим людям, дії людини, розраховані на привернення уваги до себе або на те, щоб справити враження, вивести оточуючих людей зі стану душевної рівноваги.

Етіологія – причина виникнення захворювання.

Залежність людини психологічна – риса характеру, яка проявляється в несамостійності людини, в її нездатності приймати рішення, у сильному впливі оточуючих людей на її психологію та поведінку.

Закомплексованість людини – наявність у людини недоліків психологічного характеру, так званих комплексів, які заважають їй повністю проявляти свої здібності, нормально спілкуватися з людьми, досягати успіхів.

Інтерпретація – у психотерапії – тлумачення певних аспектів життя, ідей, образів, довільних асоціацій.

Іпохондрія – стан перебільшеної уваги до свого здоров’я, страх перед невиліковними хворобами.

Інсайт – раптове осяяння, вирішення тієї чи іншої проблеми.

Ірраціональні настановлення – настановлення, які не спираються на логіку. Часто вони є результатом понадузагальнень. Такі настановлення висловлюються у вигляді наказів, догматів, повинності; супроводжуються яскраво вираженими емоціями і проявляються в соматичній сфері, впливаючи на самопочуття організму.

Істеричність – акцентуйована риса характеру людини, що виявляється в надмірно вираженій любові до самої себе, у прагненні уваги з боку оточуючих, схильності прикрашати свою особу, тенденції до позерства, театральності поведінки, відсутність глибоких почуттів, претензії на виняткове положення серед інших.

Катамнез – сукупність відомостей, що повідомляються пацієнтом після закінчення хвороби.

Катарсис – сильне емоційне потрясіння, яке викликане не реальними подіями життя, а їх символічним відображенням, наприклад, у витворі мистецтва.

Катастрофізація – перебільшення наслідків будь-яких подій.

Контакт – необхідна умова процесу психологічного консультування, що передбачає забезпечення довіри та безпеки клієнта у взаємодії з консультантом.

Когніція – пізнавальний акт; думка, погляд або переконання людини щодо властивостей навколишнього світу, причинно-наслідкових зв'язків.

Комплекс – сукупність пригнічених потягів, уявлень, афектів, що впливають на поведінку індивіда, структуруючи її певним чином.

Компульсивність – реакція на внутрішню тривогу, коли індивід відчуває себе змушеним робити ірраціональні кроки, щоб зменшити напругу.

Конгруентність – рівнозначність, взаємовідповідність якісно рівноцінних станів, процесів або переживань.

Контрперенесення – неусвідомлене перенесення психотерапевтом ставлення до емоційно значущих для нього людей на особистість клієнта.

Конфіденційність – довірливість, секретність.

Лібідо – психічна енергія сексуального характеру, що може витрачатися (катектуватися) на задоволення певної кількості бажань або прагнень, які конкурують одне з одним.

Нарцисизм – ідеалізація власного Я, прагнення справляти враження бездоганної істоти – розумної, красивої, довершеної, а також ненаситний пошук підтримки цієї ілюзії оточенням; риса характеру, яка полягає у виключній самозакоханості.

Настрій – порівняно тривалі, стійкі психічні стани помірної або слабкої інтенсивності, що виявляються в якості позитивного чи негативного емоційного фону психічного життя індивіда.

Невербальна поведінка – форма комунікативної поведінки людини, за допомогою якої немовленнєвим (невербальним) шляхом передається інформація від однієї людини до іншої (наприклад, жести, міміка, пантоміміка).

Невроз – нервово-психічне захворювання, що характеризується функціональними (тимчасовими, зворотними) розладами психіки та поведінки людини, викликане несприятливими умовами її життя в конкретний момент часу.

Обсесії – різновид нав'язливих станів, що виявляються в переживаннях і діях, які не потребують для свого виникнення певних ситуацій.

Обсесивно-компульсивний розлад – невроз нав'язливих; різновид неврозу, для якого характерні повторювані нав'язливі думки, які нерідко перетікають в ритуальні дії, що здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і запобігти подіям, лякають.

Опір – специфічна установка пацієнта на заперечення знань, одержаних у результаті інтерпретації несвідомого змісту і витіснених бажань.

Особистісне зростання – активний процес становлення, в якому людина бере на себе відповідальність за своє майбутнє.

Перенос (трансфер) – трансформація психотерапевтичних стосунків, що відбувається під впливом несвідомих бажань пацієнта І полягає в тому, що він переносить на аналітика почуття, пов'язані зі значущою фігурою власного дитинства (мати, батько, близькі родичі).

Персоналізація – схильність інтерпретувати події в контексті особистісних значень.

Психологічна допомога – вид допомоги, яку надає кваліфікований психолог людині або групі людей в оптимізації психофізіологічних станів, пізнавальних процесів, поведінки, спілкування, реалізації індивідуальної і групової діяльності.

Психологічний захист – стійкі способи сприйняття і переживання світу, властиві кожній людині, у процесі яких окремі аспекти дійсності вона змінює, викривляє так, щоб дійсність здавалася зручнішою, сприятливішою, не загрозливою.

Психопатії – патологія характеру, при якій у суб'єкта спостерігається практично незворотна вираженість якостей, що перешкоджають його адекватній адаптації в соціальному середовищі.

Рекурентний депресивний розлад – психічний розлад, що характеризується повторними депресивними епізодами легкого, середнього або важкого ступеня.

Ригідність – неготовність до змін програми дії відповідно до нових ситуаційних вимог. Розрізняють когнітивну, афектну та мотиваційну ригідність.

Саморегуляція особистості – управління людиною своїм власним фізичним і психічним станом і вчинками. Вольова зміна окремих дій, думок, мотивів, почуттів, настроїв, якій можна навчитися через самоконтроль, самоаналіз, самооцінку, самонавіяння, самодетермінацію, самодисципліну.

Семіозис – породження нових сенсів або трансформація і зміна існуючих.

Сетинг – розпорядок психотерапевтичного процесу (частота зустрічей, їх кількість, вартість сеансу тощо).

Синдром – специфічне сполучення окремих ознак (симптомів) якогось явища, що поєднані одним механізмом виникнення і функціонування та притаманні певному болісному стану або захворюванню.

Смисл життя – цілісне уявлення особистості про своє життєве призначення.

Смисловий бар'єр – нерозуміння, що виникає при спілкуванні, обумовлене тим, що учасники спілкування приписують одним і тим же подіям різне значення і бачать в їх глибині різну мотивацію.

Страх смерті – гостре болісне переживання кінцевості власного буття, необоротного, постійно прискорювального, часового потоку, що неминуче наближає останній день, за яким – порожнеча, таємнича, жахлива безвість.

Стрес – термін, що використовується для позначення широкого кола станів людини, які виникають у відповідь на різноманітні екстремальні впливи (стресори).

Сугестія – навіювання.

Супервізор – фахівець, який здійснює професійний контроль і безпосереднє керівництво діяльністю практичного психолога-початківця, зокрема психолога-консультанта.

Супервізорство – робота супервізора або практичного психолога-початківця під контролем досвідченого психолога. У практиці підготовки психологів-консультантів с. використовується для того, щоб звести до мінімуму можливі помилки, які можуть виникнути в процесі самостійної роботи ще не досить досвідченого психолога-консультанта з клієнтами.

Терапевтичний альянс – раціональні нетрансферентні стосунки психотерапевта з клієнтом, що містять загальний договір про терапію, її тривалість, мету, частоту зустрічей, вартість і умови припинення.

Тривога – це стан страху, причина якого найчастіше залишається невідомою. Це реакція на невідому небезпеку, що супроводжується нездужанням, яке може заподіювати страждання і пригнічувати активність

Тривожність – схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким бар'єром виникнення реакції тривоги; один з основ

Упевненість в собі – готовність людини вирішувати достатньо складні

задачі, коли рівень домагань не знижується тільки через побоювання невдачі. Якщо рівень здібностей значно нижче за ті, які потрібні для наміченої дії, то має місце самовпевненість цих параметрів індивідуальних відмінностей.

Фобії – нав'язливі неадекватні переживання страхів конкретного змісту, що охоплюють суб'єкта в певній (фобічній) ситуації і супроводжуються вегетативними дисфункціями.

Фасилітація – це організація процесу колективного розв'язання проблем у групі, який керується фасилітатором (ведучим, головуючим). Це одночасно процес та сукупність навичок, які дозволяють ефективно організовувати обговорення складної проблеми без втрат часу та за короткий термін виконати усі заплановані дії із максимальним залученням учасників процесу.

Фіксація – зупинка психічного (психосексуального) розвитку на одній зі стадій, природа якої визначатиме у майбутньому специфіку психологічних проблем дорослої особистості.

Фрустрація – стійкий, емоційно-негативний психологічний стан, що виникає в людини в результаті численних життєвих невдач.

Я-концепція особистості – стійка система уявлень особистості про себе, яка ґрунтується на усвідомленні й оцінюванні своїх фізичних характерологічних та інших властивостей; інтегрований образ власного Я, на основі якого людина формує свої стосунки з іншими людьми.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Бек Д. С. Когнітивно-поведінкова терапія : основи та практика / пер. з англ. Київ : Науковий світ, 2023. 460 с.
2. Глава Є. Вступ до психотерапії : навч. посіб. Київ : Кондор, 2024. 530 с.
3. Глушок В. Давайте щось пропрацюємо. Чи всім потрібна психотерапія? Київ : Віхола, 2026. 264 с.
4. Індивідуальна психодраматична психотерапія : застосування та методики / за ред. А. Чеснер ; пер. з англ. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. 352 с.
5. Каліна Н. Ф. Психотерапія. Київ : Академвидав, 2010. 288 с.
6. Михайлов Б. В. Психотерапія в соматичній медицині. Київ : ВСВ «Медицина», 2025. 224 с.
7. Мольман Ж. Основи антропософської психотерапії. Т. 1 / пер. з нім. Київ : Наірі, 2025. 232 с.
8. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навч. посіб. / за ред. М. І. Мушкевич. 3-тє вид. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
9. Основи психотерапії : курс лекцій : навч. посіб. / Уманський держ. пед. ун- т ім. Павла Тичини ; уклад. К. П. Радзівіл. Умань : ВПЦ «Візаві», 2023. 172 с.
10. Психіатрія та психотерапія : інтенсивний курс : навч. посіб. / за заг. ред. К. Ліба. 10-е вид. Київ : ВСВ «Медицина», 2025. 623 с.
11. Перлз Ф. Усередині та зовні відра для сміття. Київ : Видавництво Ярослава Бурлаки, 2025. 392 с.
12. Тищенко М. Основи позитивної психотерапії. Київ : ТОВ «Франко Пак», 2025. 536 с.
13. Фільц О. О., Седих К. В. Основи психотерапії : навч. посіб. 2-ге вид. Київ : Академія, 2017. 192 с.
14. Шевченко Н. Ф. Основи психотерапії : навч. посіб. Запоріжжя : ЗНУ, 2017. 117 с.
15. Янг Дж., Клоско Дж., Вайсхаар М. Схема-терапія : практичний посібник / пер. з англ. Київ : Науковий світ, 2023. 562 с.
16. Ялом І. Дар психотерапії : відкритий лист до нового покоління терапевтів та їхніх пацієнтів. Київ : Видавництво Ярослава Бурлаки, 2024. 384 с.
17. Ялом І. Екзистенційна психотерапія. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2026. 656 с.
18. Яцина О. Ф. Основи психотерапії : практикум : навч.-метод. посіб. Ужгород, 2021. 80 с.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Дуткевич Т. В. Теорія і практика розвивально-корекційної роботи психолога : навч. посіб. Київ : КНТ, 2021. 265 с.

2. Каліна Н. Ф. Психотерапія : підручник. Київ : Академвидав, 2010. 288 с.

3. Кривоніс Т. Г. Основи особистісної психотерапії : навч.-метод. посіб. Київ : Слово, 2011. 192 с.

4. Крупельницька Л. Ф. Напрями сучасної психотерапії : навч. посіб. Київ : Київський університет, 2018. 350 с.

5. Наконечна М. М. Допомога іншому : психологічні аспекти : монографія. Київ : Слово, 2012. 184 с.

6. Основи психотерапії : навч. посіб. / К. В. Седих, О. О. Фільц, В. І. Банцер та ін. Київ : Академвидав, 2016. 192 с.

7. Яцина О. Ф. Основи психотерапії : практикум : навч.-метод. посіб. Ужгород, 2021. 80 с.

Інформаційні електронні ресурси

1. Андрушко Я. С. Психокорекція : навч.-метод. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 212 с.
URL: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi68/0049672.pdf.

2. Грандт В. В. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. 107 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/metodychky/2024/10/0059933.pdf.

3. Довгань Н. О., Поліщук С. А. Надання першої психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях : метод. рек. / за ред. В. М. Духневича. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 145 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi75/0055613.pdf.

4. Католик Г., Багрій В. Психодіагностика у презентаціях, таблицях, схемах : навч.-метод. посіб. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 301 с.
URL: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi68/0049669.pdf.

5. Крупельницька Л. Ф. Психотерапія у постнекласичній парадигмі : навч. посіб. Київ, 2022. 176 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi79/0058840.pdf.

6. Крюкова М. А., Лісовенко А. Ф. Практикум з психотерапії та психокорекції : навч.-метод. рек. Одеса : Фенікс, 2020. 40 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051493.pdf.

7. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції : навч. посіб. 2-ге вид., перероб., допов. Суми : Університетська книга, 2020. 304 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051509.pdf.

8. Мельничук І. В., Каргіна Н. В. Основи психологічного здоров'я та психотерапія : навч. посіб. Одеса, 2025. 539 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi82/0061850.pdf.

9. Методи психотерапії та психокорекції : навч.-метод. комплекс / уклад. О. С. Кочарян, А. М. Лісеная. Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2009. 14 с.
URL: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi20/0013588.doc.
10. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навч. посіб. 3-тє вид. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi74/0054464.pdf.
11. Перша психологічна допомога : онлайн-видання. Львів : Друкарські куншти, 2015. 178 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi75/0056145.pdf.
12. Психологічні технології сприяння позитивному психічному здоров'ю різних верств населення України в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення : практ. посіб. / Л. З. Сердюк, І. В. Данилюк, О. А. Чиханцова [та ін.] ; за ред. Л. З. Сердюк. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПНУ, 2024. 168 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi80/0060539.pdf.
13. Психологія емоцій та почуттів : підручник / О. М. Цільмак, Ю. І. Шмаленко, Н. Е. Мілорадова [та ін.] ; за заг. ред. О. М. Цільмак. Одеса : Гельветика, 2024. 420 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi79/0059614.pdf.
14. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практ. посіб. / Т. М. Титаренко, Ю. Д. Гундертайло, М. С. Дворник [та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi74/0054462.pdf.
15. Соціокультурні чинники становлення сучасної парадигми психотерапевтичної допомоги особистості : монографія / З. Г. Кісарчук, Л. О. Гребінь, Т. С. Гурлєва [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ ; Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2012. 276 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051499.pdf.
16. Стельмах О. В. Основи психокорекції : конспект лекцій. Львів : ЛДУ БЖД, 2023. 120 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi86/0066227.pdf.
17. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник / за заг. ред. В. Осьодла. 2-ге вид., допов. Київ : НУОУ ім. І. Черняховського, 2020. 484 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi81/0061173.pdf.
18. Теорія і технології застосування сучасних підходів до психотерапії у вітчизняних соціокультурних умовах : монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. І. Онищенко [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ ; Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2014. 268 с.
URL: http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051507.pdf.

ДОДАТОК

ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ПСИХОЛОГА

На І Установчому з'їзді Товариства психологів України 20 грудня 1990 року в м. Києві прийнято Етичний кодекс психолога. Цей нормативний акт є гарантом високопрофесійної, гуманної, високоморальної діяльності психологів України, здійснюваної залежно від спеціалізації та сфери інтересів.

Кодекс являє собою сукупність етичних норм, правил поведінки, що склались у психологічному співтоваристві й регулюють його життєдіяльність. Об'єктом досліджень і впливу психологів є внутрішній світ особистості, тому їхні контакти з іншими людьми повинні бути теплими, доброзичливими, цілющими.

Етичний кодекс сприяє більш успішному здійсненню психологами своєї професійної діяльності. Зокрема, шкільним і вишівським психологам – допомагає в підвищенні ефективності навчання й виховання учнів та студентів; психологам у галузі охорони здоров'я – у виконанні функцій, пов'язаних із профілактикою захворювань, лікуванням, реабілітацією пацієнтів; психологам у сфері державного управління – у психологічному забезпеченні загального й галузевого управління.

Заснована Товариством психологів України Комісія з етики проводить роботу, спрямовану на правильне тлумачення психологами Етичного кодексу, здійснює контроль за його додержанням, забезпечує формування в психологів сприйняття цього Кодексу як зобов'язання перед громадськістю, як одного з важливих актів чинного законодавства.

І. Відповідальність

1.1. Психологи несуть особисту відповідальність за свою роботу.

1.2. Психологи зобов'язані всіляко запобігати й не допускати антигуманних наслідків у своїй професійній діяльності.

1.3. Психологи повинні утримуватись від будь-яких дій чи заяв, що загрожують недоторканності особистості; не мають права використовувати свої знання та становище з метою приниження людської гідності, пригнічування особистості або маніпулювання нею; несуть відповідальність за додержання пріоритету інтересів людини.

1.4. На психологів покладається відповідальність за надійність використовуваних методів і програмного забезпечення, валідність обробки даних досліджень, у тому числі й тих, які проводяться з використанням комп'ютерних технологій.

1.5. Психологи застосовують лише ті знання, якими вони володіють відповідно до своєї кваліфікації, повноважень і соціального статусу.

II. Компетентність

2.1. Психологи постійно поповнюють свої знання про нові наукові досягнення в галузі їхньої діяльності, беруться за розв'язання тільки тих завдань, які належать до сфери їхньої компетенції. У разі непосильності завдання психологи передають його іншому досвідченому фахівцеві або допомагають людині, яка звернулася за підтримкою, налагодити контакт з професіоналами, що можуть надати адекватну допомогу.

2.2. Психологи не застосовують методів і процедур, не апробованих центральними органами Товариства психологів України. У тих випадках, коли психологічні методики лише проходять випробування (з дозволу контрольних органів Товариства), психологи, проводячи експеримент з обмеженим контингентом досліджуваних, попереджають їх про застосування неперевірених методів і технічних пристроїв або про свій недостатній рівень оволодіння ними.

2.3. Психолог публікує під своїм ім'ям лише ту працю, яка повністю виконана ним самим або містить істотний власний внесок; недопустима публікація з метою особистої, матеріальної вигоди недостатньо підготовлених праць, невалідизованих методик, а психолог не може виконувати практичної роботи, не маючи належної кваліфікації та досвіду.

2.4. Психолог прагне до адекватних знань про свої індивідуальні якості та особливості й визначення меж власних професійних можливостей. Особистісні психологічні проблеми (які негативно впливають на якість виконання обов'язків) можуть бути показником професійної непридатності та мають якомога швидше коригуватись і розв'язуватись психологом.

III. Захист інтересів клієнта

3.1. Психологи суворо додержуються принципу добровільної участі клієнта в обстеженнях. Під час роботи з дітьми, пацієнтами з тяжкими психічними розладами (тобто в крайніх випадках) допускаються відхилення від принципу добровільності, але в межах законодавчих норм; обов'язком психолога є намагання налагодити з клієнтом співробітництво. Психологи утримуються від непотрібного лікування клієнта.

3.2. Психологи, контактуючи з особами, для яких цей контакт є обов'язково-примусовим (наприклад, у разі проведення психологічної експертизи), не мають права змушувати клієнта повідомляти відомості поза його волею, не можуть вживати примусових заходів для одержання відомостей, окрім випадків, коли така інформація сприятиме безпеці оточуючих або самого клієнта.

3.3. Психологи не беруть участі в діях, спрямованих проти свободи особистості. Вони не мають права змушувати клієнта розповідати про свою життєву філософію, політичні, релігійні чи етичні переконання, не повинні вимагати відмовитися від них.

3.4. Психологи беруть на себе професійну відповідальність за кваліфіковане обстеження, консультування, лікування. Вони домовляються про терміни завершення своєї діяльності або доцільність направлення клієнта до іншого компетентного спеціаліста. Відповідальність з психолога знімається, якщо він упевнився, що інший спеціаліст узяв відповідальність за клієнта не себе.

3.5. Психологи не мають матеріальних або особистих привілеїв, не можуть використовувати свої знання та становище, довірливе ставлення й залежність клієнта у власних корисливих інтересах. У тих випадках, коли послуги є платними, про фінансові умови домовляються заздалегідь; не встановлюється додаткова оплата за консультації, та не береться плата з тих, кого психолог навчає або збирається екзаменувати. Якщо клієнт може отримати психологічну допомогу безкоштовно або меншим коштом у іншого фахівця, то психолог інформує про це клієнта.

3.6. Психолог уникає встановлення неофіційних взаємин із клієнтом, якщо це може стати на перешкоді проведенню діагностичної, консультаційної та корекційної роботи з ним. Між психологом і клієнтом не повинно бути статевої близькості в період, коли психолог несе відповідальність за нього.

3.7. Психолог має право вирішувати, на якому етапі консультування або лікування можна дати об’єктивний професійний висновок, а у випадках, коли він не може діяти в інтересах клієнта, роз’яснює йому чи батькам (опікунам, піклувальникам) реальний стан справ.

3.8. Висновок за результатами проведеного обстеження чи лікування робить сам психолог, він не може перекладати це на інших. Психолог повинен чітко й однозначно формулювати висновок, так, щоб його можна було правильно зрозуміти й використати отримані відомості на користь клієнта.

3.9. Психолог не робить висновків і не дає порад, не маючи достовірних знань про клієнта або ситуацію, в якій він перебуває. У звіті (висновку) психолога має міститися лише необхідна й водночас достатня, що відзначається цілковитою надійністю результатів, інформація для розв’язання поставленого завдання, вказуватися межі здійснюваних досліджень, характер виявлених симптомів – постійний чи тимчасовий.

3.10. Психолог у доступній формі повідомляє обстежуваному про поставлений діагноз і методи та засоби допомоги. При цьому він зобов’язаний обачливо й обережно висловлюватися щодо виявлених патологій у психічному стані клієнта. Психолог обов’язково попереджає про те, хто й для чого може

використати ці відомості; він не може приховувати від людини, які офіційні рішення можуть бути винесені на підставі висновку. Психолог уповноважений особисто запобігати некоректному та неетичному використанню результатів досліджень і повинен виконувати цей обов'язок незалежно від посадової субординації.

IV. Конфіденційність

4.1. Психолог зобов'язаний додержуватися конфіденційності в усьому, що стосується взаємин із клієнтом, його особистого життя й життєвих обставин. Виняток становлять випадки, коли виявлені симптоми є небезпечними для клієнта та інших людей. І психолог зобов'язаний поінформувати тих, хто може надати кваліфіковану допомогу.

Конфіденційності можна не додержуватись, якщо клієнт просить або погоджується, аби в його інтересах інформацію було передано іншій особі.

4.2. Психолог не збирає додаткових відомостей про обстежуваного без його згоди й задовольняється лише тією інформацією, яка потрібна для виконання професійного завдання. Запис на магнітну стрічку й відеоплівку, фотографування та занесення інформації про клієнта до комп'ютерних банків даних здійснюється лише за згодою учасників.

4.3. Психолог зобов'язаний оберігати професійну таємницю, не поширювати відомостей, отриманих у процесі діагностичної та корекційної роботи, додержуватись анонімності клієнта (наприклад, під час навчання, у публікаціях). Для демонстрації чи прослуховування будь-яких матеріалів потрібний письмовий дозвіл людини, за чиєю згодою вони були записані; на вимогу клієнта матеріали негайно знищуються.

4.4. Документація роботи психологів повинна містити лише професійно необхідні матеріали. До цих матеріалів, пов'язаних із конфіденційним змістом діяльності психологів, має виключатися доступ сторонніх осіб. У тих же випадках, коли психологи звертаються по допомогу до інших фахівців, потрібно спеціально ознайомити їх із питаннями, що стосуються умов і терміну зберігання таких матеріалів, а також обмежень у використанні інформації про клієнта й попередити про міру відповідальності за недодержання конфіденційності.

4.5. Якщо психолог не може надалі виконувати свої функції, він з'ясовує, чи потрібно зберігати матеріали (також і інформацію, занесену до комп'ютера). У разі потреби психолог повинен передати виконання покладених на нього функцій іншому фахівцеві.

4.6. Психолог інформує клієнтів про правила додержання конфіденційності. Смерть або зникнення обстежуваного не звільняє психолога від необхідності зберігати професійну таємницю.

4.7. Психолог не передає методичних матеріалів особам, які не вповноважені здійснювати психологічну діяльність; не розкриває суті та призначення конкретної методики (за винятком доступних роз'яснень правоохоронним і судовим органам).

V. Етичні правила психологічних досліджень

5.1. Планування психологічних досліджень передбачає дотримання таких умов: визначення об'єкта дослідження; чітке й однозначне формулювання його мети та завдань; встановлення контингенту обстежуваних; прогнозування можливостей використання одержаних результатів (наприклад, оцінювання перспективи професійної успішності, формування спільного колективу, психологічного втручання тощо). Психолог самостійно вибирає методи роботи, керуючись при цьому вимогами максимальної ефективності та наукової обґрунтованості.

5.2. Психолог забезпечує цілковиту надійність результатів, відповідає за рішення, які приймають офіційні особи на основі його висновків та рекомендацій, запобігає можливим помилкам у діяльності непрофесіоналів, котрі допомагають у роботі, але не ознайомлені з вимогами, що стосуються обмежень у використанні інформації про досліджуваних. Психолог несе відповідальність за правильне й доступне роз'яснення непрофесіоналам суті застосовуваних психологічних методів, а також за можливі антигуманні наслідки. Щодо психолога використовується принцип, аналогічний принципу презумпції невинності в судочинстві. Вина психолога в порушенні Етичного кодексу повинна бути доведена Комісією з етики Товариства психологів України.

5.3. Психолог зводить до мінімуму ризик ненавмисного негативного впливу на тих, хто бере участь у експерименті. Коли очікується, що дослідження або лікування може викликати в клієнта психогенну реакцію, психолог повинен отримати дозвіл на проведення роботи з ним Комісії з етики. Якщо умови експерименту потребують необізнаності досліджуваних з його суттю та результатами, психолог має пересвідчитися в тому, що це не завдасть шкоди жодному з учасників досліду. Такі відомості можуть бути розкриті після завершення експериментальної програми.

5.4. Психолог заздалегідь інформує клієнтів про право відмовитись від участі в дослідженні. Коли ж попри це вони дають згоду взяти участь у експерименті, психолог має переконатися в тому, що таке рішення прийняте незалежно від нього або інших осіб (наприклад, батьків, опікунів, піклувальників, які наполягають пройти обстеження).

VI. Кваліфікована пропаганда психології

6.1. Психологи інформують науковців, учителів, лікарів, широку громадськість про свою галузь діяльності на основі об'єктивних, точних даних таким чином, щоб не дискредитувати професію психолога та психологію як науково-практичний комплекс.

6.2. Психолог не виступає з публічними заявами для реклами або самореклами. Розміщуючи в засобах масової інформації оголошення про надання психологічних послуг населенню, повідомляє лише своє ім'я, адресу номер телефону, професійну кваліфікацію, науковий ступінь, галузь психології, години прийому. У рекламному проспекті не може йтися про суми гонорару, не даються гарантії, не перераховуються здобутки й успішні випадки лікування, консультування, експертизи. Оголошення мають містити інформацію про мету курсів, а не обіцянки стосовно досягнення специфічних результатів. Психолог повинен брати професійну участь у навчальних програмах для населення, однак він має право робити це лише за умови, якщо вони виключають сумнівні методи й неефективні процедури.

6.3. Поради психолога в засобах масової інформації мають подаватися в узагальненій формі, без посилань на конкретні факти й ситуації, щоб не допустити розголошення конфіденційної інформації. Усні виступи, друковані матеріали, аудіовізуальна та інші публікації, в яких наводяться з ілюстративною метою клінічні випадки, повинні виключати ідентифікування особи, групи чи організації. Методики публікуються лише у формі, яка дає змогу зберегти їхню валідність і надійність.

VII. Професійна кооперація

7.1. Психолог, ведучи професійну дискусію, не повинен дискредитувати колег або представників інших професій, які використовують ті самі або інші наукові методи, він має виявляти повагу до наукових шкіл і напрямів. Психолог цінує професійну компетентність, високу культуру та ерудицію, відповідальне ставлення до справи колег і представників інших професій. Якщо ж психолог виявить ненауковість чи неетичність у професійній діяльності колеги, він повинен сприяти виправленню ситуації. У разі неуспіху цих зусиль психолог може виступити з об'єктивною, аргументованою критикою роботи колеги в психологічному співтоваристві. У тих же випадках, коли критика на адресу члена Товариства виявляється суб'єктивною, упередженою, він має право звернутися до Комісії з етики, висновок якої може використати для спростування несправедливих оцінок чи критики.

7.2. Психолог не може застосовувати маніпулятивні методи для здобуття прихильності та привернення на свій бік клієнтури, не повинен намагатися стати

монополістом у своїй галузі. Про досягнуті результати в теоретичній і практичній психології він зобов'язаний інформувати психологічну громадськість, ділитися набутим під час своєї професійної діяльності досвідом.

7.3. Розв'язуючи конкретні завдання обстеження, консультування та лікування людей, психолог вирішує, чи може він використати знання, технічні й адміністративні можливості інших фахівців на благо клієнта та за згодою клієнта вступити в контакт із ними, зокрема з особами, які лікують або лікували його раніше. Психолог бере відповідальність за клієнта, лише переконавшись, що той не має клієнтурних стосунків з іншими психологами.

7.4. Психолог забезпечує персонал адекватною інформацією про клієнтів, які користуються його послугами, передає в розпорядження колег тільки надійні й валідизовані психологічні методи, технічний інструментарій і відкриття. Усі професійні взаємини будуються на основі Закону про авторські права.

7.5. У вирішенні спірних питань психолог керується положенням цього Етичного кодексу. Арбітром може бути Комісія з етики товариства психологів України.

7.6. За порушення чинного законодавства, Статуту Товариства психологів та Етичного кодексу на психолога можуть бути накладені Комісією з етики такі стягнення:

- попередження;
- догана;
- виключення з членів Товариства.

У разі виявлення порушень психологами, які не є членами Товариства, Комісія з етики звертається до інших громадських організацій чи державних установ з тим, щоб вони вжили необхідних заходів до винного.

7.7. Рішення Комісії з етики може бути скасоване Президією або З'їздом Товариства психологів.

Навчальне видання
(українською мовою)

Шевченко Наталія Федорівна

ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Навчальний посібник
для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра
спеціальності С4 «Психологія»
освітньо-професійної програми «Психологія»

Рецензент *Г. О. Горбань*
Відповідальний за випуск *Н. О. Губа*
Коректор *О.В. Філь*