

Міністерство освіти і науки України  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

## **МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА МОДЕЛІ ПСИХОТЕРАПІЇ**

Конспект лекцій  
для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня  
денної та заочної форм здобуття освіти за спеціальністю 053 «Психологія»

*Електронний ресурс*

**Рецензенти:**

**Н. С. Кучеренко** – кандидат психологічних наук, доцент, в.о. завідувача кафедри практичної психології навчально-наукового інституту «Українська інженерно-педагогічна академія» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;  
**Е. І. Михлюк** – кандидат психологічних наук, доцент, заступник начальника навчально-наукового інституту управління та безпеки населення Національного університету цивільного захисту України.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради  
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна  
(протокол № 9 від 24 квітня 2026 року)*

М 54      Методи психотерапії та консультування та моделі психотерапії : конспект лекцій для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня денної та заочної форм здобуття освіти за спеціальністю 053 «Психологія» [Електронний ресурс] / уклад. А. І. Черкашин. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026. – (PDF 115 с.)

У конспекті лекцій викладена систематизована інформація щодо методів психотерапії та психотерапевтичного консультування, а також сутність, принципи та техніки класичних і сучасних моделей психотерапії. Розробка складається з 17 тем, у яких розкрито основні поняття методів психотерапії та психотерапевтичного консультування в межах різних моделей психотерапії.

Видання призначене здобувачам-магістрам денної та заочної форм навчання напряму підготовки 053 «Психологія».

**УДК 159.9:615.851(075.8)**

© Харківський національний університет  
імені В. Н. Каразіна, 2026

© Черкашин А. І., уклад., 2026

## Зміст

|                                                                                   |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>ВСТУП.....</b>                                                                 | <b>4</b> |
| Тема 1. Загальна характеристика видів, підходів, методів та моделей психотерапії. | 5        |
| Тема 2. Стратегія, зміст та складові психотерапевтичного процесу.                 |          |
| Інформаційно-довідковий блок.....                                                 | 11       |
| Тема 3. Стратегія, зміст та складові психотерапевтичного процесу.                 |          |
| Навчально-дослідницький блок.....                                                 | 14       |
| Тема 4. Основні форми роботи психотерапевта.....                                  | 20       |
| Тема 5. Етичні принципи психотерапевта. Основні скарги клієнта.....               | 26       |
| Тема 6. Основні напрями в психотерапії. Психодинамічний (Психоаналітичний)        |          |
| Напрямок.....                                                                     | 30       |
| Тема 7. Когнітивно-поведінкова Терапія (КПТ).                                     |          |
| 1. Когнітивна терапія.....                                                        | 40       |
| Тема 8. Гуманістичний Напрямок психотерапії.....                                  | 53       |
| Тема 9. Системна Сімейна Терапія.....                                             | 68       |
| Тема 10. Трансактний Аналіз (ТА).....                                             | 71       |
| Тема 11. Наративна Терапія.....                                                   | 74       |
| Тема 12. Схема-Терапія.....                                                       | 78       |
| Тема 13. Позитивна психотерапія (ППТ) як інтегративний                            |          |
| гуманістично-психодинамічний метод.....                                           | 92       |
| Тема 14. Логотерапія - представник екзистенційно-гуманістичного напрямку          |          |
| психотерапії.....                                                                 | 97       |
| Тема 15. Психодрама як метод групової психотерапії.....                           | 100      |
| Тема 16. Арт-терапевтичні методи.....                                             | 103      |
| Тема 17. Символдрама.....                                                         | 107      |
| РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ.....                                             | 112      |

## ВСТУП

Психотерапія – галузь психології, що вивчає механізми, способи і прийоми професійного надання психологічної допомоги з метою розв’язання проблем, звільнення від психосоматичних симптомів або актуалізації резервів особистісного зростання. Відповідно, навчальний курс «Методи психотерапії та консультування та моделі психотерапії» - один з важливих і необхідних компонентів професійної теоретичної та практичної підготовки психологів-психотерапевтів.

**Мета викладання навчальної дисципліни:** Основною метою викладання дисципліни є підготовка висококваліфікованих психологів, здатних до професійної реалізації у сфері психотерапевтичного консультування, шляхом формування ґрунтовних теоретичних знань та практичних навичок з основних методів, моделей та технік психотерапії та консультування. Це дозволить їм ефективно застосовувати ці знання у своїй професійній діяльності для надання спеціалізованої психотерапевтичної допомоги.

**Основні завдання вивчення дисципліни:**

- поглибити знання про методологічні й теоретичні основи, головні напрями, види, методи психотерапії та процеси психотерапевтичної взаємодії;
- сформувати навички професійної взаємодії з пацієнтом та оцінки впливу терапевтичних процедур на його особистість;
- сформувати вміння надавати індивідуальну та групову консультативну психотерапевтичну допомогу особистості, адекватно застосовувати психотехніки;
- опанувати алгоритм психолого-психотерапевтичного супроводу пацієнтів в структурі комплексної психофізичної реабілітації;
- сприяти засвоєнню змісту та особливостей роботи психолога-психотерапевта у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Навчальний курс «Методи психотерапії та консультування та моделі психотерапії» включає 17 тем, які передбачають проведення занять у лекційному та практичному форматі.

На лекціях студенти повинні знайомитися з основним теоретичним змістом навчальної дисципліни.

## Тема 1. Загальна характеристика видів, підходів, методів та моделей психотерапії.

### 1.Сутність, об'єкт і предмет психотерапії. Класифікація видів, підходів, методів та моделей психотерапії.

В наші дні психотерапія, як практична допомога в різних життєвих ситуаціях, є одним із найбільш популярних напрямів практичної психології. Разом із тим різноманітність визначень поняття *психотерапія*, а також основних підходів та методів психотерапії показує, що ця наука не має єдиного понятійного

апарату, термінології та теорії. Це можна пояснити тим, що у світовій практиці використовується понад 600 форм і методів психотерапії. Крім того, у цих напрямках існують неузгоджені, а інколи й протилежні одне одному, уявлення про моделі психічного (і психологічного) здоров'я, механізми розвитку психопатологічних і психосоматичних розладів, теорії психотерапевтичної зміни.

Види психотерапії розрізняються позиціями терапевта і клієнта в процесі їхньої взаємодії. Одна справа, коли терапевт виступає як експерт-професіонал, а інша, коли терапевт, поряд із клієнтом, є рівноправним учасником терапії. У першому випадку терапія називається *директивною* – терапевт “вищий” за клієнта, знає його потреби, знає куди його вести. У другому випадку терапія принципово *недирективна* – терапевт не веде за собою клієнта, він лише його супроводжує, як, наприклад, є “дослідником” у психоаналізі і “садівником” у клієнт-центрованій психотерапії. Люди, що потребують допомоги, у психотерапії також описуються різними термінами: у першому випадку (директивна психотерапія) вони “*пацієнти*”, у другому (недирективна психотерапія) – “*клієнти*”.

Розглянуті види терапії (директивна – орієнтована на проблему і недирективна – орієнтована на клієнта) мають значні розходження в процесуальному аспекті. У недирективній терапії відсутні або слабо виражені ті процеси переносу клієнтом своїх потреб чи типу відносин зі значимими фігурами дитинства на терапевта. Це відбувається тому, що, по-перше, клієнт незалежний у процесі терапії від терапевта, і, по-друге, терапевт не є таємницею для клієнта, не є “білим екраном”, а особою, яка дає зворотній зв'язок, своє власне бачення, яке подає у процесі інтерпретації.

Різнманітні види психотерапії розрізняються за каналами входу в клієнта або його проблему: вербальний канал – у психоаналізі, тілесний – у тілесно-орієнтованій психотерапії, візуальні образи – в НЛП, психосинтезі і т.д. Деякі види терапії реалізують полімодальний вхід, як наприклад, в гештальт-терапії, психосинтезі, психотерапії орієнтованій на процесі.

Виділяють *симптоматичну і патогенетичну* психотерапію. Якщо “мішенню” впливу є деякий симптом (заїкання, енурез, тіки, тривога, безсоння і т.д.) або група симптомів, тоді можна говорити про симптоматичну терапію. Прикладом цього виду терапії є поведінкова терапія. Симптоматична терапія описується

“аспіриновою” метафорою: якщо за допомогою аспірину зникає головний біль, це не означає, що причиною головного болю є нестача аспірину в організмі. Тому, зовсім не обов’язково шукати та усувати причину симптому. В свою чергу, патогенетична терапія підкреслює необхідність довести аналіз до розкриття причини розладу. В межах патогенетичної терапії виникла ідея заміщення симптому, під яким розуміється зміна одного симптому (наприклад, страх висоти), від якого людина вилікувалася, іншим. Це відбувається тому, що проблема залишається невирішеною. Поведінкові ж терапевти заперечують феномен заміщення симптому.

Симптоматичній терапії протистоїть ще один вид терапії – *особистісно-орієнтований*. У такому випадку не обов’язково занурюватися у причину, головною “мішенню” терапії є страждаюча особистість, та що заплуталась. Часто важко кваліфікувати, чи відноситься терапія до патогенетичної або симптоматичної. Це відбувається із-за багатьох причин, в тому числі й тому, що клієнт може вийти з терапії в будь-який момент із покращенням, але без усунення причини. Будь-яка класифікація, звичайно ж, умовна. В реальному психотерапевтичному процесі перераховані розбіжності деяких видів терапії не є настільки рельєфними. Навіть психоаналітик може практикувати терапію орієнтовану на клієнта. Більше того, нормою сьогоденної психотерапевтичної практики є її еклектичність.

На сучасному етапі розвитку психотерапії не існує єдиного принципу класифікації методів. Проте з різноманіття існуючих методів виділяють три основних, які виникли на основі трьох найбільш розвинутих психотерапевтичних напрямів: *психоаналітичного* (психодинамічного, динамічного або фрейдистського). В психоаналізі головним чинником особистісного розвитку і поведінки вважаються первинні потяги і потреби, а невроз – наслідком їх витіснення в несвідоме і конфлікту з свідомістю. Задача психодинамічної психотерапії полягає у сприянні усвідомленню цього конфлікту.

*Біхевіористського* (поведінкова психотерапія). Біхевіористів взагалі не цікавить особистість як така. Предмет дослідження біхевіоризму – виключно поведінка. Звідси невроз – це неадаптована поведінка, що виникає в результаті неправильного навчання. Основна задача поведінкової психотерапії полягає в навчанні новим, адаптованим способам поведінки; гуманістичного (екзистенціально-гуманістичного).

*Гуманістична психологія* розглядає потребу особистості в самоактуалізації, а невроз вважає результатом блокування цієї потреби. Тобто, задача гуманістичної психотерапії полягає у сприянні набуванню нового емоційного досвіду, створенню адекватного цілісного образу Я і можливостей для самоактуалізації особистості.

Таким чином, задачі психотерапевтичних напрямів обумовлюють специфіку вживаних ними методів. Причому, в рамках цих напрямів виникають нові течії, підходи, форми, види, методи, методики, технічні прийоми, назви яких часто покликані відображати їх унікальність, маскувати їх похідний характер щодо основних напрямів в психотерапії та існуючих в них методів.

*Класифікація методів психотерапії*, запропонована Я. Олександрович, побудована на аналізі таких визначень:

- методи психотерапії, що мають характер технік – гіпноз, релаксація, психогімнастика;
- методи психотерапії в значенні інструменту, який використовують в психотерапевтичному процесі (таким інструментом може бути психотерапевт у випадку індивідуальної психотерапії або група при груповій психотерапії);
- методи, що визначають умови, які сприяють оптимізації досягнення психотерапевтичних цілей – сімейна психотерапія, клінічна психотерапія, психотерапія на виробництві;
- методи психотерапії в значенні терапевтичних інтервенцій (втручань), що розглядаються або в плані стилю – директивний, недирективний, або в плані теоретичного підходу – інтерпретація, навчання, міжособистісна взаємодія або діалог.

Однією із причин існування різноманітних моделей та методів психотерапії є відсутність достатньо впевнених критеріїв великої ефективності одних методів по відношенню до інших. У зв'язку з цим, великого значення на сучасному етапі розвитку психотерапії набуває пошук, дослідження загальних факторів психотерапевтичного впливу, який дозволить суттєво наблизитися до визначення ефективності психотерапевтичних методів.

У цьому значенні неабиякий інтерес являє спроба виокремлення загальних факторів психотерапії за Дж. Мармор: 1) хороші стосунки та співпраця між психотерапевтом; 2) послаблення напруження на початковій стадії, яке базується на здатності пацієнта/клієнта обговорювати свою проблему з людиною, від якої він сподівається отримати допомогу; 3) пізнавальне навчання за рахунок інформації, що надходить від психотерапевта; 4) оперативна модифікація поведінки пацієнта/клієнта, за рахунок схвалення чи осуду з боку психотерапевта і неодноразового корекційного емоційного досвіду у стосунках із психотерапевтом; 5) набуття соціальних навичок на запропонованій моделі психотерапевта; 6) внутрішнє переконання, явне або приховане; 7) засвоєння або тренування більш адекватних способів поведінки за умови емоційної підтримки з боку психотерапевта.

Для практичного застосування певних *методів психотерапії* має значення їх класифікація на основі поставлених цілей. Таку класифікацію запропонував дослідник Л. Волберг, який виділив три типи методів психотерапії: *підтримуюча* – спрямована на зміцнення і підтримку захисних сил у хворого, які він вже має, а також на вироблення у нього нових, кращих способів поведінки, які дозволяють відновити душевну рівновагу; *перенавчаюча* – спрямована змінити поведінку хворого шляхом підтримки і схвалення позитивних форм його поведінки і несхвалення негативних. В результаті пацієнт повинен навчитися краще використовувати власні можливості і здібності, проте не ставиться ціль по-справжньому вирішити неусвідомлювані ним конфлікти; *реконструктивна* – допомагає пацієнту усвідомити внутрішні конфлікти, що виступили джерелом особистісних розладів, істотно змінити необхідні риси характеру і відновити повноцінне функціонування особистості.

У клінічній практиці розрізняють такі методи психотерапії як *симптомо-центровані, особистісно-центровані, соціоцентровані*. Останнім часом розроблена велика кількість методів, в яких терапевтичним чинником являються мистецтво і природа.

Ці методи психотерапії, базуються на: спілкуванні з літературою і мистецтвом – музикотерапія, бібліотерапія; творчій діяльності – імаготерапія, арттерапія, пісочна терапія; лікувальному впливі природи - натурпсихотерапія. Різноманітність методів психотерапії, існуючих психотерапевтичних підходів не стільки відрізняються щодо єдиного об'єкту – людської особистості, скільки концентрують свою увагу на різних її аспектах і проблемах. Це і обумовлює відмінність в методах психотерапії і безлічі підходів до їх класифікації.

## **2.Вимоги до особистості психотерапевта. Модель ефективного психотерапевта за В. Карікашем.**

Ефективний психотерапевт – це професіонал, який володіє належними знаннями, вміннями і навичками, необхідними для роботи з клієнтом, а також відповідними особистісними характеристиками.

До них належать:

- *автентичність* – якоюсь мірою узагальнює багато властивостей особистості. Насамперед, це вираження щирості стосовно клієнта. Аутентична людина жадає бути і є сама собою як у своїх безпосередніх реакціях, так і в поведінці в цілому. Вона дозволяє собі не знати усі відповіді на життєві питання. Якщо психотерапевт виконує роль тільки технічного експерта, відмежовуючись від власних особистих реакцій, цінностей, почуттів, консультування буде стерильним, а його ефективність – сумнівною;

- *відкритість власному досвіду*. Ефективний консультант не повинен витісняти будь-які почуття, у тому числі й негативні. Тільки в такому випадку можна успішно контролювати свою поведінку, оскільки витіснені почуття стають ірраціональним джерелом неконтрольованої поведінки. Психотерапевт здатен сприяти позитивним змінам клієнта, тільки коли виявляє терпимість до всієї розмаїтості чужих і своїх емоційних реакцій;

- *розвиток самопізнання*. Обмежене самопізнання означає обмеження волі, а глибоке самопізнання збільшує можливість вибору в житті. Чим більше консультант знає про себе, тим краще зрозуміє своїх клієнтів, і навпаки – чим більше консультант пізнає своїх клієнтів, тим глибше розуміє себе. Дуже важливо реалістично ставитися до себе;

- *сила особистості й ідентичність*. Психотерапевт повинен знати, хто він такий, ким може стати, чого хоче від життя і що для нього важливо. Як у професійній роботі, так і в особистому житті йому не слід бути простим відображенням надій інших людей, він повинен діяти, керуючись у тому числі власною внутрішньою позицією. Це дозволить йому почуватися сильним у міжособистісних стосунках;

- *толерантність до невизначеності*. Однією з передумов становлення особистості є відкритість до нового досвіду, готовність до зустрічі з ним. У



зв'язку з цим терапевту необхідна впевненість у собі в ситуаціях невизначеності. Такі ситуації часто складають «тканину» консультування. Адже ми ніколи не знаємо, з яким клієнтом і проблемою зіштовхнемося, які доведеться ухвалювати рішення. Впевненість у своїй інтуїції й адекватності почуттів, переконаність у правильності прийнятих рішень і здатність ризикувати – усі ці якості допомагають долати напругу, створювану невизначеністю при частій взаємодії з клієнтами;

– *прийняття особистої відповідальності*. Оскільки багато психотерапевтичних ситуацій виникає під контролем консультанта, він повинен нести відповідальність за свої дії в цих ситуаціях. Розуміння своєї відповідальності дозволяє вільно і свідомо здійснювати вибір у будь-який момент консультування – погоджуватися з доводами клієнта чи вступати в продуктивне протистояння. Особиста відповідальність допомагає більш конструктивно сприймати критику. У таких випадках критика не викликає механізмів психологічного захисту, а служить корисним зворотним зв'язком, що поліпшує ефективність діяльності і навіть організацію життя;

– *глибина стосунків з іншими людьми*. Психотерапевт зобов'язаний оцінювати людей – їхні почуття, погляди, своєрідні риси особистості, але робити це без осуду і наклеювання ярликів. Він повинен бути здатен на вільне вираження своїх почуттів перед іншими людьми, у тому числі й перед клієнтами, що, безумовно, сприятиме налагодженню між ними якісних психотерапевтичних стосунків;

– *постановка реалістичних цілей*. Зазвичай успіх спонукає ставити перед собою великі цілі, а невдача, навпаки, – опустити нижче планку домагань. Іноді цей механізм самозахисту порушується, і тоді занадто велика мета буде заздалегідь приречена на невдачу чи прагнення до незначної мети не принесе ніякого задоволення.

Отже, психотерапевт повинен розуміти обмеженість своїх можливостей, позаяк він не в змозі допомогти всім клієнтам вирішити їхні проблеми. Краще відмовитися від нереального прагнення стати бездоганним. Якщо ми допускаємо власну обмеженість, то уникаємо непотрібної напруги і почуття провини. Тоді стосунки з клієнтами стають більш глибокими і реалістичними. Правильна оцінка власних можливостей дозволяє ставити перед собою досяжні цілі. Узагальнивши практичний досвід та теоретичні напрацювання в царині психотерапії, В. Карікаш зобразив модель ефективного психотерапевта (консультанта) у формі зірки, всередині якої знаходиться особистість як ключовий інструмент психотерапевтичного впливу. На променях зірки зображені інші 5 необхідних компонентів, а саме: теорія, практика, техніки, професійна спільнота та творчість. Таким чином, їхнє стематичне вдосконалення сприятиме професійному та особистісному.

### **3. Етичні основи і принципи психотерапії**

Узагальнення терії та практики дає підстави виділити такі етичні принципи психотерапії:

1) *конфіденційність* – передбачає збереження в таємниці інформації, що повідомляється клієнтом, а також анонімність його відвідування терапевта для сторонніх осіб. Не варто говорити також про зміст роботи і батькам, навіть якщо вони є ініціаторами звернення дитини за допомогою. Про обмеження конфіденційності варто попереджувати клієнта на початку роботи. Так, якщо клієнт повідомив терапевтові інформацію про можливу небезпеку для свого життя, здоров'я, благополуччя чи життя інших людей, то психотерапевт повинен вжити заходів для її уникнення. З клієнтом також обговорюється можливість консультуватися з супервізорами та публікувати результати роботи в наукових виданнях;

2) *відповідальність та дотримання професійних рамок і границь*. Психотерапевт приймає на себе відповідальність за власну професійну компетентність, організацію і процес психотерапії, тоді як клієнт бере на себе відповідальність за її результат. Терапевт турбується про клієнта, про межі власної професійної компетенції. Недопустимими є сексуальні стосунки з клієнтом, відносини субординації, консультації близьких родичів тощо. Терапевт також зобов'язаний надати клієнту документи, що засвідчують його освіту і кваліфікацію у певній галузі психотерапії; інформувати клієнта про можливі альтернативні методи терапії чи медикаментозного лікування, які перебувають за межею компетентності терапевта; обговорити можливі причини переривання процесу терапії;

3) *ставлення до клієнта*, яке повинно базуватися на прийнятті його таким, яким він є. Тільки в такому разі він стає здатним сам прийняти себе. Терапевт не повинен насаджувати клієнтові свої думки, уявлення про світ, шляхи вирішення його проблем. Він повинен сприяти його особистісному зростанню, допомогти йому самостійно ухвалювати рішення.

#### **4. Нормативні документи, що регламентують діяльність психотерапевтів в Україні.**

До нормативних документів, які регламентують діяльність психотерапевтів в Україні, належать Етичний Кодекс Української Спілки психотерапевтів, а також закони України «Про психіатричну допомогу» та «Про соціальні послуги». В останніх поряд із термінами «психіатр» та «соціальний працівник» можна зустріти такі, як «психолог» та «інші фахівці», під якими професіонали часто можуть розпізнати функції, права та обов'язки, притаманні психотерапевтам.

До основоположних принципів роботи психотерапевта, що пронизують усі три документи, належать:

- конфіденційність – закріплена в пункті 4 Етичного кодексу УСП, статті 6 ЗУ «Про психіатричну допомогу» та статтях 10 і 11 ЗУ «Про соціальні послуги»;
- дотримання прав клієнта та надання йому об'єктивної і правдивої інформації – пункти 5 і 6 ЕК УСП, статті 6 і 25 ЗУ «Про психіатричну допомогу» та статті 10 і 11 ЗУ «Про соціальні послуги». Крім цього, існує ще

багато спільних позицій, які, проте, не так легко виділити в окремих статтях і пунктах та чітко провести паралелі між ними. Однак, наприклад, ЗУ «Про соціальні послуги» дає право, а ЕК УСП зобов'язує в разі потреби терапевту співпрацювати з колегами по фаху та спеціалістами із суміжних галузей: психіатрами, соціальними працівниками, педагогами тощо.

Важливим елементом є також удосконалення професійної майстерності та здобуття спеціальної кваліфікації для роботи психотерапевтом у тому чи іншому напрямі, сфері.

Співпраця психотерапевтів (ми використовуємо це слово замість неконкретного виразу «інших фахівців» в ЗУ) з психіатрами може полягати у спільному обстеженні та лікуванні клієнтів (чи пацієнтів), поєднанні психотерапевтичних та психіатричних форм роботи, психологічному супроводі тощо. Згідно із ЗУ «Про психіатричну допомогу» «психологи» також беруть участь у роботі спеціальних комісій, які займаються поміщенням, переведенням та виписуванням особи з психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання. Співпраця терапевтів та психіатрів також відіграє позитивну роль для всебічного вивчення та лікування (терапії) клієнтів із межовими станами та навіть із психотичними розладами.

ЗУ «Про соціальні послуги» одним із видів соціальних послуг визначає психологічні послуги – «надання консультацій з питань психічного здоров'я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості, з метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад». Таким чином, психотерапевт може реалізовувати себе в соціальній сфері, працюючи з людьми, що потрапили у складні життєві обставини, зазнали жорстокого поводження тощо.

## **Тема 2. Стратегія, зміст та складові психотерапевтичного процесу. Інформаційно-довідковий блок.**

**1. Терапевтичний альянс, психологічний контракт.** *Терапевтичний альянс* (франц. alliance, від allier – з'єднувати) – раціональне об'єднання зусиль аналітика і пацієнта/клієнта у спільній цілеспрямованій роботі в терапевтичному процесі щодо того, яку саме проблему буде розв'язано в процесі терапії і який результат за спільною згодою можна вважати задовільним. Формуванню міцного терапевтичного альянсу сприяють доброзичлива увага до подробиць життя клієнта, професійне аналітичне вислуховування, інтелектуальна досконалість інтерпретаційних технік.

*Психологічний контракт* – це система домовленостей про особливості перебігу процесу психологічної допомоги (консультування, тренінгу, супервізії). Автором ідеї психотерапевтичного контракту вважають Е. Берна. Контракт у транзактному аналізі укладається завжди з усіх трьох его-станів. Его-стан Внутрішнього Батька (цінності й правила, засвоєні від батьківських

постатей і суспільства), его-стан Дорослого (усвідомленість «тут і зараз») та его-стан Внутрішньої Дитини (емоційний досвід).

*Динамічна модель взаємодії в системі «психотерапевт-клієнт»* – процес психологічної допомоги за рахунок якості стосунків «психотерапевт-клієнт», коли останній переживає їх як унікальний міжособистісний досвід, як посправжньому допомагаючі стосунки. У психоаналітичній парадигмі виокремлюють дві основні складові психотерапевтичних стосунків: 1) терапевтичний (робочий) альянс, 2) перенесення (трансфер). *Запит клієнта* – добровільне (за власним бажанням, із власної ініціативи) звернення клієнта до спеціаліста із проханням допомогти йому вирішити певну психологічну проблему.

## 2. Функції та загальна структура психологічного контракту

| Функції психологічного контракту | Структурні розділи психологічного контракту                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ІНФОРМАТИВНА                     | Реквізити та загальні положення: прізвище, ім'я, по батькові, освіта, ліцензія та сертифікати, теоретична база та прізвище, ім'я, по батькові, вік, освіта, посада клієнта, предмет роботи.                                                |
| ЕТИЧНО-ПРАВОВА                   | Права, обов'язки, відповідальність сторін: конфіденційність, рівень особистісної відкритості, делегування відповідальності тощо. Межі компетентності психолога: у чому психолог є компетентним та що виходить за межі його компетентності. |
| ОРГАНІЗАЦІЙНА                    | Оплата праці та графік роботи: оплата послуг психолога, місце зустрічей; необхідний матеріал для роботи; графік та тривалість зустрічей тощо.                                                                                              |
| ТЕРАПЕВТИЧНА                     | Терапевтична функція представлена в усіх розділах контракту. Це цілі терапії, етапи (терапевтичні плани), відповідальність клієнта й терапевта у процесі психотерапії, можливість співпрацювати з іншими фахівцями.                        |

*Ідентифікація проблеми* (розуміння сутності проблеми клієнта) – це визначення терапевтом реальної проблеми клієнта у процесі збирання анамнезу і активного слухання.

| Теоретична позиція психотерапевта | Ідентифікація проблеми                                                  | Канал доступу до проблем клієнта |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Психоаналітичне спрямування       | проблема як результат витісненого конфлікту, який потребує усвідомлення | вербальні структури              |
| Юнгіанське спрямування            | ідеї індивідуації                                                       | вербальні структури              |
| Гуманістичне спрямування          | проблема як результат недостатньої самоактуалізації клієнта             | емоційні утворення               |
| Біхевіористичне спрямування       | проблема в поганій адаптації                                            | вербальні структури              |

|                             |                                                 |                     |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|
| Екзистенціальне спрямування | проблема як результат фрустрації, пошуки смислу | вербальні структури |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|

*Терапевтичний анамнез* – сукупність додаткових відомостей (які виходять за межі описаних клієнтом ситуацій і переживань і стосуються загального контексту його життя) про виникнення і розвиток конкретних утруднень, про обставини, що спричинили проблему, про життя, сім'ю, роботу, відносини клієнта з іншими людьми, його дитячі спогади тощо.

*Терапевтична гіпотеза* – це припущення щодо характеру і причин труднощів клієнта, які приховуються за особливостями його емоційних реакцій та поведінки. Матеріал для висунення гіпотези: 1) слова; 2) емоції і переживання; 3) акти і вияви поведінки.

*Терапевтичний (психологічний) діагноз* – це результат всебічного і поглибленого аналізу особистості клієнта, спрямованого на розкриття його поведінку, соціальні стосунки тощо.

Три рівні прояснення сутності проблеми клієнта та постановки діагноза (принцип «від зовнішнього до внутрішнього», за Л.С.Виготським):

1-й рівень – рівень симптоматичного, або емпіричного діагнозу – опис, аналіз та кваліфікація симптомів, які безпосередньо спостерігаються;

2-й рівень – рівень етіологічного, або причинного діагнозу – визначення причин, які призвели до негативних переживань і труднощів; на цьому рівні задача терапевта – розкриття «механізму симптомоутворення»;

3-й рівень – рівень типологічного діагнозу – «розкриття певного динамічного процесу», тобто визначення місця проблеми в цілісній картині особистого життя клієнта. Це передбачає процедуру інтерпретації.

*Інтерпретація в консультуванні* – це тлумачення, декодування мови клієнта: смислів, причин, закономірностей виникнення його проблем і труднощів як їх розуміє консультант. У найпростішому розумінні – це висловлена консультативна гіпотеза. Інтерпретація необхідна для пояснення клієнту неконструктивних моментів в його життєвій позиції, а її головна мета – зробити для клієнта «прозорою» сутність його проблеми, стимулювати до її осмислення, активувати до внутрішньої роботи з її розв'язання, до рефлексії й самоінтерпретації.

*Безоцінкове прийняття клієнта* – відмова від оцінювання особистості чи поведінки клієнта в термінах добре/погано і налаштування на прийняття його таким, який він є.

*Інтервізія* (лат. Inter – між, visio – бачення) – групова робота психотерапевтів приблизно рівних за досвідом і статусом, яка працює для створення професійного поля, отримання професійних навичок, обміну досвідом. Інтервізійна група збирається для підтримки професійного рівня, розвитку, навичок психотерапевтів. Кількість людей в інтервізійній групі може бути від 5 до 15 осіб. Зустрічі відбуваються на постійній основі в один і той самий час. Тривалість зустрічі – 1,5-2 години.

*Супервізія* (лат. Super – над, зверху, visio – бачення) – робота психотерапевта під наглядом більш досвідченого колеги – супервізора, який має більший професійний досвід; є сертифікованим для проведення супервізії, здатен вчасно відзначити відхилення від терапевтичного плану або неправильні

дії психотерапевта. *Супервізор* – здатен визначити, чи це є особистим процесом психотерапевта (частиною його травмувальної історії, на яку він реагує), чи процесом клієнта.

*Професійна спрямованість* – розвиток уміння надавати психотерапевтичну допомогу в рамках окремих підходів, вміння обирати техніки для психотерапевтичної допомоги.

### **Тема 3. Стратегія, зміст та складові психотерапевтичного процесу. Навчально-дослідницький блок.**

#### **1. Вербальні та невербальні засоби терапевтичного процесу**

Це ключові елементи, що формують ефективну комунікацію між терапевтом і клієнтом.

##### **1. Вербальні засоби терапевтичного процесу**

Вербальні засоби — це те, що ми вимовляємо вголос, і те, як ми це робимо. Вони є основою для розуміння клієнта, побудови довіри та спрямування терапевтичного діалогу.

*Відкриті та закриті запитання.* Запитання — це основний інструмент для збору інформації та стимулювання роздумів клієнта.

*Відкриті запитання.* Призначення: Заохочують клієнта до розгорнутих відповідей, детального опису своїх думок, почуттів, переживань, досвіду. Вони не обмежують відповідь "так" або "ні".

*Ефект у терапії:*

- Стимулюють глибоке самодослідження та рефлексію.
- Допомагають розкрити ширший контекст проблеми.
- Сприяють відчуттю, що клієнта дійсно слухають і ним цікавляться.
- Забезпечують терапевта багатшою інформацією.
- Дозволяють клієнту відчувати більшу автономію у розповіді.

*Закриті запитання.* Призначення: Зазвичай вимагають короткої, конкретної відповіді, часто "так" або "ні", або вибору з декількох варіантів.

*Ефект у терапії:*

- Використовуються для уточнення фактів, перевірки гіпотез, отримання конкретної інформації.
- Можуть бути корисними на початку сесії для збору анамнезу або наприкінці для підведення підсумків.
- Зменшують тривогу у клієнтів, яким важко висловлюватися розгорнуто.

*Недолік:* Зловживання закритими запитаннями може перетворити терапевтичний діалог на допит, що перешкоджає відкритості та глибині.

*Види слухання та говоріння.* Слухання — це активний процес, що передбачає не лише сприйняття слів, а й розуміння їхнього значення, емоційного підтексту та невербальних сигналів.

*Пасивне (рефлексивне) слухання:* Суть: Терапевт повністю зосереджений на клієнті, дозволяючи йому вільно висловлюватися, не перебиваючи та не оцінюючи. Це створює відчуття безпеки та прийняття.

*Прийоми:* Невеликі заохочувальні кивки, підтримуючі звуки ("угу", "ага"), мінімальні вербальні вставки ("продовжуйте", "я слухаю").

*Мета:* Дозволити клієнту "виговоритися", структурувати свої думки, відчуття, що його чують.

*Активне слухання:* *Суть:* Терапевт не лише чує, але й демонструє своє розуміння та залученість, використовуючи різні вербальні техніки для уточнення, узагальнення та рефлексії почуттів.

*Прийоми:* *Перефразування* (парафраз): Передача своїми словами суті сказаного клієнтом. Приклад: "Тобто, ви відчуваєте, що вас не розуміють?"

*Резюмування:* Узагальнення основних ідей та почуттів, висловлених клієнтом протягом певного відрізка часу. Приклад: "Отже, ми обговорили ваші труднощі на роботі, відчуття втоми та бажання змін."

*Рефлексія почуттів:* Відображення емоцій, які терапевт помічає у словах чи невербальних проявах клієнта. Приклад: "Здається, ця ситуація викликає у вас велике розчарування." *Уточнення:* Прохання надати більше деталей або роз'яснити щось незрозуміле. Приклад: "Що саме ви маєте на увазі під 'розгубленістю'?"

*Мета:* Показати клієнту, що його не тільки чують, але й розуміють, допомогти йому глибше усвідомити свої думки та почуття, перевірити точність розуміння.

*Говоріння* — це використання вербальних висловлювань терапевтом для досягнення терапевтичних цілей.

*Інтервенції (інтерпретації, конфронтації, пояснення):*

*Інтерпретація:* Терапевт пропонує клієнту нове бачення його ситуації, виходячи з теоретичних знань або глибинного аналізу. Це допомагає клієнту осмислити несвідомі мотиви або взаємозв'язки.

*Конфронтація:* М'яке, неагресивне вказування клієнту на невідповідності у його словах, почуттях, поведінці або між вербальними та невербальними проявами.

*Пояснення/Інформація:* Надання клієнту нової інформації, що може допомогти йому краще зрозуміти себе або свою проблему.

*Підтримка та заохочення:* *Суть:* Вираження емпатії, розуміння та визнання сильних сторін клієнта. *Прийоми:* "Я розумію, як це складно", "Це дуже мужньо з вашого боку", "Ви добре справляєтеся". *Мета:* Зміцнити терапевтичний альянс, підвищити самооцінку клієнта, мотивувати його до подальшої роботи.

*Структурування сесії:* *Суть:* Вербальне окреслення рамок сесії: її початку, середини та кінця; встановлення правил; орієнтація на тему. *Мета:* Забезпечити передбачуваність, безпеку та ефективність процесу.

## **2. Основні види невербальних проявів у терапії.**

Невербальні засоби комунікації передають величезну кількість інформації, часто неусвідомлено, і можуть підтверджувати, спростовувати або доповнювати вербальні повідомлення. Терапевт повинен бути дуже уважним до них, як у себе, так і у клієнта.

*Позиція «обличчям до обличчя».* *Суть:* Фізичне розташування терапевта та клієнта, при якому вони сидять один навпроти одного, дозволяючи бачити вирази обличчя та жести. *Значення:* Сприяє прямому візуальному контакту, який є

фундаментальним для відчуття зв'язку та довіри. Створює відчуття рівності та відкритості, на відміну від позиції поруч, що може бути менш інтимною, або позиції під кутом, що може зменшити прямий контакт.

*Відкрита поза. Суть:* Уникнення схрещування рук, ніг, тримання предметів перед собою. Руки розслаблені, долоні можуть бути злегка відкритими або просто вільно лежати. *Значення:* Сигналізує про відкритість, доступність, готовність до спілкування, відсутність захисту. Закрита поза (схрещені руки/ноги) може вказувати на захист, опір, дискомфорт або незгоду. Терапевт, демонструючи відкриту позу, запрошує клієнта до такої ж відкритості.

*Міміка та пантоміміка. Міміка:* Вираз обличчя, рухи м'язів обличчя. *Значення:* Відображає емоції (радість, сум, злість, здивування, страх, огида), зацікавленість, розуміння, сумнів. Терапевт використовує міміку, щоб демонструвати емпатію, розуміння, прийняття. *Пантоміміка:* Жести, пози тіла, рухи всього тіла. *Значення:* Передає ставлення, настрій, рівень енергії, внутрішній стан.

*Візуальний контакт. Суть:* Спрямований погляд в очі або на обличчя співрозмовника. *Значення:* Для терапевта: Підтримує зв'язок, демонструє увагу, зацікавленість, чесність. Допмагає "читати" емоції клієнта. Важливо підтримувати адекватний візуальний контакт — не надто інтенсивний, щоб не викликати дискомфорту, і не надто рідкісний, щоб не створювати враження відстороненості. Для клієнта: Може вказувати на довіру або її відсутність, напругу, сором. Деякі клієнти уникають прямого візуального контакту через дискомфорт або внутрішні конфлікти.

*Кивання головою. Суть:* Невеликі, ритмічні рухи головою. *Значення:* Є універсальним невербальним сигналом згоди, розуміння, заохочення, активного слухання. Для терапевта це простий, але ефективний спосіб показати клієнту, що його чують, розуміють і заохочують продовжувати. Це може зменшити відчуття самотності у клієнта і спонукати його до подальшої розповіді.

*Інтонація і темп мови. Інтонація:* Мелодика мови, зміна висоти голосу. *Значення:* Передає емоційний стан, ставлення, виділяє важливі моменти. Теплий, спокійний, підтримуючий тон голосу терапевта створює відчуття безпеки. Зміни в інтонації клієнта можуть сигналізувати про зміну емоційного стану, збудження або пригнічення. *Темп мови:* Швидкість, з якою людина говорить. *Значення:* Повільний темп може вказувати на обдуманість, смуток, депресію; швидкий — на тривогу, збудження, манію. Терапевт може адаптувати свій темп до темпу клієнта, щоб створити відчуття синхронності та кращого розуміння. Занадто швидкий темп терапевта може пригнічувати клієнта, а надто повільний — дратувати або здаватися байдужим. *Паузи. Суть:* Мовчання, перерви в мові. *Значення:* У терапевта: Свідоме використання пауз дозволяє клієнту обдумати сказане, відчути свої емоції, зібратися з думками, знайти потрібні слова. Пауза після важливого запитання або інтервенції дає клієнту простір для рефлексії. Це також показує терпіння та прийняття. У клієнта: Паузи можуть свідчити про пошук слів, роздуми, внутрішній опір, біль, сором, згадування травматичного досвіду, здивування. Уміння терапевта витримувати паузи є критично важливим,



адже саме в мовчанні часто відбуваються важливі інсайти. Переривання паузи може позбавити клієнта можливості дійти до важливих висновків самостійно.

Ефективне використання як вербальних, так і невербальних засобів у терапевтичному процесі є мистецтвом, що вимагає від психолога постійного навчання, саморефлексії та практики. Вони взаємодоповнюють одне одного, створюючи цілісну картину взаємодії та сприяючи успішному терапевтичному результату.

## **2. Особливості взаємодії психотерапевт-клієнт із урахуванням існуючих відмінностей у сучасних теоретичних підходах.**

Особливості взаємодії психотерапевт-клієнт у різних підходах та цілі первинного інтерв'ю це критично важливі аспекти для ефективної психотерапевтичної практики.

Взаємодія між психотерапевтом і клієнтом є серцем будь-якого терапевтичного процесу. Однак її характер, роль терапевта та клієнта, а також фокус стосунків значно відрізняються залежно від теоретичного підходу. Розгляньмо основні особливості.

**Психодинамічний/Психоаналітичний підхід.** Основний фокус: Дослідження несвідомих конфліктів, дитячих травм, механізмів захисту та впливу минулого досвіду на сьогодення. Ключовим поняттям є перенесення (трансфер) — неусвідомлене перенесення клієнтом на терапевта почуттів і реакцій, які він відчував до значущих фігур зі свого минулого.

**Роль терапевта:** Нейтральна, "відображуюча поверхня": Терапевт прагне бути максимально нейтральним, щоб клієнт міг вільно "проекувати" на нього свої внутрішні об'єкти та конфлікти. **Аналітична позиція:** Основна задача — інтерпретувати перенесення, опір, сновидіння, вільні асоціації клієнта, допомагаючи йому усвідомити несвідомі патерни. **"Анонімність":** Терапевт зазвичай розкриває мінімум інформації про себе, щоб не спотворювати перенесення клієнта.

**Роль клієнта:** Говорити все, що приходить в голову (вільні асоціації), не цензуруючи свої думки, почуття та образи. Активно досліджувати свій внутрішній світ.

**Характер взаємодії:** Асиметричний, терапевт є експертом, який допомагає розшифрувати несвідоме клієнта. Взаємини є "лабораторією" для дослідження минулих стосунків клієнта.

**Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ).** Основний фокус: Виявлення та зміна дисфункціональних думок (когніцій) та поведінкових патернів, які підтримують проблеми клієнта. Сфокусований на теперішньому часі та конкретних проблемах. **Роль терапевта:** Активна та директивна: Терапевт є активним співробітником, вчителем, тренером, який навчає клієнта новим навичкам та стратегіям подолання. **Експерт з методів:** Пропонує конкретні техніки (наприклад, когнітивна реструктуризація, поведінкові експерименти, експозиція). **Співпраця:** Стосунки будуються на співробітництві (collaboration empiricism), де терапевт і клієнт разом формують гіпотези та перевіряють їх.

*Роль клієнта:* Активно виконувати домашні завдання, експериментувати з новими думками та поведінкою, активно брати участь у процесі зміни. *Характер взаємодії:* Співпраця, спільне вирішення проблем. Відносини є інструментом для навчання та практики.

**Гуманістичні підходи (Клієнтоцентрована терапія Роджерса, Гештальт-терапія).** *Основний фокус:* Розкриття внутрішнього потенціалу клієнта, його самоактуалізація, особистісне зростання. Акцент на теперішньому моменті ("тут і зараз"), переживанні почуттів та досвіду.

*Роль терапевта (за Роджерсом):*

- Фасилітатор зростання: Створює умови для самодослідження клієнта.
- Справжність (конгруентність): Терапевт є щирим і прозорим у своїх переживаннях.
- Безумовне позитивне прийняття: Повне прийняття клієнта таким, яким він є, без оцінки.
- Емпатійне розуміння: Глибоке розуміння внутрішнього світу клієнта з його точки зору.
- Недирективність: Терапевт не дає порад, а допомагає клієнту знайти власні рішення.

*Роль терапевта (у Гештальт-терапії):* Активна та конфронтуюча (в межах підтримки): Терапевт спонукає клієнта до усвідомлення своїх почуттів і тілесних відчуттів "тут і зараз", експериментує з поведінкою. "Я-Ти" стосунки: Підкреслюється автентична зустріч двох особистостей.

*Роль клієнта:* Досліджувати свої почуття та переживання, брати на себе відповідальність за свій вибір, бути відкритим до нового досвіду. *Характер взаємодії:* Рівноправні, автентичні, засновані на довірі та прийнятті. Терапевтичні стосунки самі по собі є інструментом зцілення.

**Системна сімейна терапія.** *Основний фокус:* Розгляд індивідуальної проблеми як симптому дисфункції сімейної системи. Робота зі взаємодіями, патернами спілкування та ролями в сім'ї.

*Роль терапевта.* "Оглядач" системи: Спостерігає за динамікою взаємодії між членами сім'ї.

- Нейтральність/Багатосторонність: Прагне зберігати нейтральність по відношенню до кожного члена сім'ї.
- Каталізатор змін у системі: Втручається, щоб змінити деструктивні патерни взаємодії.
- "Хореограф": Може пропонувати певні вправи або завдання для зміни сімейної динаміки.

*Роль клієнта (сім'ї):* Кожен член сім'ї бере участь у процесі, висловлює свою точку зору, працює над зміною спільних патернів поведінки. *Характер взаємодії:* Терапевт взаємодіє не лише з індивідом, а з цілою системою. Стосунки складніші, оскільки включають динаміку кількох людей.

**Інтегративний підхід.** *Суть:* Поєднує елементи з різних терапевтичних шкіл, адаптуючи їх до індивідуальних потреб клієнта.

*Роль терапевта:* Гнучка, що змінюється залежно від етапу терапії та потреб клієнта. Може бути як директивною, так і недирективною. *Характер взаємодії:* Багатогранний, адаптивний.

Хоча всі підходи прагнуть допомогти клієнту, вони по-різному визначають, що є основою проблеми, як відбувається зміна і яка роль кожного учасника у цьому процесі. Усвідомлення цих відмінностей дозволяє терапевту ефективніше працювати в обраному підході та, при інтегративному підході, гнучко адаптувати стратегії.

**Цілі первинного психотерапевтичного інтерв'ю. Особливості контакту консультанта з клієнтом.** Первинне інтерв'ю (або перша зустріч) є фундаментальним етапом у психотерапевтичному процесі. Це не просто збір інформації, а створення основи для подальшої роботи.

*Цілі первинного психотерапевтичного інтерв'ю.* Встановлення рапорту та формування довіри. *Мета:* Створити атмосферу безпеки, прийняття та довіри, щоб клієнт відчув себе комфортно і готовим ділитися особистою інформацією. Без цього подальша ефективна робота неможлива. *Як досягається:* Активне слухання, емпатія, невербальна підтримка, доброзичлива атмосфера.

*Збір первинної інформації (діагностика).* *Мета:* Отримати загальне уявлення про проблему клієнта, його історію, контекст життя, симптоми, очікування від терапії. *Як досягається:* Відкриті та закриті запитання про причини звернення, історію проблеми, сімейний анамнез, соціальне функціонування, попередній досвід терапії/лікування.

*З'ясування запиту та формулювання цілей:* *Мета:* Допомогти клієнту чітко сформулювати, чого він хоче досягти за допомогою терапії. Часто клієнти приходять з розмитим запитом, і завдання терапевта — допомогти його конкретизувати. *Як досягається:* Запитання на кшталт: "Чого б ви хотіли досягти в результаті нашої роботи?", "Як ви зрозумієте, що терапія була успішною?", "Як зміниться ваше життя, коли проблема вирішиться?".

*Оцінка ризиків та безпеки.* *Мета:* Визначити наявність суїцидальних думок, самопошкоджуючої поведінки, ризику насильства (щодо себе чи інших), гострого психотичного стану. Це є пріоритетом. *Як досягається:* Прямі, але делікатні запитання про ці ризики, спостереження за поведінкою та емоційним станом.

*Психоосвіта та нормалізація.* *Мета:* Надати клієнту базову інформацію про його стан (якщо це доречно), пояснити, що його переживання можуть бути нормальною реакцією на складні обставини, зменшити відчуття стигми. *Як досягається:* Пояснення механізмів тривоги, депресії, стресу.

*Представлення інформації про терапевтичний процес (психологічний контракт).* *Мета:* Пояснити клієнту, як працює терапія, що від нього очікується, які є межі конфіденційності, вартість, тривалість сесій, політика скасування. *Як досягається:* Чітке проговорення цих умов, відповіді на запитання клієнта. Це основа для терапевтичного альянсу.

*Визначення відповідності запиту можливостям терапевта/підходу.* *Мета:* Зрозуміти, чи відповідає проблема клієнта компетенції терапевта та можливостям обраного терапевтичного підходу. Якщо ні, здійснити реферування

(направлення до іншого спеціаліста). *Як досягається*: Аналіз зібраної інформації та власних можливостей.

*Особливості контакту консультанта з клієнтом.* Контакт — це динамічний процес взаємодії, що виникає між терапевтом і клієнтом. Він є основою для побудови терапевтичного альянсу (або робочого альянсу), що вважається одним з найважливіших предикторів успішної терапії, незалежно від школи. *Емпатія. Суть*: Здатність терапевта точно і глибоко розуміти почуття, думки та досвід клієнта так, ніби він сам є клієнтом, але без втрати власної ідентичності. Це не співчуття, а саме розуміння зсередини. *Прояв*: Активне слухання, рефлексія почуттів, демонстрація вербального та невербального розуміння.

*Безумовне позитивне прийняття (неоцінююче ставлення).* Суть: Повне прийняття клієнта таким, яким він є, без осуду, критики чи оцінки його думок, почуттів, поведінки. Це створює відчуття безпеки та свободи бути собою. *Прояв*: Відсутність негативної міміки, тону, висловлювань; зосередженість на розумінні, а не на моралізуванні.

*Конгруентність (автентичність, справжність).* Суть: Співпадіння внутрішніх переживань терапевта з його зовнішніми проявами. Терапевт є справжнім, а не грає роль. Це не означає, що терапевт повинен "вивалювати" всі свої емоції, а радше, що він усвідомлює їх і його реакції не є штучними. *Прояв*: Щирість, відкритість у межах професійних кордонів, послідовність у поведінці.

*Наявність терапевтичного альянсу (робочого союзу).* Суть: Спільна робота терапевта та клієнта над досягненням узгоджених цілей. Він включає: *Згода щодо цілей*: Обидві сторони розуміють, до чого вони прагнуть. *Згода щодо завдань*: Обидві сторони погоджуються з тим, як вони будуть досягати цілей. *Якість емоційного зв'язку*: Наявність довіри, взаєморозуміння, симпатії. *Прояв*: Клієнт відчуває, що його розуміють і підтримують; він відчуває, що терапевт є компетентним і прагне йому допомогти. Терапевт і клієнт працюють як команда.

*Встановлення та дотримання кордонів.* Суть: Чітке визначення та дотримання професійних рамок (час, місце, оплата, конфіденційність, заборона подвійних стосунків). *Прояв*: Терапевт послідовно дотримується встановлених правил, що створює відчуття передбачуваності та безпеки для клієнта.

*Увага до невербальних сигналів.* Суть: Терапевт не лише слухає слова клієнта, але й спостерігає за його позою, жестами, мімікою, інтонацією, що дає додаткову інформацію про його внутрішній стан. Терапевт також свідомо використовує власні невербальні сигнали для підтримки контакту. *Прояв*: Візуальний контакт, відкрита поза, кивки, відповідна міміка.

Пам'ятайте, що контакт — це не статична величина, він розвивається протягом усього терапевтичного процесу. Навіть у довготривалій терапії можуть виникати моменти порушення контакту, і здатність терапевта їх помітити та відновити є показником його професіоналізму.

## **Тема 4. Основні форми роботи психотерапевта.**

### **1. Процес психотерапевтичної взаємодії. Індивідуальна та групова психотерапія, довготермінова психотерапія**

*Психотерапевтична взаємодія* — це серцевина терапії, динамічний, цілеспрямований діалог і стосунки між терапевтом і клієнтом (чи групою), спрямовані на досягнення змін у психічному стані, поведінці та житті клієнта. Вона не є звичайним спілкуванням; це професійно організована взаємодія з чіткими цілями, кордонами та ролями.

*Ключові елементи процесу. Терапевтичний альянс:* взаємна довіра, повага, співпраця та згода щодо цілей і завдань терапії. Це фундамент, без якого ефективна робота неможлива. *Комунікація:* як вербальна (слова, їх зміст, тон), так і невербальна (міміка, жести, поза, візуальний контакт). Терапевт уважно слухає, спостерігає, інтерпретує та відповідає. *Емпатія, прийняття, конгруентність:* базові умови, які створює терапевт для клієнта, сприяючи його відкритості та самодослідженню. *Рефлексія та інсайт:* допомога клієнту усвідомити свої думки, почуття, поведінкові патерни, зрозуміти причини проблем. *Зміна:* застосування нових стратегій мислення, емоційного реагування та поведінки, інтеграція нового досвіду. *Етичні рамки:* Дотримання конфіденційності, професійних меж, уникнення подвійних стосунків.

***Індивідуальна психотерапія.*** Це найпоширеніша форма, де терапевт працює один-на-один з клієнтом. *Переваги.*

- Глибина: Дозволяє максимально зосередитися на унікальних потребах, історії та внутрішньому світі одного клієнта.
- Конфіденційність: Високий рівень конфіденційності, що дозволяє обговорювати дуже особисті та делікатні теми.
- Гнучкість: Можливість адаптувати темп і методи під індивідуальні особливості клієнта.
- Інтенсивність: Вся увага терапевта сфокусована на одному клієнті, що може прискорити процес змін.

*Недоліки:*

- Вища вартість: Зазвичай дорожче, ніж групова терапія.
- Відсутність групової динаміки: Немає можливості отримати зворотний зв'язок від інших людей, які переживають схожі проблеми.
- Ізоляція: Клієнт може відчувати себе самотнім у своїх проблемах.

*Показання:* Широкий спектр психічних розладів (депресія, тривожні розлади, ПТСР), особистісні проблеми, кризові стани, бажання особистісного зростання.

***Групова психотерапія.*** Форма терапії, де один або два терапевти працюють з групою клієнтів (зазвичай 6-12 осіб), які мають схожі проблеми або цілі. *Переваги:*

- Універсальність: Відчуття, що "я не один такий", зменшує почуття ізоляції та сорому.
- Взаємодопомога: Члени групи надають підтримку, зворотний зв'язок, діляться досвідом та стратегіями подолання.
- Соціальне навчання: Група є мікрокосмом суспільства, дозволяючи відпрацьовувати соціальні навички, вирішувати конфлікти в безпечному середовищі.
- Економія: Зазвичай дешевше, ніж індивідуальна терапія.
- Різні перспективи: Можливість побачити свою проблему з різних сторін.

*Недоліки:*

- Менша конфіденційність: Хоча правила конфіденційності існують, вона менша, ніж в індивідуальній терапії.
- Менша індивідуальна увага: Терапевт ділить свою увагу між усіма учасниками.
- Ризик дискомфорту: Деякі люди можуть відчувати незручність ділитися в групі.
- Складність управління: Терапевту потрібно вміти керувати груповою динамікою.

*Показання:* Фобії, панічні атаки, залежності, проблеми соціальної адаптації, проблеми в стосунках, хронічні захворювання, горювання.

**Довготермінова психотерапія.** Терапевтичний процес, який триває від кількох місяців до кількох років, часто з регулярністю 1-2 рази на тиждень. *Мета:* Глибоке дослідження коренів проблеми, зміна глибинних особистісних структур, патернів мислення та поведінки, що формувалися роками.

*Особливості:*

- Часто застосовується у психодинамічних, гуманістичних та деяких системних підходах.
- Передбачає роботу з перенесенням та контрперенесенням.
- Спрямована на стійкі та глибокі зміни, а не лише на симптоматичне полегшення.
- Вимагає значної мотивації та відданості з боку клієнта.

*Показання:* Особистісні розлади, хронічні депресії, травми розвитку, глибокі міжособистісні проблеми, пошук сенсу життя, бажання глибокого самопізнання.

## **2. Парна психотерапія (терапія для пар)**

*Парна психотерапія* (або терапія для пар, сімейна терапія для подружжя) — це форма психотерапії, де терапевт працює з двома партнерами (наприклад, чоловіком та дружиною, партнерами, які перебувають у романтичних стосунках), які мають труднощі у своїх взаєминах. На відміну від індивідуальної, де фокус на окремій особистості, тут фокус на динаміці стосунків. *Мета:* Покращити комунікацію, вирішити конфлікти, відновити довіру, зміцнити емоційний зв'язок, допомогти парі пройти через кризові періоди (зрада, народження дітей, втрати, зміна ролей), або мирно розійтися, якщо це необхідно.

*Особливості:*

- Терапевт виступає як нейтральний фасилітатор, який допомагає кожному партнеру висловитися та бути почутим.
- Вивчаються патерни взаємодії, які підтримують проблеми (наприклад, звинувачення, уникнення, "мовчанка", агресія).
- Часто використовуються техніки, спрямовані на покращення слухання, вираження потреб, вирішення проблем.
- Може включати роботу з індивідуальними проблемами, які впливають на стосунки.

*Показання:* Часті сварки, нерозуміння, проблеми з довірою, сексуальні дисфункції, подружня зрада, проблеми з вихованням дітей, конфлікти через фінанси, різниця в цінностях, кризові періоди в стосунках, рішення про розлучення.

### **3. Дитяча та підліткова психотерапія**

Це спеціалізовані форми психотерапії, адаптовані до вікових особливостей дітей та підлітків.

**Дитяча психотерапія.** *Мета:* Допомогти дітям подолати емоційні, поведінкові або розвиткові труднощі, які впливають на їхнє функціонування вдома, у школі чи з однолітками.

*Особливості:*

- Ігротерапія: Основний метод для молодших дітей. Гра є природною мовою дитини, через яку вона висловлює свої почуття, переживання, страхи та конфлікти. Терапевт спостерігає та інтерпретує гру.

- Малювання, пісочна терапія, ліплення: Невербальні методи, що дозволяють дитині виразити те, що важко сказати словами.

- Робота з батьками: Обов'язкова частина, оскільки середовище дитини (особливо сім'я) є ключовим. Терапевт часто консультує батьків щодо виховних стратегій, сімейної динаміки, підтримки дитини.

- Короткі сесії: Зазвичай коротші, ніж для дорослих (30-45 хвилин).

*Показання:* Проблеми поведінки (агресія, опозиційна поведінка), тривожні розлади (сепараційна тривога, фобії), депресія, травматичні переживання, проблеми в школі, розлади розвитку (РДУГ, розлади спектру аутизму), реакції на розлучення батьків або інші сімейні зміни.

**Підліткова психотерапія.** *Мета:* Допомогти підліткам впоратися з викликами пубертатного періоду, ідентичності, стосунків з однолітками та батьками, самооцінки, академічних труднощів, психічних розладів.

*Особливості:*

- Баланс між довірою та конфіденційністю: Важливо встановити довіру з підлітком, забезпечивши конфіденційність, але при цьому враховувати участь батьків (особливо у випадках ризику).

- Повага до автономії: Підлітки прагнуть незалежності, і терапевт поважає це, заохочуючи самостійне прийняття рішень.

- Різноманіття методів: Можуть використовуватись як вербальні методи (як з дорослими), так і творчі, ігрові (але більш адаптовані для цього віку).

- Фокус на актуальних проблемах: Стосунки з однолітками, соціальні мережі, школа, тиск групи, ідентичність, перші романтичні стосунки, питання залежностей.

*Показання:* Депресія, тривожні розлади, розлади харчової поведінки, самопошкоджуюча поведінка, проблеми з самооцінкою, булінг, конфлікти з батьками/однолітками, пошук ідентичності, академічні труднощі, вживання психоактивних речовин.

### **4. Спеціальні методи групової психотерапії**

Окрім загальної групової динаміки, існують специфічні методи, які використовуються в груповій терапії.

*Психодрама. Суть:* Метод, де учасники групи розігрують реальні життєві ситуації, минулі травми, майбутні очікування або фантазії. Це дозволяє досліджувати ролі, почуття, конфлікти "тут і зараз". *Елементи:* Головний герой (той, чия історія розігрується), дублери (представляють його внутрішні голоси), допоміжні "Я" (інші учасники, що грають ролі значущих осіб), режисер (терапевт). *Мета:* Емоційне відреагування, отримання інсайтів, відпрацювання нових моделей поведінки.

*Соціометрія. Суть:* Метод дослідження міжособистісних відносин у групі. Дозволяє виявити симпатії, антипатії, лідерів, ізольованих членів, "зірок" та "відкинутих". *Застосування:* Використовується для розуміння групової динаміки та іноді для формування терапевтичних груп.

*Сімейні розстановки (за Хеллінгером). Суть:* Терапевтичний метод, де учасники групи "розставляють" інших учасників як представників членів своєї родини, відображаючи несвідомі динаміки та лояльності у своїй сімейній системі.

*Мета:* Виявити приховані "заплутування" у сімейній системі, звільнитися від неконструктивних патернів, знайти нове місце в системі, відновити потік любові та порядку.

*Дискусійний метод:* Хоча ефективний для багатьох, наукова база методу викликає дискусії у психологічній спільноті.

*Балінт-групи. Суть:* Групи для лікарів (або інших фахівців допомагаючих професій), де обговорюються складні випадки взаємодії з пацієнтами. Фокус не на діагнозі, а на емоціях та стосунках, які виникають між лікарем та пацієнтом.

*Мета:* Допомогти фахівцям краще розуміти себе та пацієнтів, запобігати професійному вигоранню, покращити емпатію та комунікативні навички.

## **5. Підтримуюча психотерапія: її мета і показання для застосування**

*Підтримуюча психотерапія* — це форма психотерапії, основною метою якої є зміцнення адаптивних механізмів особистості, полегшення симптомів, підтримка функціонування та запобігання рецидивам, а не глибока реструктуризація особистості чи вирішення несвідомих конфліктів. Вона може бути довготривалою. *Мета:* Зменшення страждань:

- Полегшення симптомів (тривоги, депресії, стресу).
- Підтримка адаптації: Допомога клієнту впоратися з поточними життєвими труднощами.
- Зміцнення самооцінки: Підтримка віри клієнта у власні сили та здатності.
- Запобігання рецидивам: Розробка стратегій для попередження повернення симптомів.
- Психосвіта: Надання інформації про стан клієнта, стратегії подолання.
- Емоційна підтримка: Забезпечення безпечного простору, де клієнт може висловити свої почуття без осуду.



*Основні прийоми:* Активне слухання, емпатія, заохочення, нормалізація переживань, поради (обмежено), допомога у вирішенні поточних проблем, встановлення реалістичних цілей, фокус на сильних сторонах клієнта.

*Показання для застосування:*

- Хронічні психічні захворювання: Шизофренія, біполярний афективний розлад (у стадії ремісії або стабілізації), тяжкі депресії, де прицільна робота над інсайтом може бути надмірним навантаженням.
- Кризові стани: Гострий стрес, горювання, втрата близьких, що потребують швидкої емоційної стабілізації.
- Важкі життєві обставини: Хронічні захворювання, інвалідність, догляд за хворими родичами, соціальні труднощі, де потрібно підтримувати поточне функціонування.
- Обмежені ресурси клієнта: Низька мотивація до глибоких змін, обмежені когнітивні можливості, низький рівень інтелекту.
- Як частина комплексного лікування: Часто застосовується разом з медикаментозною терапією.

## **6. Онлайн-психотерапія.**

*Онлайн-психотерапія (телетерапія, віддалена психотерапія)* — це надання психотерапевтичних послуг за допомогою сучасних комунікаційних технологій, таких як відеоконференції (Zoom, Skype), телефонні дзвінки, чати або електронна пошта.

*Переваги:*

- Доступність: Можливість отримати допомогу для людей, що проживають у віддалених районах, мають обмежену мобільність, фізичні обмеження, або перебувають за кордоном (наприклад, українці під час війни).
- Гнучкість: Зручніший розклад, економія часу на дорогу.
- Комфорт: Можливість перебувати у звичному та безпечному для себе середовищі (вдома).
- Зниження стигми: Для деяких людей звернення онлайн може бути менш стигматизуючим, ніж візит до кабінету.
- Продовження терапії: Можливість продовжувати терапію під час подорожей або переїздів.

*Недоліки:*

- Технічні проблеми: Проблеми зі зв'язком, якістю відео/аудіо.
- Відсутність невербальних сигналів: Важче помічати дрібні невербальні нюанси (особливо при аудіо або чат-терапії).
- Проблеми з кризами: У випадку гострих кризових станів (наприклад, суїцидальних намірів) може бути складніше надати негайну допомогу або забезпечити безпеку.
- Конфіденційність: Потреба у забезпеченні безпечних платформ для комунікації.
- Дистанція: Деяким клієнтам та терапевтам може бракувати безпосереднього "живого" контакту.

– Законодавчі та етичні аспекти: Питання ліцензування, юрисдикції, етичних норм при роботі з клієнтами з інших країн.

*Показання:* Широкий спектр психічних розладів та проблем, подібних до тих, що вирішуються в очній терапії, за умови відсутності гострих психотичних станів або високого суїцидального ризику. Особливо актуальна для підтримуючої терапії, роботи з тривогою, депресією, стресом, адаптаційними труднощами.

*Вимоги до терапевта:* Досвід роботи онлайн, знання особливостей онлайн-комунікації, володіння технічними засобами, дотримання етичних норм і правил безпеки даних.

## **Тема 5. Етичні принципи психотерапевта. Основні скарги клієнта.**

### **1. Етичні принципи психотерапевта.**

В системі регуляції діяльності професіонала важливу роль відіграють етичні принципи. Вони закріплюють права, відповідальність, тип відносин учасників психотерапевтичного процесу.

У ряді країн світу існують етичні кодекси психолога, що визначають діяльність професіонала. В нашій країні наразі немає досить авторитетного співтовариства, яке б виконувало такі функції. У своїй книзі “Основи психотерапії” Л. Ф. Бурлачук, І. А. Грабська, О. С. Кочарян, вказують на те, що права клієнтів, які звернулися за допомогою не захищені законодавчо та повністю відсутня судова практика розгляду справ про порушення прав обох учасників психотерапевтичного процесу.

**1. Відповідальність.** Психотерапевт бере на себе відповідальність за організацію, хід і результат психотерапії. Його робота повинна враховувати інтереси клієнта. Важливо правильно розуміти ці інтереси. Наприклад, клієнт може розвивати позитивний трансфер і потребувати турботу та розраду від оточуючих. Якщо трансфер не пророблюється і консультант не розуміє справжньої природи почуттів та потреб клієнта, тоді важко очікувати просування в психотерапії. В такому випадку клієнт отримуватиме лише часткове задоволення своїх інфантильних потреб. Або інша ситуація: клієнт чинить опір мовчанню або, імітуванням роботи. Тоді психотерапевтична фрустрація відповідатиме правилу абстиненції і виявиться адекватною та обґрунтованою.

Спеціального розгляду вимагає **когнітивна відповідальність**. Під цією нормою розуміється те, що психотерапевт відповідає за свої знання і розуміє межі своєї компетентності. Наприклад, встановлення точного психіатричного діагнозу та корекційна робота на його основі вимагають участі психіатра. Будучи фахівцем в певній області, психотерапевт повинен здійснювати кваліфіковані дії на основі професійної підготовки, а не свавілля. Це не суперечить творчому підходу, пошуку.

Проте не вся відповідальність за вирішення проблеми покладається на психотерапевта. Із самого початку клієнт повинен розуміти, що його просування буде залежати насамперед від нього, і

цей складний шлях він повинен пройти сам, спираючись на знання, досвід і підтримку психотерапевта.

**2. Конфіденційність** є другим важливим принципом роботи психотерапевта. Дотримання інтересів клієнта вимагає збереження в таємниці всього, що відбувається під час психотерапевтичного сеансу. При цьому варто враховувати позицію і статус психотерапевта в системі професійної комунікації. Він не повинен надавати інформацію про клієнта будь-якій посадовій особі. Не слід говорити про зміст роботи із батьками, навіть якщо вони були ініціаторами звернення дитини за допомогою.

У той же час конфіденційність має свої межі, і про них варто попередити клієнта на початку роботи. Якщо клієнт повідомляє будь-яку інформацію про можливу небезпеку для свого життя, здоров'я, благополуччя або життя інших людей, то психотерапевт повинен застосувати необхідні заходи задля запобігання цієї небезпеки. А це може призвести до втручання інших осіб і розголошення інформації. Про можливості обговорення проблеми клієнта з колегами, насамперед із **супервізором**, повідомляється на початковій стадії роботи. Особливого розгляду вимагає дотримання конфіденційності у роботі в групі. Психотерапевт відповідає за формування таких групових норм, які могли б створити атмосферу довіри, коли те, що відбувається в групі не виходить за її межі.

**3. Наступне положення пов'язане з доброзичливим та безоцінним ставленням до клієнта.** Воно повинне базуватися на прийнятті клієнта таким, яким він є. Тоді він здатний прийняти себе. Парадоксальність цієї ситуації полягає в тому, що лише прийнявши себе, людина здатна змінитися. Позиція психотерапевта полягає не в оцінюванні гріхів, не у виправданні клієнта, не в наданні порад, а в допомозі в особистісному зростанні. При цьому за клієнтом залишається право вибору темпу психотерапії.

**4. Під час своєї професійної діяльності психотерапевт повинен дотримуватися принципу орієнтації на норми і цінності клієнта.** Ефективність психотерапевтичного впливу збільшується, коли процес психотерапії базується на системі цінностей самого клієнта, критичне ж ставлення психотерапевта може призвести до того, що, прийшовши на прийом, людина замкнеться, не зможе бути щирою і відкритою, а, отже, і можливості психотерапевтичного впливу виявляться практично нереалізованими.

**5. Ще одним важливим принципом є відмова психотерапевта від порад.** Підстави для використання даного принципу є різноманітними і достатніми. До того ж, даючи раду, психотерапевт цілком бере на себе відповідальність за те, що відбувається, а це, в свою чергу, не сприяє розвитку особистості клієнта та його адекватного ставлення до дійсності. Сформовані переконання психотерапевта служать орієнтиром у роботі, на них базуються техніки. Головне, до чого має прагнути психотерапевт – щоб клієнт сам приймав на себе відповідальність за свої потреби і поведінку.

**6. Розмежування особистих і професійних стосунків.** Існує чимало дуже досвідчених і професійних терапевтів, які потрапляють в пастку, переходячи з клієнтами на дружні стосунки або, намагаючись надавати професійну допомогу своїм друзям та найближчим родичам. Цей шлях приховує у собі чималу

небезпеку і не лише тому, що будь-які рекомендації та одкровення з близькими людьми легко знецінюються. Дотримуючись принципу розмежування особистих і професійних стосунків із клієнтами психотерапевту слід розмежовувати два найважливіших поняття, які використовуються в психотерапії: **“перенесення”** – схильність клієнта переносити і проектувати на психолога свої стосунки із значимими людьми, основні проблеми і конфлікти і **“контрперенесення”** – схильність психолога проектувати свої стосунки зі значимими людьми і основні внутрішні проблеми і конфлікти на стосунки з клієнтом.

**7. Залучення клієнта до процесу консультування.** Для того, щоб процес консультування був ефективним, клієнт, під час прийому, повинен почувати себе максимально залученим до бесіди, яскраво та емоційно переживати все, що обговорюється з психотерапевтом. Для забезпечення такого залучення, психотерапевту потрібно стежити за тим, щоб розвиток розмови був для клієнта логічним і зрозумілим, а також щоб клієнт не просто “слухав” фахівця, а йому дійсно було цікаво.

Дотримання психотерапевтом загальних принципів психологічної допомоги, які поширюються як на сферу психотерапії так і на сферу консультування, є необхідною умовою успішності психотерапевтичної діяльності.

## 2. Основні скарги клієнта.

Первинне представлення клієнтом проблеми можна визначити як **скаргу**. Для подальшої роботи із клієнтом психотерапевту необхідно виділити запит, який дозволяє визначити перспективи подальшої роботи. Наведемо найбільш типові форми скарг, хоча виділення цих типів є досить умовним.

**Незрозуміла скарга** – може виникнути, з одного боку, із-за обережності і недовіри клієнта до терапевта, та, з іншого, клієнт сам для себе ще не сформулював проблему, і незрозуміла скарга – це її формулювання при першій зустрічі із терапевтом.

*Завдання психотерапевта:*

– можна попросити у клієнта уточнити проблему або надати додаткову інформацію. Хоча така реакція психотерапевта може налякати клієнта, якщо він сприйме це як грубий тиск на нього. Якщо ж “незрозуміла” скарга є наслідком того, що клієнт тільки конструює проблему, то зазначена вище реакція психотерапевта може бути дуже корисною для клієнта.

– тому наступним із можливих видів роботи з незрозумілою скаргою є просте повторення того, що сказав клієнт, так званий режим психотерапевтичного дзеркала. Отже, при *незрозумілій скарзі*, потрібно: 1) *заохочувати (фасилітувати) входження клієнта в емоційний процес*; 2) *надати клієнту можливість самому розгорнути власні смисли і зміст проблеми*.

**Нерозумна скарга** – це вид захисної раціоналізації, зрив якої – не найкраща реакція психотерапевта. У випадку нерозумної (дурної) скарги психотерапевт начебто зіштовхується із “сліпим” клієнтом і перед ним постає питання: А чи потрібно розкривати очі клієнту?

*Завдання психотерапевта:*

– як в індивідуальній і груповій психотерапії у випадку таких скарг можна використовувати техніку метафор, яка добре себе зарекомендувала і дозволяє, по-перше, ніби з боку, подивитися на власну ситуацію і, по-друге, з іронією віднести до своєї проблеми. У цій ситуації пом'якшуються механізми захисту.

**Складена скарга** – це один з різновидів незрозумілої скарги, що нагадує “дитячу книгу складанку” де кожна із проблемних ситуацій, представлена клієнтом, є окремою темою для обговорення. Акцентуація на одній із тем є малоефективною.

*Завдання психотерапевта:*

– рефлексивне відображення того, що говорить клієнт (техніки повтору, узагальнення, парафразування і т.д.);

– “почути”, на яку частину складеної скарги клієнт емоційно відгукується, і відреагувати саме на неї;

– відреагувати на емоційний стан клієнта, ніби упускаючи зміст проблеми (техніка емпатійної відповіді).

**Складна скарга** – коли клієнт приходить не з однією, а з багатьма взаємодоповнюючими скаргами, які накладаються одна на одну та заважають “нормальному” функціонуванню. Складна скарга прощупує терапевта першою скаргою. І лише потім, повіривши йому, дає свою істинну, таємну проблему.

*Завдання психотерапевта:*

– не слід відразу реагувати, допомагати і глибоко, з головою, поринати в першу запропоновану клієнтом проблему;

– важливо вислухати, що насправді говорить клієнт, що це означає, що він насправді переживає.

**Скарга із прихованим змістом.** Суть такої скарги полягає в неспівпадінні явного і прихованого змістів.

*Завдання психотерапевта:*

– коли прихований зміст слабо усвідомлюється клієнтом, то терапевту не варто відразу відкривати клієнту його справжню проблему, потрібно враховувати те, чи хоче сам клієнт про це говорити, чи довіряє він терапевту;

– психотерапевт реагує на пережиту клієнтом емоцію, а не на вербально виражений зміст скарги. Така реакція психотерапевта – запрошення для клієнта увійти у власні переживання.

**Хитра скарга.** Цей вид скарги має прихований зміст. При цьому явний зміст скарги має на меті “заплутати” психотерапевта і досягнути свого.

**Скарга на іншого.** Наприклад: “Мені дуже важко... (жінка плаче) на роботі... Я не можу знайти спільну мову із директором. Він дуже важка і нерозумна людина, робота його зовсім не цікавить...” Тут клієнтом є директор, так як клієнт ще не має готовності до змін. Такий вид скарги є досить важким випадком для психотерапії.

*Завдання психотерапевта:*

— дати зрозуміти клієнтові, що психотерапевтичний процес здійснюється лише з тією людиною, яка включена в процес терапії, а не знаходиться за його межами.

Отже, розуміти і визначити тип скарги дуже важливо. Як правило, сам запит вже міститься у скарзі. Однак цей запит може бути не експлікований, не чітко визначений. Тому варто провести особливу роботу з виявлення запиту клієнта і його усвідомлення клієнтом. Психотерапевту важливо допомогти клієнту кваліфікувати запит, визначити особливості психотерапевтичної допомоги.

## **Тема 6. Основні напрями в психотерапії. Психодинамічний (Психоаналітичний) Напрямок.**

### **1. Психоаналіз З. Фрейда**

Зігмунд Фрейд – творець напрямку, який став відомим під іменем глибинної психології і психоаналізу. *Психоаналіз* із методу лікування перетворюється в загальнопсихологічне вчення про особистість та її розвиток. Центральним поняттям про причини порушення в поведінці і емоційному житті клієнта є поняття *конфлікту*. Усі психокорекційні і психотерапевтичні методи спрямовані на вирішення цих конфліктів.

Головною задачею психолога є доведення до свідомості клієнта конфліктної ситуації, яка пов'язана з неприйнятливістю для нього неусвідомлених потягів. Саме усвідомлення наявності неусвідомлених потягів, імпульсів і самої конфліктної ситуації і є основним шляхом вирішення цих конфліктів.

*Корекційна робота психоаналітика проводиться в двох основних напрямках:*

- Робота з клієнтом над усвідомленням неусвідомленого і прийняття клієнтом ефективної і реалістичної інтерпретації.
- Робота з клієнтом по підсиленню його “Его” для побудови реалістичної поведінки.

*Психотерапевтичний процес у психоаналізі включає такі процедури:*

- конфронтацію;
- кларифікацію (прояснення);
- інсайт (від англ. insight – прозріння);
- інтерпретацію;
- проробку.

*Конфронтація* використовується для того, щоб показати клієнту, що він чогось боїться, уникає, для виділення того психологічного феномену, який повинен стати предметом аналізу. *Кларифікація* полягає в чіткому фокусуванні значущих деталей. *Інсайт* – це вид пізнання, який призводить до негайного розв'язання або до нового розуміння проблеми. *Інтерпретація* передбачає перетворення неусвідомлених деталей в усвідомлені. *Проробка* включає комплекс процедур і процесів, які необхідно здійснити після інсайту (миттєвого прозріння). Це трудомістка і довготривала частина психоаналітичної роботи, так

як вимагає багато зусиль для переборювання опірності, яка стає на шляху перетворення особистості.

*Психотехніки. Психоаналіз включає в себе п'ять базисних технік:*

- Метод вільних асоціацій.
- Тлумачення сновидінь.
- Інтерпретація.
- Аналіз опірності.
- Аналіз перенесення.

1. *Метод вільних асоціацій* полягає в тому, що психолог-аналітик пропонує клієнту висловлювати будь-які думки, які з'являються у клієнта і відображають його переживання, якими б абсурдними і помилковими вони не здавалися.

2. *Тлумачення сновидінь* клієнта передбачає розкриття прихованого змісту сновидінь і спонукання клієнта до висловлювань вільних асоціацій, які пов'язані з цими сновидіннями і з метою допомогти клієнту усвідомити реальні події минулого і теперішнього, які викликали появу тих чи інших картин сновидінь.

3. *Інтерпретація* являє собою роз'яснення незрозумілого або захованого для клієнта значення деяких аспектів його переживань і поведінки. При цьому неусвідомлені феномени стають усвідомленими.

4. *Аналіз опірності* передбачає забезпечення усвідомлення клієнтом своїх "Его"-захисних механізмів і застосовування необхідної конфронтації по відношенню до них, враховуючи, що саме "Его" є головною перешкодою усвідомлення особистісних проблем. Суттєвим моментом в аналізі опірності є не переборювання "Его" (тому що психологічний захист необхідний), а усвідомлення захисту як психологічного механізму, який сліпо діє там, де захисна функція його вже не потрібна.

5. *Аналіз перенесення.* У психоаналізі перенесення є обов'язковим атрибутом психотерапії і заохочується спеціальною позицією аналітика (невтручання, відстороненість, закритість і ін.). Смісл аналізу перенесення полягає у виявленні істинних психоемоційних основ, зафіксованих форм поведінки, інтерпретації їх для допомоги в їх переробці і ліквідації.

У психодинамічній терапії детально досліджені різні феномени, що виникають у ході психоаналізу. У рамках теоретичної моделі описано структуру особистості, етапи її розвитку, розглянуто типові проблеми пацієнтів, пояснюються численні психологічні факти, проаналізовано труднощі, які виникають у психоаналізі, досліджено механізми терапевтичного впливу, представлені техніки. Поняття трансферу, опору, захисних механізмів, вперше описаних в психоаналізі, дають можливість розуміти та оптимальним чином організовувати терапевтичний процес. Важливим досягненням сформульованим основоположником психоаналізу З. Фрейдом, є розуміння вирішального впливу на розвиток особистості раннього дитинства, стосунків дитини з близькими, які характерні для цього періоду.

## **2. Карл Юнг: Аналітична психологія і психотерапія**

**Основні положення вчення Юнга.** За К. Юнгом, фокус інтересів кожного індивіду може бути звернено переважно до свого внутрішнього „Я” або до

зовнішнього світу. Перший тип людей він назвав – *інтровертами*, другий – *екстравертами*. Інтроверти найперше цікавляться власними думками свого внутрішнього світу. Екстраверти зайняті переважно зовнішнім світом, вони легше встановлюють соціальні зв'язки і краще усвідомлюють, що відбуваються навколо них.

К. Юнг виділив чотири основні психічні функції: мислення, почуття, відчуття, інтуїцію. Мислення і почуття є альтернативними способу формування суджень і прийняття рішень. У мислительного типу яскравіше проявляється здатність до узагальнення, абстрагування, логічних побудов. Мислительні типи – це здібні складачі планів, які часто опиняються у полоні своїх проєктів.

Почуттєві типи дають перевагу емоціям у вирішенні проблем. Мислення і почуття, за К. Юнгом, є способами прийняття рішень. Відчуття, інтуїція – способи отримання інформації. Відчуття базується на конкретних фактах, на тому, що можна побачити, почути, доторкнутися. Інтуїція – спосіб обробки інформації переважно на підсвідомому рівні. Індивіди, у яких домінують відчуття, більш адекватно реагують на конкретну ситуацію. Інтуїтивний тип більш довіряє власному досвіду. Гармонійна оцінка зовнішнього і внутрішнього світу можлива при гармонійному поєднанні всіх 4-х психічних функцій.

За переконанням К. Юнга, психіка дитини при народженні містить у собі певні структури (архетипи), які в подальшому впливають на розвиток дитини, на формування його Я і його взаємодію з зовнішнім середовищем. Архетипи – складають основу колективного підсвідомого. Архетипи – це форма без власного змісту, відбиток яких організовує і спрямовує життєві процеси. Архетипів багато, так як це узагальнений досвід предків. Головний архетип – це архетип матері, батька, архетип – Я. Архетип матері – визначає не тільки реальний образ матері, а й збірний образ жінки реальної або міфічної (Венера, Діва Марія). Це може бути і негативний образ (баба Яга, Відьма). Архетип батька визначає загальне відношення до чоловіків (Батько, Бог) та інше.

**Структура особистості за К. Юнгом.** Він виділив такі елементи, або шари в структурі особистості: персону, Его, тінь, Аніму (у чоловіків), Анімус (у жінок) і самость.

*Персона (особистість)* – самий верхній шар свідомості особистості; Его більш глибокий шар свідомого особистості. Нижче цих шарів виступає підсвідоме, спочатку індивідуальне підсвідоме, потім колективне. Самий верхній шар підсвідомого це *Тінь – двійник Его*. Наступний шар – *душа (Аніма і Анімус)*. Самий нижчий шар, об'єктивне “Я” – *самость*. *Персона* – це візитна картка „Я”. Це манера говорити, мислити, одягатися. Це характер, соціальна роль, здатність самовиражатись у суспільстві. За К. Юнгом, це “архетип конформності”.

*Его* - центр свідомості і тому відіграє основну роль у творчому житті. Его створює відчуття усвідомленості наших думок і дій. Одночасно Его знаходиться на межі з підсвідомим і відповідає за зв'язок (злиття) свідомого і підсвідомого. При порушенні цього зв'язку виникає невроз.

*Тінь* – центр підсвідомого особистості. Сюди входять: бажання, тенденції, переживання, які заперечуються індивідом як несумісні з існуючими соціальними стандартами, поняттями про ідеали та інше. Тінь – це не тільки



зворотнє відображення Его, але і джерело інстинктів, творчості, життєвої енергії. Тінь проникає своїм корінням у колективне підсвідоме і може дати доступ індивідууму (і аналітику) до матеріалу, який звичайно недоступний Его і персоні.

*Аніма і Анімус* – це уявлення про себе як про чоловіка або жінку, витіснене у підсвідоме як небажане для даного індивіда. Аніма (у чоловіків) має звичайно феміністичний, а Анімус (у жінок) маскуліністичний зміст. Аніма і Анімус – стародавні архетипи. Вони орієнтовані своїм вістрям до глибинного підсвідомого так, як персону до зовнішнього середовища, і здійснюють великий вплив на поведінку індивіда.

*Самість* – архетип цілісності особистості. Самість, за К. Юнгом, означає всю особистість. Вся особистість людини не піддається опису, тому що її підсвідоме не може бути описано. Самість об'єднує свідоме і підсвідоме, вона є центром цілісності Я, як Его є центром свідомості.

***Індивідуація і аналітична психотерапія.*** Здатність людини до самопізнання і саморозвитку, злиття свідомого і підсвідомого К. Юнг назвав *індивідуація*. *Перший етап індивідуації – це аналіз персони.* Персона виконує заборонені функції, одночасно вона є маскою, яка приховує самість. Зовнішні прояви особистості (ім'я, титул, посада, персональна машина) ще не є її суттю.

*Другий етап – усвідомлення тіні.* Коли ми визнаємо її реальність, то ми можемо звільнитися від її впливу. Крім того, усвідомлення особистого підсвідомого – шлях до ліквідації неврозів.

*Третій етап – зустріч з Анімою і Анімусом.* Сам К. Юнг відноситься до цього архетипу як до реальної істоти, яка знаходиться в нашій душі.

*Четвертий етап – аналіз самості.* *Самість* – це наші життєві цілі, тому що це найповніше вираження того доленосного поєднання, яке ми називаємо самостою.

У процесі індивідуації свідомість розширюється і “комплекси” із підсвідомого переводяться в свідомість. За З. Фрейдом, комплекс – це витіснене у підсвідомість афективно забарвлене сексуальне уявлення. К. Юнг вважав, що комплекси не завжди мають сексуальний зміст.

К. Юнг, як і А. Адлер, основне значення надає не минулому людини, не його реальному дитинству, а сьогоденним ситуаціям і життєвим проблемам. Основною задачею психотерапевта є встановлення контактів свідомого особистості з його особистісним і колективним підсвідомим.

***Стадії аналітичної психотерапії.*** Весь процес лікування К. Юнг умовно поділив на дві стадії: *аналітичну і синтетичну*. Аналітична стадія поділяється на два етапи: *признання і тлумачення*.

*Лікування* починається зі збору матеріалу. Пацієнт розповідає про своє життя, переживання, сновидіння. Лікар спрямовує розповідь пацієнта, стараючись зробити її повнішою і відвертішою. Уже в процесі признання відбувається часткове усвідомлення свого підсвідомого.

*Наступний етап – тлумачення зібраного матеріалу.* Важливе значення К. Юнг надавав сновидінням і символам. Як матеріал для аналізу, К. Юнг також використовував і інші прояви підсвідомого пацієнта: малюнки, танці, скульптури та інше.

У другій стадії лікування, *синтетичній*, так як і в першій виділяють два етапи: *научіння і трансформації*. К. Юнг вважав що прозріння і розуміння – це тільки перша половина лікування. За нею слідує не менш важлива і важка – *научіння*. Результатом цього етапу лікування повинно відбутись формування у пацієнта не тільки нового розуміння себе і оточуючого світу, але й нових звичок, стереотипів поведінки і реагування.

На кінцевому етапі лікування залежність пацієнта від лікаря повинна бути зведена до мінімуму. Центр важкості переноситься (трансформується) на самого пацієнта, на процес самонаучіння і самовдосконалення.

*Аналітична психологія* є однієї із самих потужних і оригінальних шкіл сучасної психотерапії. К. Г. Юнг працював із проблемами того рівня і характеру, що не вирішувалися іншими напрямками. Сенс життя, гармонійне існування – такі орієнтири аналітичної психології. Цей психотерапевтичний напрям чітко окреслив спектр проблем, особливості роботи, контингент клієнтів.

### **3. Альфред Адлер: індивідуальна психологія і психотерапія**

*Індивідуальна психотерапія* є такою організаційною формою, у якій, в якості основного інструменту лікувальної дії виступає психотерапевт, а психотерапевтичний процес протікає в діаді лікар – пацієнт. В організаційному аспекті індивідуальна психотерапія розглядається як альтернатива груповій (де інструментом лікувальної дії виступає і психотерапевтична група), колективній і сімейній психотерапії. *Індивідуальна психотерапія* проводиться зазвичай одним психотерапевтом, іноді двома (біполярна терапія) або кількома котерапевтами. Часто індивідуальна психотерапія є елементом комплексної терапії у поєднанні з іншими формами психотерапії, фармако-, фізіо- або соціотерапією. У цілому психотерапевтичний процес в руслі індивідуальної психології А. Адлера можна поділити на три основні лінії:

- виявлення травматичного досвіду, що являється основним в розвитку неврозу;
- дослідження фіктивної мети і помилкових перцептивних схем, аналіз рангування кінцевої мети;
- розвиток соціального інтересу.

**І. Виявлення травматичного досвіду.** Коли клієнт входить у психотерапевтичну метафору індивідуальної психотерапії, то психотерапевт говорить йому, що людина створює свої проблеми на основі помилкових знань і цінностей. Це передбачає відповідальність особистості за свої труднощі, за процес змін, тому що помилки можуть виправлятися. За допомогою такого способу, вже на початку терапії, вселяється віра і надія на успіх. При цьому пацієнт повинен відчувати, що до змін він повинен прийти сам.

Багато уваги в *індивідуальній психотерапії* приділяється вивченню проблеми, її феноменології, контексту, в якому вона з'явилася. Важлива роль приділяється аналізу стосунків з батьками та членами родини. Уточнюються труднощі, які переживав пацієнт у дитинстві (страх, труднощі в

знаходженні друзів і т.д.). Питання про хвороби і ставлення до неї дозволяють зрозуміти особливості формування почуття неповноцінності. Терапевт довідується про

страхи, запитуючи в пацієнта, чого він боїться більше всього. Одне із найбільш інформативних питань – це *питання про найбільш ранній спогад*.

В індивідуальній психології розроблена також детальна *схема основних напрямків вивчення дитини*. Схема складається з кількох розділів:

1) за допомогою питань першого розділу з'ясовують, коли і за яких обставин почали виникати проблеми. При дослідженні ситуації, в якій відбувалося формування дитини, психотерапевт звертає увагу хворобам; народженню братів і сестер; життєвим подіям під час навчання в початковій школі; появі нових друзів;

2) питання другого розділу допомагають знайти витoki негативних установок та почуття вищості над людьми, а також зрозуміти, в яких особистісних характеристиках і поведінкових реакціях вони проявляються. Важливо також отримати інформацію про ступінь усвідомлення статевої приналежності пацієнта, його ставлення до протилежної статі;

3) наступний блок питань дозволяє зрозуміти, чи обмежувалася інстинктивна активність дитини і як розвивалося прагнення до вищості. Особливо значиме питання для психотерапевта – чи хотіла дитина командувати дітьми; якщо так, то якими з них: сильнішими чи слабшими;

4) питання четвертого блоку спрямовані на з'ясування особливостей спілкування дитини і розвитку її соціального інтересу;

5) у питаннях п'ятого блоку розвивається і поглиблюється тема четвертого блоку, а саме: з'ясовується інформація про відносини із оточуючими людьми на даний момент; поведінка дитини в школі, чи поспішає вона до школи або ж іде неохоче; чи забуває там речі; наскільки хвилюють її оцінки, які в неї труднощі в школі; чи вважає дитина себе талановитою; чи любить вона читати про подвиги та пригоди і т.д.;

6) інформація про сімейну ситуацію та норми спілкування в родині дає можливість довідатися про позицію дитини, її сприйняття та оцінку цієї позиції. Хвороби, смерті, алкоголізм членів родини розглядаються як важливі фактори формування дитини. З'ясовується, хто піклується про дитину, яким чином проявляється така турбота;

7) зрозуміти ставлення дитини до інших людей можна, з'ясувавши, якою за рахунком вона народилася, чи проявляється дух суперництва в її поведінці, тенденція принижувати інших, насміхатися і т.д.;

8) психотерапевту, який працює в індивідуальному напрямку цікаво дізнатися про дитячі надії та очікування: що думає дитина про своє покликання, чи пов'язане воно з професією батьків; яким вона уявляє собі майбутнє сімейне життя, як цей образ пов'язаний із стосунками батьків;

9) прототиби реалізації прагнення до вищості проявляються в іграх, казках, яким надає перевагу дитина. Психотерапевт, за допомогою питань, отримує інформацію про те, які герої подобаються дитині, чи любить вона фантазувати та мріяти;

10) за допомогою аналізу раннього спогаду, часто повторюваних снів індивідуальний психотерапевт виявляє, коли розпочалося формування тенденції до ізоляції, втрати соціального інтересу, пасивності, панування почуття вищості;

11) якщо дитина хоче привернути до себе увагу, вона може поводитися комічно, по-дитячому, нерозумно. У даному блоці питань психотерапевт прагне довідатися про подібні прояви;

12) індивідуальний психотерапевт з'ясовує наявність фізичних недоліків, оскільки вони істотно впливають на формування почуття неповноцінності. Часто діти або батьки перебільшують такі труднощі. Цікаво, що подібну помилку у вихованні допускають і батьки дуже красивих дітей. Діти, керуючись переконанням, що все в їхньому житті вони повинні отримувати без зусиль – у результаті ростуть безпомічними;

13) вираженням глибинної безпорадності може бути переконання дитини у відсутності в неї здібностей, непридатності дороботи і життя в цілому, думки про самогубство. За допомогою питань даного блоку психотерапевт прагне з'ясувати зв'язок між прагненням до успіху і помилками, намагається визначити ступінь важливості матеріального успіху, вираження люб'язності або навпаки – критичності;

14) для переорієнтації дитини в іншому напрямку психотерапевт знайомиться з її позитивними досягненнями, можливостями, особливостями розвитку психологічних функцій, досвідом у різних сферах.

Перераховані пункти підходять і для роботи з дорослими людьми.

**2. Дослідження фіктивної мети і помилкових апперцептивних схем, аналіз рангування кінцевої мети.** Психотерапевт спрямовує пацієнта на виявлення ним помилкових апперцептивних схем, з яких склалася його непродуктивна життєва мета. При цьому зміни відбуваються не в поверхневому шарі переконань та установок, а в кінцевій меті, у життєвому стилі особистості.

Пильній увазі підлягає спостереження за загальним малюнком поведінки (мімікою, пантомімою) та інтерпретацією її змісту. У позах та рухах відшукуються ключі до розуміння життєвого стилю пацієнта. Під час роботи із мовними повідомленнями, психотерапевт намагається перевести висловлення (опис) у скрипт (звернення). Поступово уточнюючи зміст вербальних і невербальних проявів, психотерапевт формує гіпотези щодо причин неврозу, стверджує або спростовує їх.

В індивідуальній психотерапії відносини психотерапевта і пацієнта розглядаються як лікувальний фактор. Ставлення до пацієнта в індивідуальній психотерапії контрастує з психоаналітичним. Психотерапевт нічого не вимагає, не засуджує пацієнта, а намагається його зрозуміти. Рівність учасників психотерапевтичного процесу відчувається в ідеології підходу, і навіть у просторовому розташуванні його учасників: вони сидять віч-на-віч, не уникаючи зорового контакту.

В індивідуальній психотерапії приділяється багато уваги наданню *психологічної підтримки* пацієнту. *Головний засіб підтримки* – це демонстрація прийняття. Прийняття пацієнта терапевтом дає можливість знизити його почуття неповноцінності, зрозуміти себе та інших у вищій людській цінності. Пацієнт здатен усвідомити не лише свою неповноцінність, недоліки, проблеми, але й свою сутність. Переживання непохитної позитивної основи свого буття, внутрішнього стержня дає силу для зіткнення із “базовими помилками” життєвого стилю особистості.

**3. Розвиток соціального інтересу.** Соціально-психологічний, точніше міжособистісний, аспект людського існування ставився індивідуальною психологією на головне місце. Усі процедури індивідуальної психотерапії спрямовані на *визначення мети і переорієнтацію* пацієнта на соціальний інтерес.

*Переорієнтація* означає зміну в системі цінностей. Однак, це не нав’язування “гарних” цінностей замість “поганих”, а аналіз ціннісних орієнтації з погляду їхньої корисності для пацієнта.

Процес *соціального інтересу* може бути спрямований на:

1. *Субсоціальні об’єкти* – неживі предмети, ситуації або види діяльності (наука, мистецтво і т. д.). Цікавість, що до них проявляється, не пов’язана з власним “Я” індивіда. Здатність до зацікавленості, яка іде зсередини, виступає фундаментом майбутнього вкладу індивіда в розвиток людства.

2. *Соціальні об’єкти* включають все живе. *Соціальний інтерес* тут проявляється як здатність цінувати життя і приймати точку зору інших. При цьому інтерес до власне соціальних об’єктів приходить пізніше, ніж інтерес до субсоціальних об’єктів, тому можна стверджувати про відповідні стадії розвитку соціального інтересу.

3. *Супрасоціальні об’єкти* – це як живі, так і неживі об’єкти. Соціальний інтерес тут означає повний вихід за межі самого себе і єдність зі всією повнотою світу, це космічне відчуття і віддзеркалення спільності всього космосу і “життя в на”, тісний союз з “життям як цілим”. Для діагностики соціального інтересу використовуються опитувальники, шкали спостереження і проєктивні методи.

Як і психоаналіз, *індивідуальна психотерапія* вбачає коріння неврозу в інфантильному досвіді. А. Адлер вважав надзвичайно важливою для подальшого функціонування особистості “*сімейну органічну конституцію*” – типові зразки сімейного реагування. Розумовий процес дитини недосконалий, і вона може формувати помилкові апперцептивні схеми на підставі невірної аналізу своєї поведінки та дій оточуючих. Помилкові апперцептивні схеми функціонують як аксіоми, які підтримують неадекватність поведінки.

Такі когнітивні утворення, що формують специфічні жорсткі і неефективні моделі поведінки, А. Адлер назвав “*базисними помилками*”.

Людина, яка прагне керувати хворобливими переживаннями, відшукує різні способи їх уникнення. Вона вибирає таку форму поведінки, яка б дозволяла їй обійти ситуації, з якими може не впоратись. Формується захисний стиль життя, за якого людина несвідомо обмежує свою активність у визначених сферах

життєдіяльності. Такий стиль створює обхідні шляхи для уникнення потенційно небезпечних з погляду невротика ситуацій.

**Соціальний інтерес** А. Адлер визначив як здатність людини бути поєднаною зі світом людей. Він проявляється у прагненні до взаєморозуміння, співпереживання, співробітництва з людьми, у здатності ідентифікувати себе з групою. *Соціальний інтерес вроджений*, оскільки людина споконвічно включена у систему соціальних зв'язків.

Таким чином, почуття неповноцінності, почуття вищості і, на їхню противагу, соціальний інтерес є основними факторами структури і динаміки особистості. Людина завжди діє для чогось або заради чогось, тому всі її вчинки залежать

від мети. Реалізація мети вимагає формування специфічної *мотиваційно-потребової сфери* та *інструментальних характеристик*, а саме: способів організації досвіду, зразків реагування, моделей прийняття рішень і т.д. Вони утворюють певну цілісність, яку А. Адлер назвав *стилем життя*. *Стиль життя* складається до 4-5 років і визначає шляхи самореалізації людини у майбутньому: основні мотиваційні тенденції, особливості взаємодії з людьми, способи задоволення потреб, вибір професії, дружини, чоловіка.

А. Адлер описав три варіанти стилю життя. *Перший варіант* представляє збіг **прагнення до досконалості та соціального інтересу** і є єдиною адаптованою можливістю існування. *Інший варіант* стилю життя отримав назву **гіперкомпенсації** – це часткове пристосування за рахунок розвитку прагнення до досконалості в одній сфері життєдіяльності. Розвиток цієї сфери завжди більший, ніж потрібно для успішного функціонування. При цьому формується захисний стиль життя, який обмежує інші сфери. *Третій варіант* – **невроз** – неуспішний спосіб компенсації почуття неповноцінності за рахунок розвитку особистості на некорисній стороні життя.

*Психотерапевтичний процес у руслі індивідуальної психотерапії* переслідує наступні *цілі*: 1) стимулювання соціального інтересу; 2) зменшення відчуття неповноцінності і подолання смутку, а також усвідомлення і використання власних ресурсів; 3) зміни в стилі життя особистості, тобто сприйняття, цілей; 4) зміна помилкової мотивації, навіть якщо вона лежить в основі прийнятої поведінки або зміна цінностей; 5) усвідомлення індивідом рівності серед своїх колег і товаришів; 6) допомога у становленні людської істоти, яка робить внесок у загальну справу. При цьому у пацієнта завжди повинна зберігатись можливість вибору: у будь-яких обставинах пацієнт повинен мати абсолютну свободу.

Як і в будь-якому іншому напрямі психотерапії динамічної орієнтації, початковий етап індивідуальної психотерапії за А. Адлером полягає у зборі даних про особистість пацієнта. А. Адлер називав п'ять відносно достовірних джерел:

- 1) ранні дитячі спогади;
- 2) сновидіння і марення;
- 3) порядок народження дитини в сім'ї;
- 4) труднощі дитинства;
- 5) характер екзогенного чинника, що зумовив дане порушення

або хворобу.

Головним засобом роботи психоаналітика є *інтерпретація*.

**Інтерпретація** займає значне місце і в індивідуальній психології. Її зміст не відрізняється від аналогічного в психоаналізі (поведінка, особливості взаємодії з людьми, зокрема з психотерапевтом, мрії, фантазії і т.д.). За допомогою інтерпретації психотерапевт показує пацієнту, як той буде своє життя, на що спрямовує зусилля, чого досягає, яка мета лежать в основі його дій, як працюють помилкові апперцептивні схеми.

**Метод раннього спогаду** є центральним у практиці індивідуальної психотерапії. Перший спогад безпосередньо пов'язаний із стилем життя, в ньому кристалізується кінцева мета і сформовані у дитинстві апперцептивні схеми. Ранній спогад є стимульним матеріалом, який дозволяє розглянути вплив значимої події на формування життєвого стилю.

Репертуар технічних прийомів розширюється за рахунок методів, які базуються на вивченні більш ефективних способів дії і реагування. До числа таких, наприклад, відноситься **техніка натискання кнопки**. Завдяки цій техніці досягається розуміння того, що людина сама керує станом, у її руках знаходиться “кнопка”, що переключає емоції.

**Техніка “Дія як якби”**. Часто зміни у пацієнтові не можуть переступити бар'єр “якби я тільки міг”. Пацієнт міг опиратися, твердючи, що нічого не зміниться від цієї “підробки”. Психотерапевт пропонує йому “приміряти” на себе роль, так як приміряють костюм. Людина залишається такою самою, вдягаючи новий одяг, і все-таки її хода, настрої, а часто і самооцінка, змінюються.

**Історія життя**. Для виконання цього завдання людина повинна вибрати найбільш значні та суттєві частини своєї біографії, поворотні пункти у досягненні життєвої мети. Даний вибір відкриває завісу над життєвою драмою пацієнта, дає можливість зрозуміти його життєвий сценарій і особисту міфологію.

**Аналіз сновидінь**. Сновидіння – крок до реалізації мети, підготовка дій, які надалі проявляються у поведінці. Аналіз сновидінь дозволяє досягнути глибинного рівня особистості, тому і є одним з найчастіше використовуваних методів.

**Негативна практика**. Практика показує, що симптом ув'язнений у невротичному колі: він закріплюється через постійне повторення. А повторення забезпечується тим, що пацієнт подумки його відтворює, думає про нього. Він викликає в пам'яті усі деталі проявів симптому, борючись з ним. Тому, в індивідуальній психотерапії з'явилася ідея припинити боротьбу із симптомом. У логотерапії подібна техніка описана як парадоксальна інтенція.

В *індивідуальній психотерапії* використовуються як вербальні, так і невербальні техніки: рольові ігри, техніка порожнього стільця та ін. Описані підходи і методи роботи дозволяють побачити, що індивідуальна психотерапія

спирається як на традиційну ідею зняття витіснення, так і на нові ідеї: дослідження і дискредитацію неадаптованих посилянь у досвіді пацієнта, які призводять до неадаптованих дій; зміни поведінки пацієнта шляхом навчання новим поведінковим стратегіям.

Висунуті в індивідуальній психотерапії ідеї вплинули на світоглядні установки, теоретичні погляди і техніки роботи психотерапевтів. У руслі цього напрямку були розвинені методи психодинамічної психотерапії, знайдені нові способи побудови аналізу сновидінь. Гуманістичні прагнення А. Адлера, а саме ідея творчої сили особистості, були розвинені в клієнт-центрованій психотерапії. Потенціал ідей, які виникли у руслі даного напрямку, зробив індивідуальну психологію однією з найбільш плідних і впливових шкіл сучасної психотерапії.

## **Тема 7. Когнітивно-поведінкова Терапія (КПТ).**

### **1. Когнітивна терапія.**

*Загальні положення.* Основні положення були сформовані А.Беком в його монографії „Когнітивна терапія і емоційні розлади” (1976), в якій висловлені уявлення про вирішальну роль мислення, пізнавальних (когнітивних) процесів у походженні емоційних порушень.

Головна ідея когнітивної терапії А. Бека полягає в тому, що вирішальним фактором для виживання організму є переробка інформації. На основі отриманої інформації людина виробляє самостійну програму поведінки. Програма може бути *адекватною і неадекватною*. У випадку когнітивного порушення в переробці інформації починає формуватися аномальна програма.

Особистість (за А. Беком) формується схемами, або *когнітивними структурами*, які являють собою *базальні переконання*. Ці схеми починають формуватися в дитинстві на основі особистісного досвіду та ідентифікації себе зі значущими іншими людьми. Схеми є стійкими когнітивними структурами, які стають адаптивними при дії специфічних стимулів, стресів або обставин. Вони можуть бути адаптивними і неадаптивними (дисфункціональними). Таким чином, емоційні порушення і поведінкові розлади розглядаються як опосередковані когнітивними структурами і актуальними когнітивними процесами (в яких у якості проміжних змінних виступає думка – когніція).

Психологічні порушення, які передують стану нейрофізіологічних розладів, пов'язані з *аберацією* мислення, тобто з порушенням на когнітивній стадії переробки інформації, які спотворюють бачення об'єкту або ситуації. Спотворені когніції є причиною хибних уявлень і самосигналів і, наслідком, виникнення неадекватних емоційних реакцій.

*Когнітивні спотворення* – це систематичні помилки в судженнях під впливом емоцій. До когнітивних спотворень відносяться:

1. *Персоналізація* – схильність інтерпретувати події в аспекті особистісних значень. Клієнт переоцінює як частоту, так і ступінь негативних почуттів, які він викликає в інших людей. Наприклад, люди з підвищеною тривожністю



вважають, що багато подій, які з ними не пов'язані, торкаються їх особисто або спрямовані проти них.

2. *Дихотомічне мислення*. Невротизований клієнт схильний думати крайнощами в ситуаціях, які торкаються його чутливих (вразливих) місць. Події сприймаються тільки в чорних або білих фарбах, тільки як погані або хороші, прекрасні або жахливі. Така властивість називається дихотомічним мисленням. Людина сприймає світ тільки в контрастних фарбах, відкидаючи нейтральні емоційні реакції.

3. *Вибіркове абстрагування* полягає в концептуалізації ситуації на основі деталі, вилученої із контексту, при ігноруванні іншої інформації. Наприклад, молода людина починає ревнувати свою дівчину, яка схилила голову до іншої, щоб краще її почути.

4. *Мимовільні умовисновки* – бездоказові або суперечливі очевидним фактам умовисновки. Наприклад, працююча мати в кінці важкого робочого дня робить висновок: „Я – погана мати”.

5. *Надгенералізація* – невиправдане узагальнення на основі поодинокого випадку. Наприклад, після невдалого побачення жінка робить висновок: „Всі чоловіки однакові. У мене ніколи не буде хороших відносин з чоловіками”.

6. *Перебільшення* (катастрофізація) – перебільшення наслідків будь-яких подій. Наприклад, клієнт думає: „Коли я буду на екзамені нервуватися – я обов'язково „провалюся” і мене одразу виженуть”.

## 2. Техніки когнітивної терапії

1. *„Сократівський діалог”*. Бесіда є головним терапевтичним інструментом в когнітивній психокорекції. Психолог ретельно підбирає запитання для забезпечення нового наuczіння.

*Мета постановки цих запитань зводиться до наступного:*

- пояснити і виокреслити проблеми клієнта;
- допомогти клієнту ідентифікувати думки, образи, передбачення;
- вивчити значення подій для клієнта;
- оцінити наслідки неадаптивних думок і поведінки.

Грунтуючись на відповідях побудованих психологом запитань, клієнт приходить до певних логічних висновків і розглядає свої проблеми з іншої точки зору, що допомагає йому позбутися їх.

2. *„Заповнення порожнини”*. Метод використовується, коли рівень емоцій клієнта носить помірний характер і когніції, які супроводжують ці емоції нечіткі, недостатньо оформлені.

Для виявлення неусвідомлених думок клієнту пропонують заповнити таку послідовність:  $A \rightarrow B \rightarrow C$ .

*A* – будь-яка подія.

*C* – емоційна реакція клієнта на подію.

*B* – думки клієнта, які пов'язують ці дві події.

Клієнта навчають спостерігати за послідовністю зовнішніх подій (*A*) і реакцією на них (*C*). Клієнту необхідно заповнити порожнину в своїй свідомості

(В), яка є зв'язуючою ланкою між А і С. В – це думки або образи, які виникають в цей проміжок часу і які роблять зрозумілішим зв'язок між А і С.

3. **Декастрофізація.** Техніка призначена для дослідження дійсних, фактичних подій і наслідків, які в уявленні клієнта наносять йому психологічну травму і викликають почуття тривоги. Ця техніка допомагає клієнтам справитися з наслідками події, які пов'язані зі страхом. У бесіді з психологом розглядається ситуація, яка лякає клієнта і сприймається ним, як катастрофічна.

4. **Когнітивна реатрибуція.** Методика являє собою послідовність дій з метою зміни автоматизованих навичок, думок клієнта, які патологізують його. Психолог і клієнт розглядають альтернативні причини подій. *Техніка реатрибуції* передбачає перевірку реальності і дослідження всіх фактів, які вплинули на ситуацію що виникла і включає такі прийоми:

1. Перевірку наповненості когніцій клієнта реальним змістом.
2. Виявлення хибності уявлень клієнта про причини ланцюжка суджень, які патологізують його.
3. Закріплення нових атрибутів (в дискусії, рольових іграх, у повсякденному житті).

Методика застосовується при депресивних неврозах, реактивних депресіях, фобіях, істеричних реакціях, залежностях від наркотиків, алкоголю.

5. **Переформулювання.** Техніка призначена для мобілізації клієнта, який вважає, що проблема ним не контролюється. Клієнту пропонують сформулювати проблему по іншому, так щоб вона отримала конкретне і специфічне звучання.

6. **Децентралізація.** Метод звільнення клієнта від властивості бачити в собі центр зосередження всіх подій. Для перевірки спотворених переконань клієнта йому пропонують провести поведінковий експеримент.

7. **Перевірка гіпотези.** Клієнт, який знаходиться в емоційно нестійкому стані, має свою гіпотезу, яка пояснює такий його стан. Психолог просить привести конкретні факти, які пояснюють дану гіпотезу.

8. **Планування діяльності.** Ця процедура зводиться до того, що клієнта просять скласти розпорядок дня, намітити план тої чи іншої діяльності і виставити оцінки цієї діяльності, використовуючи шкалу від 0 до 10 балів.

9. **Систематична десенсибілізація.** Метод запропонований Дж. Вольпе. Розробляючи цей метод, автор виходив з того, що дії які виконуються в уяві, можна прирівняти до дій, які виконуються в реальності. Відбудеться *протиобумовлення* – стимул, який не викликає страх, погасить стимул, який викликає страх. У людини одним із дієвих стимулів протилежних страху є релаксація. Тому, коли навчити пацієнта глибокій релаксації, і в цьому стані спонукати його викликати в уяві стимули, які обумовлюють велику ступінь тривоги, відбудеться десенсибілізація пацієнта до реальних стимулів або ситуацій, які викликають страх, тривогу.

### **3. Когнітивно-поведінковий напрямок психотерапевтичної допомоги.**

**Мета психотерапії та психологічні інтервенції.** Сучасна КПТ – це не монолітна структура, а широкий рух, який постійно розвивається і містить багато різних, часто суперечних підходів і течій. Подібно до того, як інформація про минуле клієнта може допомогти нам зрозуміти його теперішній стан, так само і розуміння того, як виникла КПТ, може допомогти нам зрозуміти її сучасну форму. ПТ має багато спільних рис з іншими підходами, але також багато таких, які суттєво відрізняють її від інших. У цьому розділі ми зупинимось на *головних рисах методу КПТ*.

**Співпраця.** КПТ – це проект співпраці між терапевтом та клієнтом. Обоє беруть активну участь у процесі терапії, де кожен має свої сфери компетентності: терапевт – знання про ефективні методи вирішення проблем, клієнт є експертом власного досвіду та наявних проблем. Цей акцент на співпраці може відрізнитись від очікувань клієнта. Щодо терапії, тому важливо з'ясувати, чого очікує клієнт, щоб вже від Початкове представлення терапії клієнтові міститиме пояснення про його вирішальну роль у ній.

Співпраця має розвиватися у процесі терапії. Треба заохочувати клієнта до того, щоб він поступово займав все активнішу позицію у встановленні порядку денного, розробленні домашнього завдання та зворотному зв'язку.

**Структура й активне залучення.** Проблемно-орієнтований і структурований характер КПТ вимагає від терапевта так працювати з клієнтом, щоб зберегти структуру сесій. Наприклад, на початку кожної сесії встановлюється із клієнтом чіткий порядок денний. КПТ-терапевти активно взаємодіють із клієнтами і говорять більше, ніж у деяких інших терапевтичних підходах – можливо, приблизно 50 % всього часу на початкових стадіях терапії. На ранніх етапах терапії зміст сесій більшою мірою визначатиме терапевт, проте з розвитком терапії клієнт повинен перебирати на себе цю відповідальність.

**Визначена в часі та короткотривала психотерапія.** І клієнтів, і представників сфери послуг системи охорони психічного здоров'я КПТ приваблює тим, що досить часто вона є короткотривалою. У цьому контексті «короткотривала» – означає приблизно від 6 до 20 сесій. Кількість сесій зумовлена даними клінічних випробувань щодо конкретних проблем, а також залежить від специфіки проблеми, від самого клієнта та від наявних ресурсів. Оскільки часто ресурси обмежені, то важливо ефективно допомогти людині, а структурованість і сфокусованість КПТ – це важливий внесок у досягнення цієї мети.

### ***Орієнтири щодо можливої тривалості сесій КПТ***

| Вид проблеми | Кількість сесій |
|--------------|-----------------|
| Легка        | До 6            |

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| Від легкої до помірної                                                | 6-12      |
| Від помірної до важкої або помірна із супутніми розладами особистості | 12-20     |
| Важкі проблеми із супутніми розладами особистості                     | Більше 20 |

Для терапевтів, які звикли до інших терапевтичних підходів, швидкий перехід від дослідження та формулювання, що відбувається за 1–2 сесії, до терапії, тривалістю вісім сесій, може здаватися поспіхом.

Важливо повідомити вашому клієнтові про орієнтовну тривалість терапії, а також регулярно оцінювати прогрес. Якщо виявиться, що терапія не допомагає, або якщо прогрес – незначний, то легше закінчити цей вид терапії, якщо наперед було обумовлено, що на такій і такій сесії буде оцінено ефективність терапії і відповідно прийнято рішення про подальше її продовження, зміну, припинення. Якщо ж клієнт робить успіхи, але залишкові проблеми все ще є, то варто продовжити лікування, хоча також і подумати про переваги того, щоб дозволити клієнтові спробувати уже самостійно з ними справитися. У КПТ немає обов'язку дотримуватись 50-хвилинного чи будь-якого іншого стандарту тривалості сесії.

**Емпіричний підхід.** У КПТ існує сильний акцент на використанні емпіричних

психологічних знань. Наприклад, виявлено, що рання втрата одного з батьків провокує появу депресії у дорослому віці; що люди з генералізованим тривожним розладом (ГТР) не толерують невизначеності; а також, що у людей із депресією пригнічується здатність пригадувати конкретні події, особливо позитивні, тобто у

них «узагальнена» пам'ять. Терапія ґрунтується на цих знаннях. Крім того, від поведінкової терапії КПТ запозичила зобов'язання досліджувати ефективність лікування у кожному індивідуальному випадку.

В індивідуальній терапії клієнтові також пропонують вирішувати свої проблеми *емпіричним шляхом*. Наприклад:

- Думки та переконання розглядаються як гіпотези, які необхідно досліджувати.

- Можна збирати дані, щоб перевіряти ідеї.

- У світлі доказів можна формулювати, а потім перевіряти нові переконання. Тут акцентуємо на тому, щоб перевіряти «як є насправді», застосовуючи нові моделі поведінки, новий спосіб мислення, нові способи взаємодії, а не лише обговорювати нові ідеї, щоб змінити почуття та переконання. Завжди важливо орієнтуватися на клієнта у тому, яким чином будуть корисні нові докази.

**Підхід, орієнтований на проблему.** Проблеми клієнтів будуть різними: дисфоричний настрій, труднощі у стосунках, поведінка, яка не приносить користі (як, наприклад, звичка виривати волосся) або професійні труднощі (наприклад, часта втрата роботи). КПТ визначає, які проблеми безпосередньо стосуються

клієнта, і зосереджується на їх вирішенні або зменшенні їх впливу на життя особи. Проблеми варто описувати конкретно, а не лише називати діагноз.

**Кероване відкриття.** У процесі керованого відкриття терапевт використовує так звану форму «Сократівських» запитань для того, щоб допомогти клієнтові краще ідентифікувати свої думки та переконання. Це ретельно сформульовані запитання, які допомагають клієнтам зрозуміти ідіосинкратичне значення ситуацій, виробити альтернативні способи бачення речей та перевірити корисність нових перспектив сприйняття.

**Робота in vivo (у «реальному середовищі»).** Часто КПТ-терапевти «переносять» терапію з офісу в реальний світ, щоб провести обстеження або поведінковий експеримент. Така робота в реальному середовищі може бути безцінною. Крім того, важливо перевіряти, чи зміни переконань у клінічних умовах перейшли в реальні обставини життя. Допомогою в цьому можуть бути експерименти in vivo, часто, у супроводі терапевта.

**Поведінкові методи.** Поведінкові втручання – це невід’ємний компонент КПТ, тому багато домашніх завдань ґрунтуються саме на виконанні поведінкових завдань та експериментів. Їх застосовують, щоб перевірити нові гіпотези, що формуються на терапевтичних сесіях, щоб посилити засвоєння здобутих навичок та сприяти генералізації досвіду з сесій у «реальне» життя, де справді потрібно досягти змін. Існує широкий спектр можливих поведінкових втручань, адже деякі принципи поведінкової терапії безпосередньо запозичила КПТ: наприклад, застосування градуйованого, покрокового підходу до виконання нових завдань, розбиття цих завдань на менші, підсильні завдання.

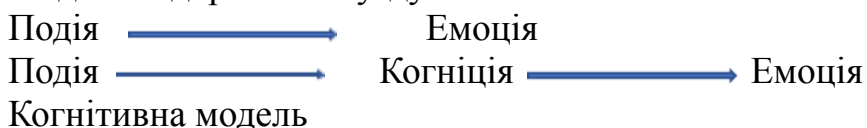
**Підбиття підсумків та зворотний зв’язок.** У КПТ часто використовують підбиття підсумків та зворотний зв’язок на сесіях, що є одним із способів утримання фокусу уваги на важливих питання порядку денного. Підсумки повинні включати емоції, що описав клієнт, та значення, яке він надає подіям. Це не повинно бути інтерпретацією того, що сказав клієнт. Також корисно попросити вашого клієнта підсумувати обговорення.

#### 4. Принципи КПТ.

Основні принципи та теоретичні концепції, на яких ґрунтується модель КПТ.

**Когнітивний принцип.** Основна ідея будь-якої терапії, яка називає себе «когнітивною», у тому, що емоційні реакції та поведінка людей сильно залежать від когніцій (іншими словами, від їхніх думок, переконань та інтерпретацій себе чи ситуацій, у яких вони перебувають, в основі чого лежить значення, яке вони надають подіям свого життя).

Модель «здорового глузду»



Отже, не лише подія визначає емоційну реакцію, має бути ще щось. КПТ стверджує, що цим «ще щось» є когніція, тобто те, як людина інтерпретує подію. Якщо двоє людей по-різному реагують на подію, то це тому, що вони

сприймають ситуацію по-іншому, тобто подія має ідіосинкратичне (характерне для цієї особи) значення.

**Поведінковий принцип.** Частина, яку КПТ успадкувала від ПТ, складається з уявлень про те, що поведінка (те, що ми робимо) відіграє ключову роль у підтримці або у зміні психологічних станів. КПТ вважає, що поведінка може суттєво впливати на думки й емоції, а також те, що змінюючи ваші дії, ви зможете змінити думки й емоції.

**Принцип континууму.** На відміну від деяких традиційних медичних підходів, КПТ вважає, що проблеми психічного здоров'я краще розглядати як перебільшений або крайній варіант нормальних процесів, аніж як патологічні стани, які не мають пояснення і якісно відрізняються від нормальних станів та процесів. Іншими словами, психологічні проблеми – це частина континууму, вони не існують в іншому вимірі. З цього переконання випливають такі тези: а) психологічні проблеми можуть з'явитися у будь-кого, і вони не є чимось дивним чи незрозумілим; б) теорія КПТ стосується терапевтів так само, як іклієнтів.

**Принцип «тут і тепер».** Традиційна психодинамічна психотерапія притримувалась думки, що симптоми проблеми (наприклад, тривога в людини, яка має фобію) є поверхневим процесом, і що для успішного лікування ми повинні розкрити причини такої поведінки з ранніх етапів розвитку, приховані мотиви та підсвідомі конфлікти цієї проблеми. ПТ вважала, що основою лікування повинні бути саме симптоми, і що особа може успішно подолати тривогу (чи будь-яку іншу проблему), якщо розгляне процеси, які підтримують цю проблему, і змінить їх. Тому терапія зосереджується переважно на тому, що відбувається в конкретний момент; нас найбільше цікавитимуть процеси, які підтримують проблему тепер, а не ті, які могли призвести до її виникнення багато років тому.

**Принцип інтерактивної системи.** Суть цього принципу в тому, що проблеми людини потрібно розглядати як взаємодію між різними «системами» всередині людини та взаємодію з навколишнім середовищем. Це ще один спадок від ПТ.

*Сучасна КПТ зазвичай виокремлює чотири системи:*

- когніції/думки,
- почуття або емоції,
- поведінка,
- фізіологія.

Ці системи взаємодіють між собою, впливаючи одна на одну, а також взаємодіють з навколишнім середовищем. Термін «навколишнє середовище» тут вживається у найширшому значенні, включаючи не лише видиме фізичне середовище, а й соціальне, сімейне, культурне та економічне середовище.

**Емпіричний принцип.** КПТ вважає, що теорії та методи лікування потрібно оцінювати настільки ретельно, наскільки це можливо, використовуючи для цього наукові докази, а не лише клінічні розповіді.

**Рівні когніцій.** КПТ виокремлює декілька видів або «рівнів» когніцій.

Наступний перелік рівнів когніцій ґрунтується на тому, що визнано ефективним із клінічної точки зору.

*Негативні автоматичні думки (НАДи).* Негативні автоматичні думки, котрі вперше описав Бек, – одна з базових концепцій КПТ. Цей термін використовують для опису потоку думок, який кожен із нас може помітити, якщо зверне на нього увагу. НАДи – це негативно забарвлені оцінки чи інтерпретації, які ми надаємо тому, що відбувається навколо або всередині нас.

*Глибинні переконання.* По інший бік шкали від НАДів є те, що представляє собою «нижню лінію», «фундамент» особистості, і що у КПТ називається терміном «глибинні переконання» – основні переконання особи про себе, інших людей та світ загалом.

*Дисфункційні припущення (ДП)* можна вважати своєрідним мостом між глибинними переконаннями та НАДами. Вони є ґрунтом, з якого проростають НАДи. ДП можна розглядати як «правила життя», конкретніші у своєму застосуванні, ніж глибинні переконання, але загальніші, ніж НАДи.

## **5. Раціонально-емоційно-поведінкова терапія А. Елліса**

*Раціонально-емоційно-поведінкова терапія розроблена Альбертом Еллісом.* Називалася в різний час і називається сьогодні різними фахівцями по-різному: РЕТ (раціонально-емоційно терапія), РЕПК (раціонально-емоційно-поведінкове консультування), РЕПТ (раціонально-емоційно-поведінкова терапія).

Головна мета РЕПТ – навчання раціональної соціальності. РЕПТ – не лікування, психотерапія, а зміна поведінки: навчання і тренування. Навчання науково (раціонально) осмисленого досвіду справитись з життєвими проблемами, зі своїми почуттями та вчинками і тренування навичок мислення і раціонального поведінки. "РЕПТ також містить профілактичне навчання і, можливо, тому може по-справжньому називатися, замість закріпленого медичного терміна психотерапія, зміною поведінки, або навчанням". Традиційну назву "психотерапевт" в даному випадку більш доречно замінити на "тренер консультант в області життєвих (соціальних) навичок". Або: соціо-тренер, соціо консультант.

РЕПТ вважає, що фактично всі проблеми людей є результатом ірраціональних вірувань (містичного мислення, віри в некритично засвоєні «слід», «треба» і «повинен») і тому можуть бути прямо і безпосередньо усунені суворим дотриманням емпіричної реальності. *Базовий постулат:* люди спочатку інтерпретують ситуації у відповідності зі своїми вкоріненими віруваннями, а потім діють на основі цих інтерпретацій.

Три базові принципи роботи з віруваннями:

1. Люди відчують проблеми не з-за подій, а в результаті сприйняття їх через призму вірувань.

2. Не важливо, коли ти придбав те чи інше вірування, ти досі його дотримуєшся, якщо відчуваєш відповідні проблеми. Це принцип пріоритету

теперішнього часу (його не треба плутати з гештальтистським принципом «тут-і-зараз»).

3. Немає іншого способу впоратися з цим, як працювати і практикуватися решту життя! Це принцип конкретної і регулярної роботи.

4. Модель ABC (іноді - «А-В-С», в розширеному варіанті - «ABCDE») - ядро теорії РЕПТ. Інші назви «модель терапевтичних змін» і «ABC-теорія особистості». Описує не тільки процес виникнення помилкових емоцій і поведінки, але як усувати їх причини.

– «А» (активатори, англ. activating events) - це будь-які поточні події або власні думки, почуття, поведінку в зв'язку з цими подіями, а, можливо, спогади та думки про минуле досвіді.

– «В» - вірування.

– «З» - сліdstва.

В «А» кожна людина привносить щось своє, а саме свої переконання, цілі, фізіологічну схильність, установки, погляди - «В». І вже «В» призводить саме до того, а не іншого «З» - сліdstву. «А», «В» і «С» тісно пов'язані, і ні один із цих елементів не може існувати без інших. Щоб змінити «З», потрібно або змінити безпосередньо «А» (неглибокий рівень психотерапевтичних змін), або усвідомити, що «В», ведуть до ірраціональним «З», ірраціональні, перевірити це в досвіді і прийняти замість конкретних ірраціональних «В» конкретні раціональні. Або ж, в ідеалі, у випадку самого глибокого та ефективного терапевтичного зміни, провести філософське реструктурування ірраціональних переконань.

**Раціональні та ірраціональні вірування.** Раціональні погляди ведуть до продуктивної поведінки, то ірраціональні вірування - до саморуйнування і помилкового, ірраціонального поведінки. А саме, запускаються наступні процеси:

– *драматизація* - «А» оцінюється як більш жахливе, ніж на 100 %. Починається з «це не повинно бути настільки погано...»;

– *засудження* - ті, хто не робить того, що «повинні» (у тому числі по відношенню до мене самому) - «погані», «негідні», «недочеловеки» ітп.

Три *кореневих ірраціональних вірувань* по А. Еллису: «Все зводиться до трьох речей:

– Я повинен все робити добре.

– Всі повинні звертатися зі мною добре.

– Світ повинен бути легким для мене».

В окремому випадку - це заміна абсолютистських вимог («повинен» і «зобов'язаний» - "должностизм", філософія абсолютної повинності) - на раціональні відносні переваги в даній конкретній ситуації. Загалом - це прийняття гнучкої установки по відношенню до життєвих подій в цілому. Будь-які специфічні ідеологічні, політичні чи релігійні вірування залишаються особистою справою як клієнта, так і консультанта.

У РЕПТ проводяться відмінності між *конструктивними* і *неконструктивними* емоціями: наприклад, гнів неконструктивний, в той час, як



невдоволення є стимулом до зміни небажаного стану речей і, таким чином, є конструктивним.

*Етапи роботи з віруваннями, що заважають клієнтам:*

- Аналітичне діагностування вірувань.
- Розгойдування і розм'якшення вірувань клієнта
- Метод критичної дискусії.

А. Елліс проводить лише 30-хвилинні сесії.

- Заміна їх більш гнучкими і раціональними
- Імплантація нової звички: тривале і регулярне тренування у припиненні рецидивів помилкових вірувань і у застосуванні раціональних вірувань
- Навчання клієнта робити все цю роботу з собою - самотійно.

Індивідуальна РЕПТ закінчується не тоді, коли клієнт вирішив всі свої проблеми, але тоді, коли він відчуває себе готовим впоратися з рештою проблемами самотійно і впевнений у своїй здатності розібратися з будь-яким ускладненням у майбутньому

У РЕПТ застосовується безліч *корисних технік і прийомів*: раціональні, ірраціональні, емоційні, поведінкові, імажинативные (визуализационные), лінгвістичні (семантичні, логічні, експериментальні (перевірка на практиці рішень конкретних проблем), бібліо-, аудіо- (спеціальні іронічно-гумористичні пісні і вірші), візіо- (карикатури) і відео-терапевтичні та багато інших.

РЕПК обов'язково починається з наполегливих спроб спонукати клієнта до кардинального перегляду світогляду, оскільки тільки така фундаментальна перебудова здатна зцілити людину від нездорового мислення і деструктивних емоцій самим докорінно і на все життя - так, щоб у нього вже не було необхідності повторно звертатися за сторонньою допомогою.

## 6. Біхевіоризм.

Одним із засновників біхевіоризму, як самотійного напрямку в психології, був американський психолог Джон Уотсон (1878 - 1958), який сформулював кредо біхевіоризму: "Предметом психології є поведінка".

**Загальні положення.** На сьогодні в поведінковій корекції існують три основні тенденції:

1. Класична обумовленість.
2. Оперантна обумовленість.
3. Мультимодальне програмування.

1. *Класична* теорія умовних рефлексів І.П. Павлова була фундаментом, на якому побудовано сучасну споруду поведінкової корекції. І.П. Павлов вперше відповів на запитання, яким чином нейтральний стимул може стати умовним стимулом і викликати таку ж реакцію, як і безумовний рефлекс, який перебігає автоматично.

І.П. Павлов показав, що формування умовного рефлексу підкоряється певним вимогам:

- суміжності – співпадання за часом індиферентного і безумовного подразників з деяким випередженням першого;

– повторення – багаторазове поєднання індиферентного і бузумовного подразників

Таким чином, одним з шляхів управління поведінкою – управління пред’явлення стимулів, а також організація зовнішнього оточення і контролю за ними. Організуючи зовнішнє оточення, певним чином можна формувати певну поведінку людини.

2. *Теорія оперантного обумовлення* пов’язана з іменами Е. Торндайка і Б. Скіннера. На відміну від принципу класичної обумовленості “стимул-реакція” ( $I \rightarrow R$ ) вони розробили принцип оперантного обумовлення “реакція-стимул” ( $R \rightarrow S$ ), згідно якого поведінка контролюється її результатами і наслідками.

При використанні *оперантних методів управління* результати поведінки використовуються для впливу на саму поведінку.

*Оперантні методи* використовуються для вирішення таких завдань:

– формування нового стереотипу поведінки, якого раніше не було в репертуарі людини (наприклад, поведінка самостверджуючого типу у сором’язливої дитини);

– закріплення стереотипу поведінки, який вже є в репертуарі людини;

– зменшення або згасання небажаної поведінки;

– підтримування бажаного стереотипу поведінки в звичайних (природних) умовах.

*Основна мета поведінкової психокорекції* – вироблення нової адаптивної поведінки або переборювання поведінки, яка стала дезадаптивною.

У біхевіористському напрямі поняття особистості не лише не розроблене, але просто відсутнє. Основні поняття, що застосовуються до особистості, відносяться до її поведінки. Тому основні реакції, на які спрямовані дії психотерапевта – це реальна поведінка людини у реальному світі

Оскільки вся поведінкова психотерапія пов’язана із навчанням, то і її поняття відображають *основні концепції навчання*, які склалися в біхевіоризмі. Розглянемо ці поняття.

**Обумовленість.** Це поняття охоплює всю область дії на поведінку. Воно пояснює поведінку як реакцію на певні стимули. Розрізняють два види обумовлення: *класичне* (за І. Павловим) і *оперантне* (за Б. Скіннером). **Класичне обумовлення** полягає в тому, що навчання певної поведінки відбувається завдяки підкріплюючому поєднанню стимулів. **Оперантне обумовлення** полягає у тому, що навчання відбувається шляхом вибору стимулу, що супроводжується позитивним підкріпленням. Крім того, існує **безумовне навчання**, яке відбувається поза спеціально організованим обумовленням, але може істотно вплинути на подальшу поведінку.

**Генералізація (узагальнення).** Це поняття відображає узагальнення реакції на схожі стимули.

**Згасання.** Це поняття відображає закономірності, що пов’язані із зникненням реакції, викликаній у результаті обумовлення.

**Контробумовлення.** Це поняття відображає дію обумовлення, несумісне з первинною обумовлюючою дією.

**Ефект часткового підкріплення.** Це поняття відображає феномен поведінки, коли підкріплення, хоча й не постійне, викликає бажану дію. Саме на цьому психологічному ефекті засновано, наприклад, дія азартних ігор або гральних автоматів.

**Викликана емоційна реакція.** У цьому понятті зафіксований феномен, коли представлення байдужого умовного стимулу у сукупності із хворобливим безумовним стимулом викликає страх при повторному представленні байдужого умовного стимулу.

**Реакція уникнення.** Це поняття характеризується зникненням емоції страху, коли суб'єкт навчається уникати дії хворобливою стимулу.

**Конфлікт.** У біхевіористській психотерапії це поняття означає протиріччя між потребою і, пов'язаній з нею, реакцією уникнення.

**Надмірна поведінка** (рухова, емоційна або мислительна). Така реакція – різновид реакції уникнення, коли генералізуються (узагальнюються) дії, які раніше отримали негативне підкріплення, або вони зміщаються за допомогою спрямованості на інший об'єкт.

Поведінкова психотерапія спрямована на усунення симптому, заміну неадаптованих способів поведінки адаптованими, еталонними, нормативними, правильними, які досягаються у процесі навчання. Психотерапевтичний процес може включати формування нових соціальних умінь, оволодіння психологічними цілями саморегуляції, подолання шкідливих звичок і зняття стресу, позбавлення від емоційних травм.

Психолог-консультант, що практикує в рамках поведінкової психотерапії, завжди виступає у ролі вчителя, наставника або лікаря. У зв'язку з цим, він повинен створити власний образ як зразок для наслідування. У свою чергу, клієнт повинен прагнути до активності, усвідомлення поставлених психотерапевтичних цілей, співпрацювати із психотерапевтом і активно використовувати нові способи поведінки.

Поведінкова психотерапія ґрунтується на **техніці зміни патогенних реакцій** (страху, гніву, заїкання, енурезу і т.д.). Опишемо конкретні методи і закладені в них саногенні механізми.

**Метод систематичної десенсибілізації.** В основі методу знаходиться уявлення про те, що патогенні реакції (страх, тривога, гнів, панічні розлади і т.д.) є неадаптованим реагуванням назовнішню ситуацію. Завдання даного методу полягає в десенсибілізації небезпечного об'єкту – людина повинна стати нечутливою, стійкою до стресогенних об'єктів. Стати нечутливою – означає не реагувати реакцією страху.

Механізмом, який допомагає усунути неадаптовані реакції, є **механізм взаємовиключення емоцій, або принцип реципрокності емоцій**. Якщо людина переживає радість, то вона є закритою для страху; якщо людина розслаблена – не схильна до реакцій страху. Отже, якщо людину “занурити” у стан релаксації або радості, а потім показувати їй стресогенні стимул-реакції (у даному прикладі – різні види собак), то реакцій страху в людини не буде.

Універсальним ресурсом, який дозволяє впоратися із багатьма проблемами, є **релаксація**. Якщо людина розслаблена, то їй набагато легше впоратися з багатьма ситуаціями. Для того, щоб ввести людину у стан релаксації, використовується **техніка прогресивної м'язової релаксації** за Е. Джекобсоном. В основі техніки лежить відома фізіологічна закономірність – емоційне напруження супроводжується напругою попереково-смугастих м'язів, а спокій – їх релаксацією

Однією з поширених *методик поведінкової психотерапії* є **техніка повені**. Суть техніки полягає у тому, що тривала експозиція психотравмуючого об'єкту призводить до гальмування, що супроводжується втратою психологічної чутливості до впливу об'єкта. Клієнт разом з терапевтом опиняється в психотравмуючій ситуації, що викликає страх (наприклад, на мості, на горі, у закритій кімнаті і т.д.). Клієнт знаходиться у цій ситуації “повені” страху до тих пір, доки страх не почне зменшуватися. Число сеансів “повені” може варіювати від 3 до 10. У ряді випадків ця техніка застосовується і в груповій формі.

Існує також *техніка повені* у формі розповіді, яка отримала основні страхи клієнта. У цьому випадку важливо враховувати адаптаційні можливості клієнта. Якщо травма, представлена в розповіді, перевищує можливості клієнта, то в нього можуть сформуватися досить глибокі психічні розлади, які вимагають невідкладних лікувальних заходів. Саме за цією причиною техніка повені та імплзії у вітчизняній психотерапії використовується вкрай рідко.

**Техніка аверзії** полягає в покаранні за неадаптовану реакцію або погану поведінку.

**Техніка формування комунікативних навиків** вважається однією із найбільш ефективних. Велика кількість людських проблем визначається не глибинними, прихованими причинами, а відсутністю навиків комунікації. Техніка навчаючої структурної психотерапії А. П. Гольдштейна передбачає, що освоєння конкретних навиків комунікації у тій чи іншій сфері (родина, професія т.д.) дозволяє вирішити багато проблем.

Центральним завданням біхевіоризму є набуття індивідуумом власного досвіду, різних умінь і навичок, моделей поведінки. У ході психотерапевтичного спілкування і використання спеціальних технологій, психотерапевт впливає на установки клієнта, хід його думок і регуляцію поведінки, покращення його самопочуття. *Результатом психотерапевтичного впливу* є зміна балансу позитивних і негативних думок і почуттів клієнта (і його оточення) на користь позитивних. Тобто, клієнт починає отримувати більше задоволення від життя, починає сам контролювати і змінювати хоробливі для нього і для оточуючих стереотипи поведінки, будувати (і реалізовувати) плани щодо зміни таких стереотипів у майбутньому.

## Тема 8. Гуманістичний Напрямок психотерапії.

### 1. Клієнт-центрована терапія

У ранньому варіанті психотерапії, названому “*недирективна психотерапія*”, акцент робився на техніці рефлексії – відображенні терапевтом в словах почуттів клієнта (терапевтичне дзеркало). За допомогою такого зворотнього зв’язку останній отримує можливість усвідомити свої почуття і без терапевтичного керівництва, самостійно, прийти до визначених висновків та рішень.

В 1951 р. К. Роджерс змінив назву терапії на “клієнт-центровану” або “клієнт-орієнтовану” (client-centered). Новою назвою підкреслювалося, те що психотерапія не зорієнтована ні на теорію, ні на проблему, а на клієнта: клієнт вільний в терапії робити і говорити те, що він хоче, він рівноправний із психотерапевтом, він – ключова фігура в створенні психотерапевтичних змін.

К. Роджерс і Р. Санфорд (1985) виділили наступні *основні риси людиноцентрованої терапії*: 1) гіпотеза, що визначені установки психотерапевта утворюють необхідні і достатні умови терапевтичної ефективності; 2) значний акцент на феноменологічному світі клієнта (звідси визначення психотерапії як клієнт-центрованої); 3) терапевтичний процес орієнтований на зміни в переживаннях, на досягненні здатності повніше жити в даний момент; 4) увага в більшій мірі приділяється процесам зміни особистості, а не статичній структурі; 5) гіпотеза, що ті ж самі принципи психотерапії можна застосовувати до всіх людей, незалежно від того, до якої клінічної категорії вони відносяться – до психотиків, невротиків або до психічно здорових людей; 6) інтерес до філософських проблем, які впливають із практики психотерапії.

Умова 1 – ***емпатійне розуміння*** клієнта, яке адекватно описується метафорою – ввійти в “шкіру клієнта”, або ввійти в його “черевики”. Це означає, що психотерапевт розуміє світ клієнта таким, яким бачить його сам клієнт.

Умова 2 – ***безумовне позитивне ставлення (повага) до клієнта***. Інші визначення цієї умови – сердечність, прийняття, турбота і підтримка. Далеко не кожна людина зустрічає в житті безумовне позитивне ставлення до себе. Насамперед – це материнське ставлення, що дуже рідко відтворюється в дорослому житті. Безумовна повага – це повага без і поза всякими умовами, яка передбачає уникнення відкритої або прихованої оцінки, схвалення або несхвалення, інтерпретацій, це довіра до ресурсів клієнта в розумінні себе і позитивній зміні.

Умова 3 – ***конгруентність психотерапевта***. Конгруентність, або достовірність, означає необхідність правильного символізування психотерапевтом його власного досвіду.

Наведені вище три умови терапевтичної зміни клієнта – це одночасно вимоги до ідеального психотерапевта. В реальності можна лише як завгодно близько наближатися до цього ідеалу.

Загалом в *клієнт-центрованій психотерапії* виділяються такі умови психотерапевтичного процесу:

- 1) два індивіди перебувають в контакті;

- 2) клієнт знаходиться в стані неконгруентності, якщо він вразливий або тривожний;
- 3) психотерапевт конгруентний у відносинах;
- 4) психотерапевт переживає безумовну позитивну оцінку по відношенню до клієнта;
- 5) психотерапевт переживає емпатійне розуміння внутрішньої системи координат;
- 6) клієнт переживає, хоча б мінімально, умови 4-ї і 5-ї, тобто безумовну позитивну оцінку і емпатійне розуміння його психотерапевтом.

Найбільш використовуваними *прийомами* є:

- вербалізація – вислів іншими словами того, що повідомив клієнт, уникаючи тлумачення, привнесення свого матеріалу. Це перефразовування, що має на меті виділити найбільш вагоме і звернути увагу хворого на гострі “кути”, а також показати, що його не лише слухають, але і чують;
- *уміле використання мовчання*, мовчазне схвалення;
- *віддзеркалення емоцій* – повторюються ті слова клієнта, в яких безпосередньо виражаються емоції.

Клієнт-центрована психотерапія здійснюється в індивідуальній і груповій формах. Терапевтичне інтерв'ю являє собою або індивідуальну форму, в рамках якої зустрічаються психотерапевт і клієнт та групову форму, представлену групами зустрічей. Техніки клієнт-центрованого підходу – це не спосіб діяльності (дії), а спосіб існування з клієнтом. Тому вони розглядаються як такі, що створюють необхідні і достатні умови терапевтичної зміни клієнта.

До *технік клієнт-центрованої психотерапії* відноситься **рефлексивна техніка**. Дана техніка передбачає, що психотерапевт, як дзеркало, відображає переживання клієнта, і це відображення дозволяє клієнту усвідомити свій внутрішній досвід, неузгодженість досвіду з Я-концепцією, перекинування в Я-концепції.

Можлива й інша техніка – **техніка повторів** – психотерапевт просто переказує те, що сказав клієнт. Після такої реакції терапевта настає пауза. Якщо клієнт, надаючи свою скаргу терапевту, говорить багато, то техніка повторів не спрацює – вона виведе клієнта з процесу. Тут доречно використовувати техніку узагальнення.

Цікавою технікою є **метафора**, яку можна використовувати і як разовий терапевтичний елемент, і як первазивний образ, який супроводжує увесь процес терапії. Якщо метафора відповідає досвіду клієнта, то вона дозволяє клієнту увійти в символічний шар власної свідомості, відійти від предметної визначеності світу, що накладає істотні зовнішні обмеження на прийняття рішення самим клієнтом.

Важливою технікою є **емпатійні відповіді** терапевта. Емпатійна відповідь – це вербалізація терапевтом світо – і самовідчуття клієнта. Емпатійні відповіді дають можливість клієнту відчувати, що терапевт його розуміє і знаходиться з ним у цьому “танці”.

Навчання клієнт-центрованої психотерапії – це, перш за все, занурення у досвід переживань, у досвід якісних стосунків. До використання технік людина, ніби “дозріває”. При цьому техніки не мають статусу техніки в точному значенні цього слова.

Потрібно зазначити, що, традиційно, в клієнт-центрованій психотерапії *результат терапії* розуміється як відносно постійні зміни клієнта:

- 1) клієнт стає більш конгруентним, відкритим для досвіду, менш захищеним;
- 2) внаслідок цього він стає більш реалістичним, об’єктивним, екстенційним у сприйнятті;
- 3) він більш ефективно вирішує свої проблеми;
- 4) психологічна пристосовність покращується, наближаючись до оптимальної;
- 5) зменшується вразливість;
- 6) сприйняття свого ідеального “Я” більш реалістичне і доступне;
- 7) внаслідок збільшення конгруентності зменшується напруження всіх типів – фізіологічне, психологічне, а також особливий тип психологічного напруження – тривожність;
- 8) підвищується ступінь позитивної самооцінки;
- 9) особистість сприймає місце оцінки і місце вибору локалізованими всередині самої себе, довіряє собі;
- 10) клієнт стає більш реалістичним, правильно сприймає тих, хто його оточує;
- 11) сильніше переживає прийняття інших людей, внаслідок меншого спотворення їх у своєму сприйнятті;
- 12) відбуваються різноманітні зміни у поведінці, внаслідок збільшення асимільованої частки досвіду в Я-структуру;
- 13) ті, що оточують клієнта, сприймають його поведінку як більш соціалізовану, зрілу;
- 14) поведінка клієнта більш креативна та адаптивна по відношенню до кожної нової ситуації і до кожної проблеми, що виникає; окрім того, вона характеризується проявами експресії намірів та оцінок.

У клієнт-центрованій психотерапії головною спрямовуючою силою повинен бути клієнт, а не терапевт. Як зазначає К. Роджерс, ключі до виздоровлення знаходяться у клієнта, проте, терапевт, окрім професійних навичок, повинен володіти особистісними якостями, які допоможуть клієнту користуватися цими ключами. І ці сили будуть ефективними, якщо терапевт зможе встановити з клієнтом достатньо теплі стосунки прийняття і розуміння.

## **2. Ієрархія потреб Маслоу**

Піраміда потреб Маслоу — глибока концепція, яка висвітлює основні елементи людської мотивації та самореалізації. Розроблена психологом-першопрохідцем Абрагамом Маслоу, ця теорія розкриває прогресивну природу наших потреб — від базових потреб виживання до реалізації наших найвищих прагнень.

Розглянемо кожен *рівень ієрархії потреб Маслоу*, заглиблюючись у його значення та наслідки для нашого повсякденного життя. Розуміючи ці потреби, ми можемо отримати цінне уявлення про мотивацію, прагнення та пошуки більш повноцінного існування.

*Теорія ієрархії потреб Маслоу: Розбір 5 рівнів.* У 1943 році Абрагам Маслоу вперше представив **концепцію ієрархії потреб**. Ця ієрархія припускає, що у кожної людини є різні рівні потреби: на найнижчому рівні знаходяться *базові потреби* — необхідність їжі, безпеки, тепла, а на найвищому високі — *бажання самореалізації та самоактуалізації*. Згідно Маслоу, люди вмотивовані задовольняти спочатку найбільш базові потреби, перш ніж переходити до інших, більш високих.

### ***Перший рівень в Піраміді Маслоу: Фізіологічні потреби***

До фізіологічних потреб належать ті, що є життєво важливими для виживання. Деякі приклади *фізіологічних потреб* включають: Їжу, Воду, Дихання, Сон, Гомеостаз.

Окрім базових потреб у харчуванні, повітрі та регуляції температури, фізіологічні потреби також включають “дах над головою” та одяг. Маслоу включив ще до цього рівня ієрархії статеве розмноження, оскільки воно є важливим для виживання і поширення виду.

***Другий рівень в Піраміді Маслоу: Потреби в безпеці.*** Після того, як фізіологічні запити людини задоволені, потреби стають дещо складнішими. На другій сходинці в піраміді Маслоу в особистості виникає необхідність у безпечному середовищі, контролі та порядку у своєму житті. До основних потреб цього рівня відносяться: Фінансова безпека; Здоров’я і благополуччя.

Пошук роботи, відкладання грошей на ощадний рахунок, переїзд у безпечніший район — все це приклади дій, мотивованих потребами в безпеці та захищеності. Разом ці два рівні ієрархії потреб Маслоу складають те, що часто називають «**базовими потребами**».

### ***Третій рівень в Піраміді Маслоу: Соціальні потреби***

*Соціальні потреби* в ієрархії Маслоу включають **любов, прийняття та приналежність**. На цьому рівні потреба в емоційних стосунках керує поведінкою людини. Деякі речі, які задовольняють цю потребу, включають: Дружбу; Романтичні стосунки; Сім’ю; Приналежність до різних соціальних груп.

Щоб уникнути самотності, депресії та тривоги, людям важливо відчувати, що їх люблять і приймають інші. Особисті стосунки з друзями, родиною та коханими відіграють важливу роль у житті, оскільки впливають на добробут і здоров’я.

***Четвертий рівень в Піраміді Маслоу: Потреба в повазі.*** Після того, як потреби на нижніх трьох рівнях задоволені, необхідність в повазі починає відігравати більш помітну роль у мотивації поведінки. Згідно з Маслоу, потреба в повазі складається з **двох компонентів**. Перший включає в себе почуття **впевненості в собі та відчуття власної гідності**. Другий компонент включає відчуття того, що нас **цінують інші**, тобто відчуття того, що наші досягнення і внесок були визнані іншими людьми. Успіхи у професійній



діяльності, академічні досягнення, участь у спортивних змаганнях або в команді, а також особисті хобі можуть відігравати певну роль у задоволенні потреби в повазі.

**П'ятий рівень в Піраміді Маслоу: Потреби самоактуалізації.** На вершині ієрархії Маслоу знаходиться потреба в самоактуалізації. Люди, які самоактуалізуються, усвідомлюють себе, зацікавлені в особистісному зростанні, менше переймаються думкою інших і зацікавлені в реалізації свого потенціалу. *“Якою особистістю може бути, такою вона і повинна бути” А. Маслоу*

**Самоактуалізація** — це відчуття повноти життя або відчуття того, що ми живемо відповідно до свого потенціалу. Однією з унікальних особливостей самореалізації є те, що вона виглядає по-різному для кожного. По суті, самоактуалізація означає відчуття того, що ми робимо те, що вважаємо за потрібне.

*Різні види потреб. Ієрархію потреб Маслоу можна розділити на два види:*

**Дефіцитні потреби** — це ті види потреб, які людині не вдається частково або повністю задовольнити. Сюди відносяться перші чотири рівні, які ми розглянули вище. Їх важливо задовольняти, щоб уникати неприємних почуттів або наслідків.

**Потреби зростання** — Маслоу назвав потреби на вершині піраміди потребами зростання. Ці потреби виникають не через брак чогось, а скоріше через бажання зростати як особистість. Хоч теорія зазвичай зображується як досить жорстка ієрархія, Маслоу зазначав, що **порядок**, в якому ці потреби задовольняються, **не завжди слідує цій стандартній прогресії**. Наприклад, він зазначав, що для деяких людей необхідність в самоповазі є більш важливою, ніж потреба в любові. Для інших потреба у творчій самореалізації може витіснити навіть найпростіші потреби.

Ієрархія потреб Маслоу часто зображена у вигляді піраміди, де **базові потреби знаходяться на найнижчому рівні, а найскладніші — на вершині**. Задовольнивши потреби нижчого рівня, людина може перейти до наступних сходинок. На зображенні ви можете помітити, що у міру просування вгору по піраміді, потреби стають все більш психологічними та соціальними.

Хоч Маслоу представив свої потреби у вигляді ієрархії, він також визнавав, що задоволення кожної потреби **не є феноменом «все або нічого»**. Отже, **людям не потрібно повністю задовольняти одну необхідність, щоб виникла наступна потреба в ієрархії**. В будь-який момент часу більшість людей прагнуть частково задовольнити кожну зі своїх потреб, і що потреби, які знаходяться нижче в ієрархії, як правило, є тими, в задоволенні яких люди досягли найбільшого прогресу. Одна поведінка може задовольняти дві або більше потреб.

*Критика теорії Маслоу. Головними серед давніх заперечень є такі:*

**Потреби не сліднують ієрархії:** Хоч деякі дослідження показали підтримку теорії Маслоу, більшість досліджень не змогли обґрунтувати ідею ієрархії потреб.

**Теорію важко перевірити:** Визначення самоактуалізації важко піддається науковій перевірці.

### ***Розширена Ієрархія потреб Маслоу.***

***Пізнавальні потреби.*** Вони зосереджені на знаннях. Люди, як правило, хочуть вчитися і знати щось про свій світ і своє місце в ньому.

***Естетичні потреби.*** Вони стосуються оцінки краси та форми. Люди можуть задовольнити цю потребу, насолоджуючись або створюючи музику, мистецтво, літературу та інші види творчості.

***Трансцендентні потреби.*** Маслоу вважав, що люди прагнуть вийти за межі свого фізичного «я» в пошуках сенсу життя. Допомога іншим, духовні практики та проведення часу на природі — ось кілька способів задовольнити цю потребу.

*Після цього ієрархія отримала наступний вигляд:*

1. Фізіологічні потреби;
2. Потреби в безпеці;
3. Соціальні потреби;
4. Потреби в повазі;
5. Когнітивні потреби;
6. Естетичні потреби;
7. Потреби в самоактуалізації;
8. Трансцендентні потреби.

Попри критику, ієрархія потреб Маслоу стала частиною важливого зрушення в психології. Замість того, щоб зосереджуватися на аномальній поведінці та розвитку, гуманістична психологія Маслоу зосередилася на розвитку здорових людей. Попри критику колег, піраміда потреб Маслоу не втрачає своєї актуальності й сьогодні, адже вона проливає світло на безліч потреб, які ми маємо як люди.

### **3. Гештальт-терапія**

*Гештальт-терапія* сформувалась у другій половині XX століття як відповідь на надмірну інтелектуалізацію класичного психоаналізу та механістичний підхід до людини у біхевіоризмі. Засновниками вважаються Фріц Перлз, Лора Перлз і Пауль Гудман. Основні теоретичні джерела гештальттерапії: *Гештальтпсихологія* — ідея про те, що свідомість організовується не з окремих елементів, а як цілісні образи або гештальти. Це дало основу уявленню про завершеність психічних процесів. *Феноменологія* — спрямованість на досвід, «як він є», без його інтерпретації чи спотворення. Фокус на тому, що відчувається тут-і-зараз. *Екзистенціалізм* — увага до вибору, відповідальності, автентичності, сенсу життя. *Польова теорія К. Левіна* — ідея про те, що поведінка людини є функцією її взаємодії з полем (тобто з оточенням і внутрішнім станом). *Тілесна психотерапія* — значення тілесних блоків, невербальної виразності.

Таким чином, *гештальттерапія* виникла як інтегративний, цілісний, недирективний підхід, який орієнтується на досвід клієнта, його відчуття, рух, образи, потреби та взаємодію з терапевтом у моменті тут-і-зараз. Слово «гештальт» походить із німецької мови й означає «форма», «структура», «цілісний образ». У психології воно вперше було вжите у гештальтпсихології на позначення цілісних структур сприйняття: людський розум схильний організовувати фрагментарну інформацію у впізнавані, завершені образи.

У контексті *гештальттерапії* це поняття набуває глибшого значення — гештальт трактується як *динамічний цикл потреби*, що складається з:

- виникнення внутрішнього імпульсу (потреби, бажання, почуття),
- усвідомлення цього імпульсу,
- пошуку об'єкта контакту (зовнішньої чи внутрішньої ситуації),
- встановлення контакту,
- задоволення потреби,
- завершення контакту і повернення до стану рівноваги.

Цей процес називається *формуванням і завершенням гештальту*. Він є основою життєдіяльності організму. Порушення цього циклу — коли потреба не усвідомлюється, коли контакт неможливий, коли задоволення не відбувається — веде до незавершених гештальтів, які продовжують впливати на психіку людини.

**Незавершений гештальт** — це будь-яка ситуація або переживання, яке не було прожите до кінця: незавершене горювання, невисловлена образа, незакінчений конфлікт, нездійснене бажання тощо. Усе це «чіпляється» до внутрішньої структури особистості, створюючи напругу, що не зникає з часом.

**Завершення гештальту** в терапії відбувається через:

- усвідомлення (якщо людина здатна побачити свою незавершеність);
- проживання (емоційне або тілесне вираження переживання);
- новий досвід (отриманий у безпечному середовищі).

Таким чином, *гештальт* — це не лише психологічна структура, а принцип організації досвіду, за яким будується психічна рівновага. У гештальттерапії однією з базових ідей є поняття відкритого й закритого гештальту, яке дозволяє зрозуміти, чому іноді ми залишаємося в емоційній напрузі навіть тоді, коли ситуація минула, або чому знову й знову повторюємо певні життєві сценарії. Це завершена дія або завершене переживання.

**Закритий гештальт характеризується:**

- повним проживанням емоційного або тілесного досвіду;
- завершеним діалогом або дією;
- можливістю відпустити ситуацію без залишкового напруження;
- інтеграцією досвіду — людина може навчитися з нього й рухатися далі.

**Відкритий гештальт** — це незавершена дія або непрожите почуття. Такий гештальт «застрягає» в психіці й залишає емоційний слід. Наприклад: конфлікт, у якому ми не змогли висловити свої почуття; втрата, після якої ми не дозволили собі горювати; страх, який ми постійно ігноруємо; бажання, яке було витіснене або заборонене.

*Ці незавершені гештальти можуть «вистрілювати» у формі:* повторюваних снів; тілесної напруги; безпричинної тривоги; нав'язливих думок; деструктивної поведінки. Чим більше відкритих гештальтів накопичується, тим важче людині зосередитися на теперішньому моменті. Психічна енергія витрачається на утримання цих незавершених структур, і це знижує якість життя, пригнічує творчість, обмежує свободу.

**Завершення відкритого гештальту. Терапевтичне завдання – допомогти людині:** виявити, який саме гештальт залишився відкритим; усвідомити, чому він не був завершений (який був страх або заборона); дати досвіду форму — через

емоції, тіло, символічну дію, діалог; підтримати процес завершення – внутрішньо чи зовні.

Це може відбуватись у формі розмови з фігурою з минулого (в уяві чи через техніку «порожнього крісла»), через плач, гнів, сміх, спогади, або навіть через малюнок чи рух. Таким чином, *психотерапія в гештальтпідході* – це процес завершення незавершеного, відновлення природної здатності жити з ясністю, спонтанністю й присутністю.

**Основні принципи гештальттерапії.** Гештальттерапія — це не лише набір технік, а цілісна система поглядів на природу людини, стосунки, зміну та зцілення. Вона формувалася як альтернатива директивним, аналітичним та надто інтелектуальним підходам, і ставить у центр людину в її унікальному досвіді, тілі, контактах і почуттях.

1. **Принцип тут-і-зараз.** Гештальттерапія ґрунтується на феноменології, тобто на дослідженні того, що відбувається в моменті теперішнього досвіду. Терапевт не вимагає від клієнта аналізувати минуле, натомість пропонує зосередитись на тому, що він відчуває, думає, хоче саме зараз. Цей принцип допомагає клієнту: відчувати власне тіло й емоції; позбутись автоматизмів; повернутися до себе, замість втечі в пояснення.

2. **Принцип усвідомлення (awareness)** – це здатність спостерігати за собою, своїми реакціями, поведінкою, думками, тілом, почуттями без засудження і втечі. Терапевт запитує: «Що ти відчуваєш у тілі?» «Яка думка зараз прийшла?» «Що хочеться зробити, коли ти це говориш?» Це тренує: самоспостереження; самоприйняття; здатність діяти з глибшого рівня, а не за звичкою.

3. **Принцип відповідальності.** Гештальттерапія відмовляється від ідеї «жертви обставин». Людина розглядається як автор власного досвіду. Навіть коли обставини були травматичними, терапія допомагає знайти: де саме клієнт відмовився від вибору, які частини себе він відокремив або подавив, де він може відновити свою дієздатність.

4. **Принцип цілісності** (тіло – емоції – думки.) Людина – не просто розум, не просто емоції, не просто тіло. Це єдина система, у якій кожен рівень взаємодіє з іншим. Тому в гештальттерапії важливо працювати: з тілесними відчуттями (напр., напруженням, диханням); з емоціями (гнів, сором, страх); з думками й уявленнями; з рухом, голосом, інтонацією. Це дозволяє клієнтові інтегрувати досвід, а не лише «зрозуміти» його на рівні слів.

5. **Принцип діалогу.** Терапевт і клієнт перебувають у живому діалозі, де обидва є активними учасниками процесу. Гештальт не передбачає «всезнаючого терапевта» — він не дає порад, не оцінює, не інтерпретує зверху. Завдання терапевта – бути присутнім, автентичним, відкритим, створювати умови, у яких клієнт може зустрітись із собою – не сам, а в безпечному контакті з іншим.

6. **Принцип експерименту.** Гештальттерапія активно використовує експерименти – безпечні дії, які дозволяють спробувати нову поведінку або виразити заборонені частини себе. Це дозволяє не лише говорити про проблему, а діяти, відчувати себе живим, здатним обирати.

**Техніки гештальттерапії.** У гештальттерапії техніка — це не інструмент «впливу» терапевта на клієнта, а спосіб підсилення усвідомлення, виявлення

переживань і створення досвіду тут-і-зараз. Кожна техніка застосовується не за шаблоном, а як жива відповідь на процес, що розгортається під час терапевтичної взаємодії. Гештальттерапевт не працює «по інструкції», а імпровізує в межах структурної ясності, використовуючи експеримент як шлях дослідження досвіду клієнта.

**1. Техніка «Порожнє крісло».** Одна з найвідоміших технік. Вона передбачає, що клієнт уявляє перед собою людину (або частину себе), з якою хоче поговорити, і звертається до неї вголос. Мета: активізувати внутрішній діалог; винести пригнічений зміст назовні; допомогти завершити незавершений гештальт.

**2. Робота з частинами особистості** (полярностями). Ця техніка дозволяє людині зустрітися зі своїми протилежностями: сильна – слабка частина; раціональна – емоційна; «Я повинен» – «Я хочу». Клієнт по черзі говорить від кожної частини, у діалозі з порожніми кріслами або в ролі обох частин. Мета – інтегрувати полярності, перестати боротися з ними, визнати й прийняти обидві як частини себе.

**3. Мовна інтервенція.** Гештальттерапевт звертає увагу на те, як саме говорить клієнт, бо мова виявляє спосіб буття. Це дозволяє: повернути собі відповідальність; перейти від узагальнень до суб'єктивного досвіду; конкретизувати почуття та бажання.

**4. Робота з тілом.** Тіло – головний «носій» пригніченого досвіду. Терапевт може звертати увагу на: напругу, скутість; положення тіла; дихання; мікроруки, жести, міміку. Це активізує глибинне відчуття себе, виводить пригнічену енергію на поверхню.

**5. Психодраматичні техніки.** Це імпровізаційні міні-сценки, які дозволяють: прожити внутрішній конфлікт у дії; явити іншу реакцію в ситуації; «переписати» минулий досвід. Клієнт може: зіграти себе в різних ситуаціях; «стати» іншим персонажем; вільно виражати голос, рух, емоції.

**6. Техніки метафор і уяви.** Терапевт може запропонувати клієнту: уявити своє почуття як образ (тварину, предмет, колір); намалювати емоцію або стан; написати листа — собі, іншим, частині себе. Це відкриває інтуїтивний, символічний канал, що дозволяє обійти захисти й торкнутись глибинного рівня.

**7. Експерименти з голосом і простором.** Клієнта можуть запросити: говорити голосніше чи тихіше; змінити положення тіла; зробити крок до іншого крісла; увійти в інший простір (стоячи, лежачи).

Це виводить його із «звичного патерну» і створює новий досвід, часто – несподівано зцілюючий. Ці техніки не мають єдиного «правильного» застосування. Усе залежить від контексту, особистості клієнта, глибини контакту й готовності до переживання. Але в центрі завжди — *досвід тут-і-зараз, автентичність, рух до цілісності*.

**Базові цінності гештальттерапії.** Гештальттерапія не є просто набором методів чи технік — вона спирається на певну систему цінностей, які пронизують увесь терапевтичний процес. Це своєрідна етична, філософська і гуманістична основа, яка визначає не лише «як працювати», а й «навіщо працювати», «у що ми віримо про людину», «що ми вважаємо зціленням».

1. *Автентичність*. Це право і здатність бути собою, говорити правду про свої почуття, думки, бажання, бути «живим» — зі своєю силою, вразливістю, суперечностями. Терапевт не ховається за «професійною маскою», а говорить щиро. Клієнт поступово навчається бути собою у присутності іншого, не ховатись, не догоджати, не нападати — і це відкриває нову якість стосунків із собою і світом.

2. *Проживання досвіду*. Гештальттерапія вважає, що проблеми виникають не через самі емоції, а через те, що ми їх не проживаємо. У терапії клієнт отримує простір, де може плакати, злитися, боятися — без осуду, з підтримкою. Цінність у тому, щоб досвід мав завершення, вираження, тілесне й емоційне проживання, а не залишався «всередині».

3. *Довіра до процесу*. У гештальтпідході вважається, що людина – організм, який прагне до саморегуляції. Якщо створити безпечні умови — вона сама знайде шлях до себе, до контакту, до зцілення. Терапевт не «виправляє» клієнта – він створює простір, де досвід може розгорнутись, і клієнт побачить і відчує себе по-новому.

4. *Прийняття*. Без осуду. Без «добре/погано». Тільки «є». Це означає: ми не змушуємо клієнта змінюватись, ми не кажемо, яким він має бути — ми приймаємо його *таким, яким він є зараз*. Це особливо важливо для тих, хто ніколи не мав досвіду бути прийнятим — із соромом, злістю, страхом, уразливістю. Прийняття — це основа *терапевтичної безпеки*.

5. *Відповідальність*. Клієнт не «жертва життя», терапевт не «рятівник». Ми обидва – люди, які можуть впливати на себе, на вибір, на спосіб буття. Гештальт не обіцяє чарівних змін, але дає шанс відчувати: *«це мій вибір — мовчати або говорити», «це я стримую гнів — чи виражаю», «це я відходжу — чи наближаюсь»*. Це і є *вихід із сценарію*, початок справжньої автономії.

6. *Контакт*. Контакт – це зустріч. З собою. З іншим. І саме у цій зустрічі починається зцілення. Коли хтось бачить тебе таким, який ти є – і не тікає. Не атакує. Не ламає. Цінність контакту – в присутності, в обміні, у взаємності.

*Поняття «цикл контакту»*. У гештальттерапії центральним процесом є цикл контакту – модель, яка описує, як людина входить у взаємодію зі світом, реалізує потреби та формує досвід. Саме порушення цього циклу часто лежить в основі психологічних труднощів, а завдання терапії – допомогти його відновити. *Цикл контакту* – це послідовність етапів, що дозволяє людині:

1. усвідомити потребу;
2. зорієнтуватися в середовищі;
3. мобілізувати ресурси;
4. вступити в контакт;
5. завершити досвід;
6. інтегрувати результат.

*Етапи циклу контакту.*

1. *Передусвідомлення* (префігурація). Це фонове існування потреби, яка ще не усвідомлена. Вона є, але не визначена — як відчуття дискомфорту, напруги, неспокою.

2. *Усвідомлення* (фігура-фон). Потреба виходить на передній план, стає фігурою, яку можна назвати, відчути, осмислити.

3. *Мобілізація* (енергія). З'являється імпульс до дії. Людина починає шукати спосіб задовольнити потребу.

4. *Дія / контакт*. Контакт – це точка зустрічі себе з іншим / світом. Він може бути тілесним, емоційним, розумовим, сенсорним. Це пік переживання. Людина вступає в діалог, обіймає, плаче, сміється, говорить правду.

5. *Завершення*. Контакт відбувся, потреба реалізована або ні, але процес отримав завершення. Відбувається розрядка, відпускання.

6. *Відступ / інтеграція*. Повернення у стан спокою. Організм асимілює досвід, відновлюється баланс, виникає нова енергія. Людина відчуває ясність, легкість, готовність до нового моменту. Важливість циклу контакту. Кожна людина переживає десятки мікроциклів контакту щодня. У здоровому стані вони автоматично формуються й завершуються. Але коли певні етапи блокуються, цикл порушується — і досвід не отримує повноти. Це може проявитись у: хронічній тривозі; незрозумілій втомі; повторюваних конфліктах; відчутті «я не живу, я функціоную».

***Зриви циклу контакту (опори в ґештальті).*** Порушення у проходженні циклу контакту можуть виникати на будьякому з його етапів – це називається *зривом циклу контакту*. У ґештальттерапії також вживається термін *опори* – тобто способи, якими людина «підтримує себе» у контакті з середовищем. Коли опора неадаптивна або застаріла, вона не дозволяє завершити ґештальт і пережити досвід у повному обсязі. Зриви контакту виникають у вигляді захисних механізмів або фіксованих моделей, які колись були корисні, але зараз заважають вільній саморегуляції.

Розглянемо основні типи таких зривів:

1. *Інтроекція*. Це процес автоматичного засвоєння чужих норм, ідей, переконань без критичної обробки. Людина «ковтає» чужу думку, не перевіряючи, чи вона відповідає її потребам. Інтроекція може блокувати усвідомлення власної потреби, тому що людина «живе не своє». Завдання терапії — виявити, що є нав'язаним, а що автентичним. Це дозволяє «перетравити» інтроекти: деякі відкинути, інші — адаптувати під себе.

2. *Проекція*. Проекція – це приписування своїх почуттів, думок чи імпульсів іншим. Людина не визнає в собі певний досвід і «перекидає» його на інших. Проекція заважає побачити себе і не дозволяє повноцінного контакту, бо реальний інший замінюється на «екран моїх очікувань». Терапія допомагає повернути собі ці проєкції.

3. *Ретрофлексія*. Це пригнічення імпульсу або спрямування його на себе, замість вираження назовні. Людина не діє у світ, а «проти себе». Ретрофлексія часто супроводжується тілесною напругою, аутоагресією, психосоматикою. Вона руйнує контакт і розрядку емоцій. Завдання терапії — дати людині безпечний простір, де вона може поступово навчитися виражати заборонені емоції в екологічний спосіб.

4. *Дефлексія*. Це ухилення від контакту, уникання емоційної присутності, відчуттів, серйозної розмови. Людина говорить загально, жартує, змінює тему,

вдає байдужість. Дефлексія виконує функцію захисту від болю, тривоги, конфлікту. Але вона також ізолює, залишає людину на самоті, з непрожитим досвідом. Терапія працює через м'яке фокусування на поточних переживаннях.

5. *Конфлюенція*. Це відсутність меж між «я» і «іншим», злиття. Людина не знає, де її бажання, а де – інших. Уникає конфліктів, поступається, розчиняється. Конфлюенція блокує усвідомлення і вибір, бо людина не має стабільного контакту зі своїм Я.

*Завдання терапії* – допомогти людині відчувати: – «де я?», – «що моє?», – «як я хочу бути в стосунках, не втрачаючи себе?» Ці зриви – не помилки, а захисні способи переживати досвід, зберігати рівновагу. У гештальті вони не «ламаються», не «усуваються», а досліджуються, усвідомлюються і трансформуються. *Усвідомлення* – перший крок до вибору.

*Види захисних механізмів*. У гештальттерапії поняття захисних механізмів не трактується так, як у класичному психоаналізі — як виключно патологічна оборона від внутрішнього конфлікту. Тут вони розглядаються як *адаптаційні стратегії*, які дозволяють людині зберігати стабільність і рівновагу у контакті з реальністю. *Захисні механізми*: мають історичне походження (часто виникають у дитинстві); колись були функціональними (допомагали вижити, пристосуватись); зараз можуть ставати перешкодою для живого контакту, емоційної виразності, автентичності. Гештальттерапія не бореться з цими механізмами, не засуджує їх, а допомагає клієнтові усвідомити їхню дію, побачити зв'язок з потребами та обрати інший, більш гнучкий спосіб поведінки.

*Інтроекція* (зовнішнє – всередину). Людина приймає чужі ідеї, правила, очікування як свої, не розпізнаючи: чи вони насправді для неї корисні? Цей механізм формує внутрішній конфлікт: одне Я хоче бути вільним, інше — підкоряється «маєш бути таким». Інтроекти «заморожують» живу частину особистості.

*Робота в терапії*: усвідомити, які «повідомлення» є чужими; перевірити їх на актуальність; сформулювати власну систему цінностей.

*Проекція* (внутрішнє – назовні). Те, що важко прийняти в собі, людина бачить в інших. Вона приписує свої почуття, наміри або страхи іншим людям. Проекція порушує стосунки, бо інший сприймається не як реальна людина, а як екран моїх неприйнятих частин. Усвідомлення проекції дозволяє повернути собі «відкинуту» частину — і тим самим стати ціліснішим.

*Ретрофлексія* (дія всередину). Людина пригнічує власний імпульс, спрямовуючи його на себе. Це може бути: фізично: напруга, затискачі; емоційно: вина, сором; поведінково: самоізоляція, аутоагресія. Ретрофлексія — це спосіб виживання у світі, де не можна було виразити емоції. Але вона призводить до втрати контакту з власною силою. Терапія допомагає перенаправити енергію назовні — знайти способи конструктивного вираження.

*Дефлексія* (ухилення). Це уникнення контакту з емоціями, думками, тілом. Людина «розпорошує» увагу, уникає гострих моментів. Ознаки дефлексії: – багато говорити, але ні про що; – жартувати замість відчувати; – звертати увагу на інших, але не на себе. Дефлексія може бути несвідома, і часто захищає від



болю, страху, вразливості. Але вона віддаляє від автентичного переживання. Завдання терапевта — фокусувати клієнта.

*Конфлюенція* (відсутність меж). Це злиття з іншим, розчинення у чужих думках і почуттях. Людина не знає, де її потреба, а де — чужа. Цей механізм часто формується в ситуаціях залежності (виховання, емоційне насильство) — коли бути собою було небезпечно.

Терапія допомагає повернутися до себе — відчувати свої межі, свою потребу, свою правду. Захисні механізми — це способи адаптації, що колись були необхідні, але стали автоматичними. Гештальттерапія не руйнує їх, а надає простір для усвідомлення й вибору: залишити; змінити; трансформувати.

У гештальттерапії *полярності* — це пари протилежних якостей, станів, ролей або внутрішніх позицій, які співіснують у кожній людині. Ідея полягає в тому, що особистість є динамічною системою протилежностей, і розвиток, цілісність і зцілення можливі лише тоді, коли обидві полярності визнаються, приймаються і включаються в досвід. Приклади *полярностей*: сильний ↔ слабкий; активний ↔ пасивний; добрий ↔ злий; контролюючий ↔ піддатливий; раціональний ↔ емоційний; залежний ↔ незалежний; «Я повинен» ↔ «Я хочу»; внутрішній критик ↔ внутрішня дитина.

*Формування внутрішнього конфлікту*. У дитинстві ми засвоюємо, які частини нас приймаються, а які — ні. Це призводить до відщеплення однієї з полярностей. Це формує внутрішній дисбаланс: людина може здаватися сильною, але всередині відчувати себе безпорадною; поводитись раціонально, але пригнічувати потребу у почуттях; бути догідливою зовні, та відчувати лють усередині.

*Наслідки витіснення полярностей*. Коли одна сторона відкинута, вона не зникає, а діє приховано: у вигляді психосоматики; через «випадкові» спалахи емоцій; через проекції на інших; через самотаботаж; у снах, фантазіях, конфліктах. Людина втрачає гнучкість, свободу вибору, повноту самовираження.

*Терапевтична робота з полярностями*. У гештальттерапії мета не в тому, щоб «обрати» одну сторону і відкинути іншу. Навпаки — інтегрувати обидві. Це дає: цілісність: «Я маю і світло, і тінь»; гнучкість: «Я можу бути і м'яким, і жорстким — залежно від ситуації»; повагу до себе: «Я більше не відкидаю себе».

*Техніки роботи з полярностями*. Діалог між полярностями (техніка «порожнє крісло»). Потім — діалог між ними. Моделювання тілом: кожна сторона має свій рух, позицію. Клієнт «входить» у кожну — відчуває, що відбувається. Інтеграція через малюнок, метафору, голос: — зобразити обидві частини; дати їм імена; — написати лист від кожної до іншої.

*Полярності як ресурс*. Ідея не в тому, щоб «позбутися» неприємної частини, а в тому, щоб зробити її свідомою і дати їй місце у своєму житті. Тоді те, що раніше лякало або знецінювалося, стає джерелом сили: агресія — це енергія до дії; вразливість — це міст до близькості; контроль — це структура, яка може служити, а не домінувати.

*Цілісний підхід: Я — це Я*. Гештальттерапія веде до визнання всієї палітри себе: зворушливої і дикої, впевненої й тривожної, слабкої і сильної. Бути цілісним — не означає бути «ідеальним». Це означає бути живим.

**Основні методи роботи в гештальттерапії.** Методи гештальттерапії формуються не як стандартизовані інструкції, а як гнучкі й адаптивні способи підтримки процесу усвідомлення, розширення досвіду та інтеграції частин особистості. Їхня ефективність залежить не стільки від техніки як такої, скільки від глибини контакту між терапевтом і клієнтом, готовності до експерименту, безпеки простору. *Головна мета* – сприяти появі нових способів бути в контакті з собою і світом.

**Експеримент як метод.** Це ключова концепція гештальттерапії. Експеримент – це не вправління за планом, а спонтанна пропозиція клієнтові щось спробувати: висловити, уявити, змінити позицію, рух, інтонацію, втілити метафору, вступити в діалог. Експеримент активізує заблоковану енергію; дозволяє дослідити нову поведінку без ризику; переводить роздуми у досвід; відкриває нові шляхи дії.

**Усвідомлення (awareness).** Це не техніка, а безперервна практика фокусування уваги: на тілесних відчуттях (дихання, напруга, тепло); на емоціях (страх, смуток, радість, злість); на думках (внутрішній діалог); на поведінці («що я роблю зараз?»). Усвідомлення – це перший крок до вибору. Поки я не бачу – я дію автоматично.

**Контакт і відхід.** Гештальттерапевт постійно фокусується на процесі контакту: між клієнтом і його почуттями; між клієнтом і терапевтом; між клієнтом і середовищем. Контакт – це момент присутності. Відхід – це здатність залишити ситуацію, завершити її, відновити себе. Робота терапевта – допомогти клієнту усвідомити момент контакту, дозволити йому «бути» в ньому – і вчасно відпустити.

**Робота з порожнім кріслом.** Використовується для: завершення незавершеного контакту; діалогу з важливою фігурою (наприклад, померлим батьком); роботи з внутрішнім конфліктом; поляризації: одна частина «говорить», інша – відповідає. Техніка активізує: емоції; тілесний відгук; розуміння мотивації обох частин.

**Робота з голосом, тоном, мовою тіла.** Терапевт звертає увагу на: голос (гучність, тон, інтонацію); темп мови; позицію тіла; напругу або жести. Це допомагає тілесно проявити те, що раніше було лише на рівні слів або витіснених переживань.

**Робота з символами, образами, сновидіннями.** Клієнту пропонується: намалювати свій стан або почуття; описати його як метафору (звіра, хмару, об'єкт); уявити і «стати» ним (запитати: «хто ти?»); розіграти сценку або діалог з образом; дослідити сновидіння через активну уяву. Образи – це мова несвідомого, через яку клієнт виводить на поверхню важливі частини себе.

**Робота з межами.** Гештальттерапія приділяє особливу увагу межам особистості – фізичним, емоційним, психологічним: що я дозволяю/не дозволяю; коли я «відділяюсь» від іншого; коли я зливаюсь і втрачаю себе. Це тренує відчуття Я, формує внутрішню опору, дозволяє бути у контакті, не втрачаючи себе.

**Терапевтичні стосунки в гештальттерапії.** У гештальттерапії стосунки між терапевтом і клієнтом – це не просто професійна дистанція, а живий міжособистісний контакт, у якому сам процес взаємодії стає терапевтичним.

1. *Діалогічна модель.* Гештальттерапія будується на діалогічному підході, запозиченому з філософії Мартіна Бубера, який говорив про стосунки «Я – Ти». Це означає: обидва учасники – рівноцінні особистості; терапевт не ховається за роллю експерта, а є автентичним; клієнт не «пацієнт», не «об'єкт лікування», а партнер у процесі зцілення. Діалог — це зустріч, у якій обидва змінюються.

2. *Присутність і автентичність терапевта.* У гештальттерапії терапевт не грає роль «нейтрального слухача». Він: виявляє власні реакції (емоції, тілесні відчуття); відкрито ділиться своїм переживанням; не боїться бути людиною поруч з людиною. Це не про фокус на терапевтові – а про внесення живої присутності, що створює простір безпеки, прийняття і нової реальності.

3. *Контакт як простір змін.* Основна ідея гештальттерапії: *контакт з іншим — це місце, де народжується Я.* У стосунках із терапевтом клієнт отримує досвід: прийняття без умов; розширення дозволу на емоції; нової моделі діалогу; конфлікту, що не руйнує; близькості без контролю і залежності. Терапевтичні стосунки – *це лабораторія реальних стосунків.* Те, що не вдавалось у житті (бути почутим, сказати «ні», дозволити собі радість), можна спробувати тут — у безпечному середовищі.

4. *Контрперенос і зворотний зв'язок.* Терапевт використовує свій контрперенос – тобто власні емоції у відповідь на клієнта – як джерело розуміння того, що відбувається у стосунках. Але такі реакції мають перевірятись і розумітись, щоб не перетворитись на проекцію чи маніпуляцію. У гештальті важлива відповідальність за власні переживання і чесність у зворотному зв'язку.

5. *Визнання меж.* Хоча терапевт автентичний, він не втрачає професійних меж: не стає другом або «рятивником»; не використовує стосунки для власного задоволення; не втручається у вибір клієнта; не нав'язує власні рішення. *Свобода, повага і вибір* — головні орієнтири взаємодії. Важливість «тут-і-зараз» у стосунках Терапевтичний процес відбувається не лише «про щось із минулого» — а у тому, як клієнт і терапевт взаємодіють зараз. Самі ці стосунки є джерелом інсайту. Таким чином, стосунки терапевта і клієнта – це не інструмент для «роботи», а сама суть гештальттерапії, поле, в якому народжується новий досвід, нове Я, новий контакт зі світом.

**Групова гештальттерапія.** Групова гештальттерапія – це форма психотерапевтичної роботи, в якій використовується ресурс групового простору для розширення усвідомлення, взаємодії та трансформації особистісного досвіду. Це не просто «робота в групі», а використання групової динаміки як джерела контакту, дзеркала і підтримки.

*Принципи групової гештальттерапії.*

- *Тут-і-зараз:* основний фокус на тому, що відбувається всередині групи під час її зустрічі – у діалогах, конфліктах, почуттях, зворотному зв'язку.

- *Контакт і зворотний зв'язок:* учасники можуть відкрито ділитися тим, як сприймають інших, що в них викликає той чи інший стиль поведінки.

-*Феноменологічний підхід*: терапевт не інтерпретує, а допомагає учасникам помічати свої переживання і розуміти, як вони проживають ситуацію.

-*Відповідальність і свобода*: кожен учасник сам обирає, як включатися в роботу, чим ділитися, яку межу утримувати. Можливості групи для терапевтичного зростання.

-*Зворотний зв'язок* від кількох людей одночасно дозволяє побачити різні відображення себе.

-*Взаємодія з «тригерами»* – реакціями на інших – допомагає виявити власні неусвідомлені проекції.

-*Спостереження за іншими* – як вони вирішують свої проблеми – розширює уявлення про можливі варіанти.

-*Група стає «соціальним мікрокосмом»*, у якому людина знову відтворює свої життєві сценарії – і має змогу їх змінити в безпечних умовах.

**Роль ведучого у груповій гештальттерапії.** Терапевт виступає не як керівник, а як модератор простору контакту, який: допомагає утримувати межі групи; фокусує увагу учасників на переживаннях у моменті; підтримує глибину процесу; сприяє утворенню атмосфери довіри й поваги. Його завдання – не контролювати, а «бути присутнім», підтримувати діалог, створювати можливість для особистісного прояву.

*Основні формати групової роботи.*

– Терапевтичні групи – довготривалі, закриті групи (з постійним складом), де працюють глибинні процеси.

– Навчальні групи – спрямовані на розвиток усвідомлення, емоційного інтелекту, комунікативних навичок.

– Групи самодопомоги – менш структуровані, але теж опираються на гештальт-принципи.

*Типові труднощі й терапевтичні моменти в групі.*

– Сором: у групі часто активізуються страхи бути неприйнятим — це ключовий матеріал для усвідомлення.

– Конфлікти: дають можливість навчитися відстоювати себе без руйнування стосунків.

– Зв'язки і проекції: учасники часто «бачать» в інших фігури зі свого минулого (матір, батька, партнера).

– Довіра: формується не одразу, але є основою трансформації.

**Ефекти групової гештальттерапії:** розвиток здатності до відкритої комунікації; формування емоційної зрілості; розпізнавання і переформулювання життєвих сценаріїв; зниження самотності та відчуження; зростання самоповаги і впевненості. Гештальттерапія – це не просто напрям у психотерапії, а філософія життя, що базується на повазі до унікальності кожної людини, її досвіду, тіла, почуттів. Це шлях: до усвідомлення того, що є; до вибору, як діяти; до відповідальності за себе; до цілісності, де не потрібно відмовлятися від жодної частини себе; до живого, справжнього контакту – з собою, з іншими, зі світом.

## Тема 9. Системна Сімейна Терапія.

*Сімейна терапія як теорія соціальної роботи.* Сімейна психотерапія – це метод психологічної допомоги, спрямований на аналіз і трансформацію стосунків між членами сім'ї, у тому числі між поколіннями. У центрі уваги не окрема особа, а вся сімейна система як взаємопов'язане ціле. Основна ідея: проблема однієї людини – це відображення дисфункції в сімейній взаємодії. У соціальній сфері сімейна терапія використовується: у роботі з кризовими сім'ями (наси́льство, залежності, розлучення); з багатодітними або прийомними родинami; у сфері опіки, ювенальної юстиції; для підтримки сімей, де є дитина з інвалідністю чи хворобою; у програмах профілактики девіантної поведінки дітей і підлітків. Психотерапевт у соціальній роботі діє не тільки як консультант, а і як посередник, модератор змін, координатор сімейного ресурсу.

***Принцип системності в роботі з родиною:***

- Сім'я – система з власними правилами, ієрархією, функціями.
- Зміна в одній частині системи веде до перебудови всього цілого.
- Завдання терапевта – виявити, що підтримує симптом, і допомогти системі створити нову рівновагу.

***Напрями сімейної терапії.***

*Структурна сімейна терапія (ССТ).* Засновник: Сальвадор Мінухін. Фокус: структура сім'ї, межі між підсистемами (батьки–діти, подружжя), ієрархія. Проблеми виникають, коли межі занадто жорсткі або розмиті (наприклад, дитина виконує роль батька). Ціль – відновити функціональну структуру сім'ї, зміцнити ролі, налагодити комунікацію. *Техніки:* «розстановки ролей», «приєднання терапевта до системи», «переформування кордонів».

*Стратегічна сімейна терапія.* Засновники: Джей Хейлі, Мілтон Еріксон. Фокус: поведінкові сценарії в сім'ї, що підтримують проблему. Терапевт дає парадоксальні завдання, інструкції, які «ламають» патологічні патерни (наприклад, навмисно повторити конфлікт). Основна ідея – не зрозуміти причину, а змінити взаємодію. *Техніки:* парадоксальні інтервенції, «прописування симптому», контроль за зворотним зв'язком.

*Когнітивно-біхевіористський підхід.* Фокус: установки, переконання і поведінкові стратегії членів сім'ї. *Дисфункція* – це внаслідок негативних інтерпретацій і деструктивної поведінки. *Завдання* – навчити конструктивному спілкуванню, управлінню емоціями, зміні когніцій. *Техніки:* поведінкові контракти, когнітивна реструктуризація, домашні завдання.

*Екзистенційний підхід у сімейній терапії.* Фокус: глибокі питання сенсу, свободи, відповідальності у родинному контексті. Проблеми виникають, коли члени сім'ї втрачають зв'язок зі справжніми потребами, бо діють за «повинностями». Терапія допомагає віднайти взаємну автентичність, звільнитися від страхів, прийняти вибір. *Техніки:* відкритий діалог, проживання екзистенційних конфліктів, рефлексивні запитання.

***Теоретичні положення системної сімейної терапії.*** Сімейна системна терапія ґрунтується на теорії систем, згідно з якою:

- Сім'я – це відкрита, динамічна система, що перебуває в постійній взаємодії із зовнішнім середовищем.

– Кожен член сім'ї виконує певну роль і функцію, і зміни в одному елементі системи неминуче впливають на всіх інших.

– Система має тенденцію до гомеостазу – тобто, до збереження рівноваги навіть у дисфункціональних формах.

**Симптом як комунікація.** У системній терапії симптом розглядається не як "хвороба", а як формат взаємодії. Він виконує *функцію*: стабілізації системи (наприклад, дитина хворіє – батьки не сваряться); вираження конфлікту, який не може бути усвідомлений прямо; регулювання ієрархії, дистанції, емоційного балансу. Таким чином, завдання терапії – розшифрувати значення симптому в контексті сімейної динаміки.

**Циркулярність причинно-наслідкових зв'язків.** На відміну від лінійної моделі («причина → наслідок»), системна терапія дотримується циркулярної логіки. Немає «винного», а є взаємозалежний процес, де поведінка кожного підтримується поведінкою іншого. Наприклад: батько контролює доньку → вона бреше → він контролює ще більше → вона стає ще потайнішою.

**Концепція меж.** Межі – це психологічні та емоційні кордони між членами родини або підсистемами (подружжя, батьки–діти, брати–сестри).

- Здорові межі – гнучкі, дозволяють індивідуальність і спілкування.
- Жорсткі межі – ізоляція, відсутність підтримки.
- Розмиті межі – симбіоз, відсутність автономії, рольові зміщення (наприклад, дитина стає «партнером» для мами). Робота з межами – один із ключових векторів терапії.

#### **Етапи процесу сімейної терапії.**

1. *Контрактування і створення альянсу.* Встановлення контакту з усією сім'єю, а не лише з «носієм симптомів». Обговорення мети роботи, правил, конфіденційності. Визначення мотивації кожного члена родини, виявлення опору.

2. *Діагностика структури і взаємодії.* Вивчення історії родини, ключових подій, втрат, травм. Аналіз ієрархії, рольової структури, механізмів адаптації. Використання генограми, сімейних малюнків, розстановок.

3. *Виявлення патернів комунікації і конфліктів.* Які є цикли взаємодії? (наприклад, батько кричить → мати замовкає → дитина хворіє). Як передаються емоції в системі? Які неусвідомлені ролі відіграють члени сім'ї?

4. *Інтервенція – зміна патернів.* Впровадження нових моделей поведінки і комунікації. Усвідомлення старих сценаріїв і відмова від них. Робота з межами, ієрархією, емоційною відповідальністю.

5. *Завершення та інтеграція.* Підбиття підсумків, формування навичок підтримки змін. Посилення автономії сім'ї у вирішенні конфліктів. Підтримка позитивної динаміки (навіть після завершення терапії).

**Техніки сімейної терапії:** практичні інструменти роботи з системою

1. *Генограма (родинна карта).* Генограма – це графічне зображення трьох і більше поколінь сім'ї, яке дозволяє виявити: родинні зв'язки, альянси, конфлікти; повторювані моделі поведінки (розлучення, залежності, хвороби); «зони мовчання» або табуйовані теми; сімейні сценарії, що впливають на поточну ситуацію. Генограма не лише описує історію, а й дає сім'ї змогу побачити себе ззовні як систему.

2. *Сімейна скульптура*. Скульптура – це просторове розміщення членів сім'ї в кімнаті, яке показує: суб'єктивне сприйняття близькості, влади, емоційних ролей; приховані напруження, симпатії чи ізоляцію. Дитина може поставити себе «за спину мами» – це вказує на неусвідомлену лояльність. Скульптура може бути: реальною (з учасників); символічною (з фігурок, кубиків, картинок); психодраматичною (з тілесним відтворенням емоційного стану).

3. *Переформулювання (рефреймінг)*. Це зміна значення поведінки в очах сім'ї. Наприклад: «Твоя дочка бреше, бо хоче бути поганою» → «Вона боїться вашого осуду і намагається зберегти стосунки через уникання правди». Рефреймінг допомагає зменшити напругу і подивитися на проблему через призму емпатії.

4. *Парадоксальні інтервенції*. Це наміри терапевта «підсилити» симптом, щоб змінити до нього ставлення. Наприклад: «Ми просимо вас сьогодні ввечері влаштувати показову сварку – але за правилами: без криків, у віршах». Це порушує звичний сценарій і виводить симптом з-під контролю системи. 5. *Рольові інверсії*. Члени сім'ї на час змінюються ролями: дитина стає «татом»; батько – «дитиною»; мати – «спостерігачем». Це дозволяє прожити досвід іншого, посилити емпатію, побачити стереотипи.

6. *Домашні завдання*. Завдання між сесіями зміцнюють процес змін: вести щоденник спілкування; організувати «сімейну вечерю без гаджетів»; записати, що змінилося в самопочутті після сварки або компромісу.

7. *Ведення циркулярних запитань*. Це особлива форма питань, де одна особа відповідає про взаємини інших. Наприклад: «Як ти думаєш, що відчуває мама, коли ти не слухаєшся?» Це сприяє метапозиції, розвитку здатності бачити себе і ситуацію ширше.

8. *Використання метафор, казок, символів*. Особливо ефективно в роботі з дітьми: придумати казку про «сімейне королівство»; створити символ сімейної сили; «перемалювати» образ конфлікту. Мета – переосмислення, дистанціювання, емоційне перетворення.

*Системна сімейна терапія* – це глибокий підхід до роботи з міжособистісними відносинами, що визнає: сім'я як джерело як проблем, так і ресурсів; симптом – це спосіб адаптації до порушених взаємозв'язків; терапія – не виправлення однієї особи, а трансформація динаміки взаємодії. Цей підхід вимагає делікатності, гнучкості, стратегічного мислення та вміння працювати із групою як з єдиним цілим.

## **Тема 10. Трансактний Аналіз (ТА).**

### **1. Теоретичні основи трансактного аналізу.**

*Трансактний аналіз* – це психотерапевтична система, розроблена американським психіатром і психоаналітиком Еріком Берном у 1950–60-х роках як спроба створити просту, логічну, доступну модель психіки та міжособистісного спілкування. Його метою було «перевести психоаналіз з мови Відня 1890-х років на мову Сан-Франциско 1960-х», тобто зробити глибоку терапевтичну роботу зрозумілою не лише фахівцям, а й широкому загалу.

Трансактний аналіз — це глибока, водночас структурована та доступна система, яка розглядає особистість як комбінацію трьох его-станів, допомагає виявити несвідомі життєві сценарії, аналізує щоденну комунікацію й дає інструменти для зміни автоматичних моделей поведінки.

*Сучасний трансактний аналіз* включає теорію особистості, теорію комунікацій, аналіз складних систем і організацій, теорію дитячого розвитку. У практичному застосуванні він є системою корекції як окремих людей, так і подружніх пар, сімей і різних груп.

*Теоретичні основи трансактного аналізу.* Головна мета трансактного аналізу — досягнення автономії, тобто здатності людини: бути усвідомленою (усвідомлювати себе, свої почуття, мотиви); жити спонтанно (не за сценарієм, а згідно з поточними потребами); бути здатною до інтимності (близькості без ігор, маніпуляцій і масок); брати відповідальність за своє життя.

*Завдання трансактного аналізу:* допомогти клієнтові усвідомити власну структуру его-станів; розпізнати власний життєвий сценарій і його витoki; навчити розрізняти конструктивні та деструктивні трансакції; працювати з «ігровими» моделями поведінки; підтримати формування нових рішень, альтернатив старому сценарію.

*Принципи трансактного аналізу.*

— Людина в порядку: базова філософія ТА, яка припускає, що кожна людина має цінність незалежно від своїх дій.

— Кожен здатен думати і несе відповідальність за свої рішення.

— Кожна людина може змінити свій життєвий сценарій.

*Моделі его-станів за Е. Берном.* Его-стан — це структурна одиниця особистості, яка включає послідовний спосіб мислення, відчуття і поведінки. Це не «роль» чи «настрій», а комплекс станів свідомості, що можуть змінюватися залежно від ситуації. Три головні его-стани:

1. *Батько* — внутрішній образ фігур авторитету з дитинства (мама, тато, вихователі). Він може бути: - Критичним — встановлює правила, засуджує, карає. - Піклувальним — захищає, турбується, підтримує.

2. *Дорослий* — логічний, об'єктивний, аналітичний стан, що оперує фактами. Це центр обробки інформації, прийняття рішень, перевірки реальності.

3. *Дитина* — набір переживань, реакцій і стратегій, засвоєних у дитинстві: Вільна Дитина — природна, емоційна, творча; Адаптована Дитина — пригнічена, слухняна або протестна; Маленький Професор — інтуїтивно-маніпулятивний, схильний до гіпотез.

*Освідомлення, з якого его-стану ми діємо,* є фундаментом саморефлексії та комунікативної зрілості.

## **2.Поняття про трансакції.**

Трансакція — це одиниця соціальної взаємодії, в якій одна особа звертається до іншої з певного его-стану, а інша відповідає з того ж або іншого стану. У ТА ми аналізуємо не лише зміст, а й емоційний тон, положення тіла, міміку, адже саме вони розкривають істинну «якість» трансакції.

*Види трансакцій.*



1. *Паралельні (комплементарні)* — відповіді йдуть у тому ж напрямку:

- Дорослий → Дорослий
- Батько → Дитина → Батько.

Такі трансакції підтримують стабільну комунікацію.

2. *Перехресні* — відповіді з іншого его-стану, ніж очікується: - Дорослий → Дорослий, але відповідь із Дитини Це викликає непорозуміння, конфлікти, зупинення діалогу.

3. *Приховані (багаторівневі)* — мають явний і прихований сенс: Людина говорить як Дорослий, але «внутрішньо» звертається як Дитина → Батько

Це основа для так званих "ігор" — маніпулятивних стратегій у комунікації.

**Правила комунікації.** ТА пропонує етичну і практичну модель спілкування, яка сприяє прозорості, ефективності, зниженню конфліктності. Основні правила:

- Спілкуйся з позиції Дорослого — спокійно, логічно, без атак.
- Визнавай свої емоції (Дитина) без проєкцій на інших.
- Уникай «ігрових» трансакцій — не шукай прихованої вигоди в конфліктах.
- Спостерігай, яку роль займаєш у комунікації: жертва, переслідувач, рятівник?

Це допомагає вивести стосунки на рівень відкритого діалогу, а не повторення звичних сценаріїв.

*Життєвий сценарій* — це не усвідомлений план, а психологічна програма, сформована на основі батьківських послань, рішень дитини й повторюваних переживань. Людина живе за сценарієм, навіть не усвідомлюючи його.

*Типові сценарні послання:* «Не будь важливим», «Не відчувай», «Не успішуй», «Не будь собою»; «Ти повинен завжди догоджати», «Ніхто тебе не полюбить».

*У терапії відбувається:* ідентифікація сценарію; усвідомлення рішень, які підтримують його; формування нових рішень (redecision), які базуються на Дорослому. *Автономія* — це свобода жити не за нав'язаним планом, а за власним вибором.

### **3. Техніки психотерапевтичної роботи в трансактному аналізі.**

ТА має чітку, структуровану *методологію*. **Основні техніки включають:**

1. *Контрактування:* Ясна домовленість між терапевтом і клієнтом про мету роботи, роль кожного, критерії успіху.

2. *Структурний аналіз:* Вивчення его-станів клієнта: які домінують, які витіснені, які «захоплюють» поведінку.

3. *Аналіз трансакцій:* Робота з реальними прикладами з життя. Наприклад: «Як ти сказав це чоловікові? З якого стану?»

4. *Ігровий аналіз:* Виявлення повторюваних конфліктів, у яких клієнт отримує «вторинну вигоду» (право жалітись, ображатись, уникати рішень тощо). Вивчення ігрових сценаріїв: «Подивись, що ти зі мною зробив», «Тільки спробуй ще раз». Для визначення сценаріїв та ігор можна також користуватися дидактичними засобами, наприклад карпманівським драматичним трикутником. Три вершини цього трикутника відповідають позиціям Жертви, Рятувальника і

Переслідувача. Жертви страждають, проявляють безпорадність і ніяк не можуть відчувати, що з ними все добре. Рятувальники відчують себе в порядку лише тоді, коли вони комусь допомагають. Для того, щоб грати свою роль, їм потрібно, щоб інші залишалися жертвами. Переслідувачі критикують тих, кого оточують, маніпулюють ними і таким чином ставлять їх в положення Жертви.

Більшість членів групи, як правило, займають свою улюблену позицію. Але у віртуозно розіграваній грі можливе переміщення між вершинами трикутника. Отже, трансактний аналіз є досить ефективним у груповій роботі, призначений для короткочасної психокоректуючої роботи. Трансактний аналіз надає клієнту можливість вийти за рамки неусвідомлюваних схем і шаблонів поведінки, і, прийнявши іншу когнітивну структуру поведінки, отримати можливість довільної поведінки

5. *Сценарний аналіз*: Робота з дитячими рішеннями та батьківськими директивами. Переписування сценарію — через нові рішення, засновані на Дорослому.

6. *Робота з внутрішнім діалогом*: Моделювання розмов між Батьком, Дитиною, Дорослим. Вправа: «Що сказав би твій внутрішній Батько? А що Дорослий?» ТА працює на рівні усвідомлення, інсайту, поведінкових змін і емоційного розвантаження, що робить її ефективною у короткостроковій і довготривалій терапії.

*Короткострокова мета трансактного аналізу* полягає в досягненні цілей, які обумовлені в контрактах, *довгострокова* – в переписуванні сценаріїв життя. Зміна сценаріїв включає роботу в їх переорієнтації і застосування спеціальних дидактичних засобів, наприклад драматичного трикутника. Робота в групах трансактного аналізу має пізнавальну і освітню спрямованість, а обстановка, яка створюється в групі, сприяє роботі з контрактами і реалізації Дорослих Его членів групи. Трансактний аналіз може використовуватися при лікуванні неврозів в широкому віковому діапазоні. Менш ефективним його використання буде для лікування психотичних хворих, а також хворих з важкими хронічними формами неврозів. Сильною стороною трансактного аналізу є встановлення спільної мови з клієнтом, що полегшує формування психотерапевтичного контакту.

## **Тема 11. Наративна Терапія.**

### **1. Теоретичні засади наративної психотерапії.**

*Наративна психологія* (від лат. narration – розповідь, оповідання) – напрям психологічних досліджень, що вивчає оповідальну природу людської поведінки, тобто, характер взаємодії людини з власним досвідом через оповідання про нього. Наративна психологія виходить із припущення, що досвід і поведінка людини є означеними, і для того, щоб зрозуміти себе та інших, ми повинні з'ясувати систему та структури значень, які створюють наш внутрішній

світ та ментальність. Звідси випливає базовий принцип наративної психології: особистість не лише розуміє себе за допомогою мови, а й конструює себе у мовленні.

Вихідною методологією наративної психотерапії є *постмодернізм*, який базується на тлумаченні мовлення як засобу конструювання реальності, насамперед, реальності особистого досвіду. При цьому постмодерністи фіксують увагу на тому, як наше мовлення утверджує наш світ та наші переконання. Саме в мовленні спільноти конструюють власне бачення світу, і кожен раз, коли ми говоримо, ми створюємо реальність.

Другим методологічним підґрунтям наративної психотерапії є *соціальний конструктивізм*, який засновується на гіпотезі про те, що переконання, цінності, звичаї, закони та інші аспекти, які формують нашу соціальну реальність, конструюються представниками культури в процесі їхньої взаємодії. Тобто, спільноти конструюють ті інтерпретаційні рамки, які ми засвоюємо в процесі соціалізації і які накладаємо на реальність, намагаючись її збагнути.

## **2. Психологічна герменевтика та її основні поняття.**

Наративна психологія є складовою *психологічної герменевтики* – напряму досліджень, що вивчає проблеми розуміння та інтерпретації реальності та особистого досвіду, який зафіксований у різного роду текстах. До її основних понять належать «розуміння», «інтерпретація», «текст» і «досвід».

*Розуміння* тлумачиться як процес, який відтворює смислову структуру вихідного повідомлення та синтезує новий смисл, який виникає в результаті взаємодії смислу автора зі смисловим полем реципієнта. Проте, як показують дослідження, розуміння рідко вловлює саме той смисл, який був закладений у текст його автором. Розуміння відповідає на питання, «що автор мав на увазі, говорячи це?» і передбачає повне осягнення справжнього змісту повідомлення.

*Інтерпретація* відповідає на питання «як я розумію повідомлення автора?» і полягає не тільки у відтворенні сенсу тексту автора, а й у його осмисленні, яке ґрунтується на смисловій сфері реципієнта. Інтерпретація є невід’ємною від розуміння і слідує за ним. Під час психотерапії розумінню сприяють емпатія, активне слухання. Чим краще розуміння терапевтом клієнта, тим якісніше він може віддзеркалювати його особистість, проблеми, поведінку тощо. Інтерпретація ж допомагає конструювати терапевтичну гіпотезу, яка заснована, з одного боку, на розумінні клієнта, а з іншого – на професійному і особистісному досвіді терапевта.

Під *текстом* розуміються усні чи письмові повідомлення, внутрішній чи зовнішній діалог, вербальні чи невербальні прояви особистості, які транслиують реципієнтові певні приховані чи явні посили. Текст сприяє саморозумінню, а також сприйняттю та інтерпретації як навколишньої дійсності, так і інших людей.

*Досвід* поділяється на 2 види: особистий і особистісний. Другий, на відмінну від першого, передбачає інтеграцію в структуру Я, вербалізацію та рефлексію.

## **2. Поняття про наратив.**

Під *наративом* розуміється спосіб репрезентації минулого досвіду за допомогою послідовності впорядкованих речень, що передають часову послідовність подій. Розрізняють наративи у вузькому та широкому сенсі:

- 1) *оповідання* взагалі як процес породження історій, оповідань тощо;
- 2) *наратив* як конкретна чітко окреслена *форма оповідання*, спрямована на те, щоб зачепити слухача емоційно, зробити співчутливим спостерігачем або співучасником подій.

Наратив можна визначити як замкнуту завершену структуру, що містить такі характеристики: послідовність і завершеність дій і подій, які розміщуються у визначеному автором порядку; оцінки найбільш значущих подій і афективне ставлення оповідача. Наратив є розташуванням неупорядкованих життєвих подій у певній послідовності, вибудуваній згідно із загальною життєвою концепцією оповідача або його особистісним міфом, які визначають внутрішню логіку породжуваного тексту.

Виділяють таку **типологію наративів**, які формуються в дитинстві:

- *амбівалентний тип* відзначається тим, що, описуючи свій досвід, досліджувані не можуть визначити свого ставлення до життєвих подій, оскільки та ж подія може сприйматися одночасно як позитивна і як негативна. Тому в процесі репрезентації подій власного життя автор такого наративу не намагається переосмислити свій досвід, а пристосовується до нього, намагаючись знайти для його опису зручний сюжет;
- *емоційно-негативний* тип притаманний людям, які схильні відображувати переважно негативні події життя або негативне ставлення до власного досвіду. Особа ніби намагається відмежувати себе від проблем, вирішення яких вона не знаходить, не переживати ще раз події, які вона старанно намагається забути. Таким чином наратив часто розривається на «до» і «після» травмуючої події, а сама подія може бути описана одним коротким реченням;

- *емоційно-позитивний* тип, у процесі породження якого особистість розкриває певні протиріччя, ускладнення, конфлікти, а діючі особи намагаються їх розв'язати. Розповідаючи про свій досвід, людина оцінює події, висловлюючи своє ставлення до того, що трапилося, розкриваючи дії, які призводять до певних змін;

- *емоційно-нейтральний* тип наративу породжують, у першу чергу, особистості, не схильні до саморозкриття. Це може бути пов'язано як з неусвідомленням наявності проблеми, так і з її витісненням у несвідоме, що може призвести до руйнування образу Я.

## **3. Деконструкція та екстерналізація – ключові техніки наративної психотерапії.**

Питання прийняття рішень, особистісний вибір і дослідження його наслідків є центральними темами в наративній психотерапії. Завданням наративних психотерапевтів є залучення людей до реконструкції їх проблемних історій, визначення бажаних напрямів розвитку і створення альтернативних історій, які їх підтримують. *Деконструкція* виступає однією з провідних технік, яка полягає в ретельному аналізі текстів клієнта, що оформлені в цілісну структуру його наративу. Деконструктивне опитування спонукає людей побачити свої історії з різних точок зору, відзначити їх обмеження і виявити, що існують інші можливі наративи. Ставлячи деконструктивні запитання, психотерапевт розчищає поле вибору клієнта, спонукає помітити поодинокі випадки, що засвідчують ресурсні сили людини, і на їх основі обрати бажаний для неї напрям розвитку.

Центральною психотехнікою наративної психотерапії є також *екстерналізація*, якою називають практику відділення проблеми від людини, винесення першої в зовнішню щодо неї позицію. Наративні терапевти вважають: екстерналізація проблеми і симптому, винесення їх у діалогічну позицію стосовно людини, якій належить здійснити особистісний вибір, дозволяє виявити довіру й повагу терапевта до її суб'єктного потенціалу і водночас поставитися до проблеми як до об'єктивного фактору, який потрібно контролювати.

**Формат практики наративної психотерапії.** У процесі наративної психотерапії відбувається осмислення і переробка особистої історії клієнта через діалог із психотерапевтом. У результаті в клієнта виникає нове бачення цієї історії – причому, не тільки в інтелектуальному, а й в емоційному плані. Завдяки цьому і здійснюються зміни в психотерапії – клієнт стає більш цілісним, здатним позитивно сприймати власне життя і самого себе. Робота психотерапевта зводиться до спільної з клієнтом інтерпретації та вибудовування нового тексту – продуктивнішої життєвої історії. Його завданням є дати тексту автора, тобто, допомогти клієнтові взяти на себе відповідальність за власне життя, відчувши себе його творцем.

Д. Фрідман і Д. Комбс пропонують такий *формат практики* для розвитку (реконструкції) історії:

- 1) *починайте з унікального епізоду*. Навіть коли люди не згадують про позитивний аспект своїх переживань, запитуйте про події, що їх викликали;
- 2) *переконайтеся* в тому, що унікальний епізод представляє бажаний для людини напрям розвитку;
- 3) *позначте історію на ландшафті дій*, тобто встановіть, що було зроблено для того, щоб бажана дія відбулася;
- 4) *позначте історію на ландшафті свідомості*, тобто визначте, як учинок людини її характеризує;
- 5) *задавайте питання, що пов'язують* минулий епізод і позитивний досвід його переживання з теперішнім життям людини;
- 6) *задавайте питання, що поширюють* оптимістичну історію на майбутнє, актуалізуючи суб'єктний потенціал людини на досягнення бажаних для неї цілей.

*Наративна психотерапія* дозволяє людям вирішити такі проблеми: відокремити життя і стосунки від тих знань та історій, які, на думку клієнта, вже вичерпали себе; звільнитися від домінуючих історій; заохочує людину переписати історію свого життя відповідно до альтернативної історії, якій вона віддає перевагу.

## **Тема 12. Схема-Терапія.**

### **1. Модель роботи з частками.**

*Схема-терапія* була розроблена психологом Джеффри Янгом в Університеті Пенсільванії, де він проходив докторантуру разом із Аароном Беком — засновником когнітивної терапії. Янг визнав, що деяким людям важко отримати користь від стандартної когнітивної терапії. До того ж він зафіксував, що ці люди також мають хронічні та дезадаптивні моделі мислення та поведінки. Тому Янг розробляв способи, як допомогти клієнтам ідентифікувати та змінити їхні шаблони реакцій або *Схеми*.

*Дезадаптивні схеми*, на яких зосереджуються терапевти, — це моделі некорисних реакцій (думка, емоція, імпульс до дії), які мають корені в ранньому дитинстві та застосовуються людиною в дорослому віці. Ці моделі створюють перешкоди для досягнення цілей та задоволення власних потреб. Люди схильні внутрішньо повторювати набуті *Схеми*, що може згубно впливати на почуття власної гідності та самоповаги, на стосунки з іншими людьми.

*Схема-терапія* поєднує аспекти *когнітивної, поведінкової, міжособистісної терапії, теорії прихильності, експериментальної терапії та психоаналізу* в єдиний психотерапевтичний підхід. Якщо основні емоційні потреби людини не задовольняються в ранньому дитинстві, вона може не розуміти, як самотійно та ефективно задовольняти їх у дорослому віці. Зокрема, мова про безпеку та прихильність, здорові межі, свободу вираження емоцій, автономію та компетентність, спонтанність і гру. Наслідком незадоволених потреб і негативного досвіду в дитинстві є шкідливі та дезадаптивні схеми. Вони впливають на те, як люди інтерпретують поведінку інших та життєві події.

Люди з дезадаптивними схемами можуть вступати в токсичні стосунки з іншими, мати погані соціальні навички, демонструвати деструктивну поведінку та мати внутрішні страждання, з якими важко давати раду. Вони також можуть мати нестійку самооцінку та вважати себе нікчемними. Терапевти допомагають клієнтам/кам визначити та змінити дезадаптивні моделі. Таким чином люди покроково навчаються будувати теплі здорові стосунки та віднаходять почуття власної гідності.

У *схема-терапії* можуть використовуватися *емпіричні техніки*, щоб допомогти клієнтам опрацювати негативні спогади дитинства. А також зрозуміти, як саме розвивалися їхні негативні схеми.

***Схема-терапія загалом складається з трьох фаз:***

→ *Оцінка* — терапевт допомагає людині визначити дезадаптивні думки та моделі поведінки, знайти, звідки вони прийшли.

→ *Освіта* — терапевт допомагає людині зафіксувати момент, коли її стилі подолання проблеми не допомагають. А далі проаналізувати, що людина робить, щоб зберегти свої Схеми. Пацієнт/ка навчається розпізнавати, коли він/вона переходить із однієї дезадаптивної схеми до іншої.

→ *Зміна* — терапевт кидає виклик Схемам пацієнта/ки. Це досягається шляхом поєднання різних технік когнітивної, поведінкової, міжособистісної терапії та роботи з емоційним досвідом. Ідея полягає в тому, що коли терапевт показує клієнту, що Схема хибна та надає інструменти для задоволення базових емоційних потреб — Схема матиме менший вплив на людину.

Схема-терапія, зокрема *модель роботи з частками*, ґрунтується на ідеї, що в людині існують різні емоційні стани, які називаються частками. Ці частки можуть бути пов'язані з дитячими травмами, негативними переконаннями або способами подолання стресу. Схема-терапія допомагає клієнтам розпізнавати ці частки, розуміти їх походження та вплив, а також розвивати здоровіші способи взаємодії з ними.

**Поняття частки.** Частками у схема-терапії називають поточний емоційний стан. Це ніби режим, у якому ми контактуємо з оточенням. Частки можуть змінюватися, залежно від ситуацій та активної схеми, проте бувають і надзвичайно стійкими. Для зручності їх поділяють на два види: частки, пов'язані з найбільш негативними емоціями, і частки, що використовують для коупінгу з цими емоціями. Види часток:

— *Негативні частки:* пов'язані з дитячими травмами, негативними переконаннями та емоціями.

— *Частки подолання:* використовуються для захисту від негативних емоцій та болю, але часто призводять до дезадаптивної поведінки.

*Традиційно виділяють наступні види часток.*

**1. Дитячі частки.** Пов'язані із сильними негативними емоціями. Виникають у відповідь на пригнічення базових емоційних потреб людини.

*Вразливі частки.*

*Самотня дитина.* Зазвичай відчувається самотньою, емоційно спустошеною, соціально ізольованою, не вартою любові. “Ніхто й ніколи не зможе прийняти й полюбити мене”.

*Покинута і скривджена дитина.* Відчуває сильний страх та емоційний біль перед знехтуванням. Вона наче загублена дитина: сумна, налякана, беззахисна. Такі люди видаються вразливими й делікатними. Вони відчуваються безпорадними та прагнуть знайти “батьків”, які дбатимуть про них.

*Принижена/підкорена дитина.* Їй притаманне менш виражене відчуття самотності, натомість вона переживає приниження й неповноцінність, пов'язані з досвідом дитинства.

*Залежна дитина.* Почувається неспроможною виконувати обов'язки. Вона переобтяжена тим, що має робити доросла людина. Відсутність розвитку самостійності часто пов'язана з авторитарним стилем виховання.

*Агресивні частки.*

*Зла дитина.* Відчуває сильну злість, роздратування чи нетерплячість, тому що потреби раненої дитини не були задоволені. “Повстає” проти несправедливого ставлення і виявляє гнів (придушений) неналежно.

*Опозиційна дитина.* Відчуває злість, але не показує її відкрито, натомість пасивно опирається необґрунтованим проханням або порушенню автономії. Люди навколо вважають її впертою чи вкрай непоступливою.

*Розлючена дитина.* Їй властивий сильний гнів (на реальну чи уявну несправедливість, загрозу, критику), який призводить до вибухів неконтрольованої агресії.

*Брак дисципліни.*

*Імпульсивна дитина.* Характеристика цієї частки – егоїстичні та неконтрольовані дії, націлені на задоволення власних бажань та імпульсів. Імовірні наслідки такої поведінки для себе та інших людей геть ігноруються. Може здаватися “зіпсованою дитиною”.

*Недисциплінована дитина.* Не може доводити до кінця рутинні та нудні завдання, швидко розчаровується і здається.

**2.Дисфункційні (такі, що критикують) батьківські частки.** Концептуально відображають інтерналізовану негативну поведінку важливих інших відносно людини в її дитинстві. Перебуваючи в цьому стані, люди чинять тиск на себе або ненавидять себе.

*Карає.* Це інтерналізований голос батьків або інших вихователів. Він критикує людину, яка, своєю чергою, сердиться на себе і відчувається гідною покарання за вираження нормальних потреб, бо за це карали в дитинстві. Тон цієї частки суворий, невблаганний.

*Вимагає.* Постійно тисне на дитину, встановлюючи надмірно високі стандарти. Дає зрозуміти, що єдиний спосіб існування – це бути ідеальною, тримати все під контролем.

*Інтегрує провину.* Має почуття провини перед іншими людьми і відповідальність за їхній добробут, тому мусить усім допомагати і про всіх дбати. Потреби оточення значно важливіші за її власні. Розчаровувати інших і бути причиною їхніх негативних емоцій – нестерпно.

**3.Дисфункційні коупінг-частки.** Являють собою стратегії захисту від активації схем.

*Капітуляція.*

*Поступливий капітулянт.* Поводиться пасивно, покійно, “применшує” себе поряд з іншими. Через страх перед конфліктом, знехтуванням або через потребу схвалення й визнання така людина готова відмовлятися від своїх бажань, придушувати власні потреби та емоції, терпіти погане поводження, підкорятися оточенню.

*Безпорадний капітулянт.* У режимі безпорадної капітуляції людина відчувається безсилою, залежною, неефективною, пасивною або застряглою. Вона ідеалізує інших, сприймаючи їх як сильних, компетентних, потенційних рятівників, здатних вирішити її труднощі. Вона може говорити про складнощі й потреби, але справжній зв'язок із вразливістю відсутній. Людина в режимі безпорадної капітуляції переконана: аби бути гідною і заслуговувати на турботу,



слід продемонструвати свої потреби через видимі прояви – безпорадність, фізичну вразливість або слабкість. Режим «безпорадної здачі» може бути пов'язаний із «вивченою безпорадністю» в дитинстві, яка призвела до того, що людина почувалася переможеною, пригніченою, паралізованою страхом бути знехтуваною, покинутою чи приниженою.

*Капітулянт, що жаліється (Self-Pity Victim).* Людина бачить себе жертвою. Вона вважає світ несправедливим. Переконана, що інші володіють владою, а сама вона безсила, тому відмовляється брати відповідальність за зміни.

*Уникнення.*

*Відсторонений захисник.* Психологічне уникнення болю, який спричиняє схема, за допомогою емоційного відсторонення. Супроводжується відчуттям внутрішньої порожнечі, нудьгою, зловживанням ПАР, переїданням, самоушкоджувальною поведінкою.

*Уникнення.* Людина докладає зусиль, аби не опинитися в ситуаціях, які спричиняють стрес, дискомфорт і негативні емоції. Поведінка уникнення може призводити до бездіяльності, значного обмеження активності, соціальної ізоляції.

*Злий захисник.* Цій частці властива так звана “стіна гніву”, яка є захистом себе від інших. Людина маскує справжні почуття й потреби за обуренням і гнівом. Оточення сприймається як загроза. Людина агресивно його відштовхує, тримає на безпечній відстані, захищаючи внутрішню дитину.

*Відсторонено-самозаспокоювальна.* Людина прагне відключитися від негативних емоцій, відволікаючи себе, заспокоюючи або стимулюючи, як правило, заняттями адиктивного або компульсивного характеру (зловживання психоактивними речовинами, ігроманія, комп'ютерна залежність, екстремальний спорт, переїдання, трудовголізм, шопоголізм, безладне статеве життя тощо).

*Гіперкомпенсація.* Самовозвеличувальна частка. Людина в цьому стані переконана: вона краща за інших, наділена особливими правами і може робити те, що іншим не дозволено. Вона зосереджена на собі, вимагає захоплення й поваги, ігнорує емоції та потреби інших людей, егоїстична й амбітна, поводить зарозуміло, часто образливо, підкреслюючи свій особливий статус і виявляючи зверхність.

*Прагне схвалення й визнання.* Такі люди намагаються отримати увагу та схвалення інших за допомогою екстравагантної, неадекватної та показової поведінки. Зазвичай вона є способом коупінгу до відчуття самотності та відсутності визнання.

*Гіперконтроль.* Людина в цьому стані намагається захистити себе від уявної або реальної загрози шляхом надмірного контролю, занадто акцентуючи увагу на проблемі або занурюючись у тривалі повторювані роздуми.

***Існують різні форми такої поведінки:***

*Перфекціоніст-контролер* як зосередження на перфекціонізмі, щоб отримати контроль та запобігти невдачам та критиці.

*Параноїк-контролер* як зосередження на пильності, скануванні інших людей на ознаки недоброзичливого ставлення. Може контролювати інших, аби захиститися від очікуваної загрози й переслідування.

*Гіпераналізатор-контролер*: надмірний аналіз подій, думок, своїх та інших людей.

*Сварливий гіперконтролер* звинувачує, критикує оточення, аби контролювати його та керувати ним.

*Самокараючий гіперконтролер* надмірно компенсує страх перед нападом або покаранням, звинувачуючи себе з метою відновлення ілюзії контролю. Самопокарання може також функціонувати як спроба самовдосконалення, заспокоєння, зменшення ризику бути приниженим чи покараним (іншими або власним внутрішнім Критиком), спроба підвищити передбачуваність і контроль над стражданням та болем або спокутувати невіршену провину чи сором.

*Непереможний гіперавтономний гіперконтролер* почувається нездоланим, незгубним, потужним. Людина прагне бути невразливою, бут «на вершині», поводячись у спосіб, який є самодостатнім і заперечує потребу в емоційному зв'язку з іншими.

*Агресор-нападник*. Застосовує агресію та залякування, щоб отримати бажане або захиститися від імовірної чи реальної загрози.

*Маніпулятор*. У цьому стані людина бреше, маніпулює, шахраює, щоб досягти своєї мети, уникнути покарання або використовувати інших для своєї вигоди. Ця частка доволі часто присутня у злочинців, але трапляється і в деяких нарцисистичних особистостей.

*Частка хижака*. У цій частці людина холодно, безжально й обачливо планує і втілює в життя усунення загрози, суперника, перешкоди або ворога. Якщо частці агресора-нападника властиві “гарячі” прояви агресії, то частка хижака характеризується холодною, безжальною агресією. Ця частка присутня тільки у психопатичних антисоціальних особистостей.

***Здорові частки: здорового дорослого та щасливої дитини.*** Пов'язані з позитивними й адаптивними думками та поведінкою.

*Здорова доросла частка*. Ця частка виконує функції, притаманні дорослій людині. Думки й поведінка конструктивні. У цьому стані людина здатна брати на себе відповідальність, самостійно робити вибір і вирішувати проблеми, усвідомлює свої можливості й обмеження, з повагою ставиться до інших людей, дотримується взятих на себе зобов'язань, має здорові робочі, батьківські, побутові, соціальні, культурні, сексуальні, естетичні, спортивні інтереси.

*Щаслива дитина*. Відчуває мир та спокій, оскільки її базові емоційні потреби задоволені. Людина в цьому стані відчуває, що її люблять і цінують такою, якою вона є, про неї турбуються. Почувається захищеною, зрозумілою, прийнятою, впевненою в собі, компетентною, самостійною, вільною та гідною доброго ставлення. Поводиться спонтанно, отримує радість і задоволення від своїх занять та ігор, життєрадісна й оптимістична.

Отже, завданням схема-терапії є передусім зменшення впливу батьківських (каральних) часток та зміна коупінгів на більш адаптивні.

Далі – зцілення ранених дитячих часток і, задовольняючи базові емоційні потреби, формування більш функціональної здорової дорослої частки.

***Робота з частками.*** Схема-терапія включає в себе роботу з цими частками, щоб допомогти клієнтам:

- Розпізнавати: Вчитися розрізняти, яка частка активна в певний момент.
- Розуміти: Вивчати походження та причини виникнення цих часток.
- Змінювати: Розвивати здоровіші способи подолання стресу та задоволення базових потреб, зменшуючи вплив дезадаптивних часток.

## 2. Основні фази схема-терапії.

**Ключові Концепції Схема-Терапії.** В основі схема-терапії лежить розуміння кількох взаємопов'язаних концепцій, що пояснюють формування та підтримку психологічних труднощів.

**Ранні Дезадаптивні Схеми (РДС):** Це широкі, всепроникні теми щодо себе та стосунків з іншими, що розвиваються в дитинстві та деталізуються протягом життя, будучи значною мірою дисфункціональними. Вони формуються внаслідок взаємодії вродженого темпераменту дитини та тривалого негативного досвіду з батьками, братами, сестрами чи однолітками. Оскільки ці схеми починаються рано в житті, вони стають знайомими і, отже, комфортними, змушуючи людей спотворювати свій погляд на події, щоб підтримувати їхню дійсність. Янг ідентифікував 18 РДС, згрупованих у п'ять широких доменів, кожен з яких представляє важливий компонент основних потреб дитини.

**Доменнi Схем:** Це п'ять широких категорій, що відображають основні емоційні потреби, незадоволення яких у дитинстві призводить до формування дезадаптивних схем. Кожен домен охоплює специфічні схеми, що відображають ці незадоволені потреби та пов'язані з ними негативні переконання та поведінку. Приклади доменів включають:

1. *Відключення та Відторгнення:* Очікування, що потреби в безпеці, стабільності, турботі, емпатії, прийнятті та повазі не будуть задоволені передбачуваним чином. Типове сімейне походження, що сприяє цьому домену, є відстороненим, холодним, відкидаючим, ізольованим або жорстоким.

2. *Порушена Автономія та Продуктивність:* Цей домен включає схеми, пов'язані з відсутністю самостійності, часто виникаючи через надмірну опіку або втручання батьків.

3. *Порушені Межі:* Домен, що стосується труднощів з встановленням адекватних меж.

4. *Спрямованість на Інших:* Домен, що відображає надмірну орієнтацію на потреби інших за рахунок власних.

5. *Надмірна Пильність та Гальмування:* Домен, що характеризується надмірною обережністю, придушенням емоцій та спонтанності.

**Режими Схем:** Це динамічні емоційні стани, що відображають миттєві переживання та копінгові реакції. Вони представляють різні частини особистості, які взаємодіють для задоволення основних потреб. Існує чотири категорії режимів схем:

1. *Дитячі режими:* Емоційні стани, що відображають ранні переживання та незадоволені потреби, такі як Вразлива Дитина (сум, безпорадність, страх) та Зла Дитина (гнів, обурення).

2. *Дисфункціональні Копінгові режими*: Захисні механізми, що забезпечують короткострокове полегшення, але підтримують негативні схеми, наприклад, Відсторонений Захисник (емоційна відстороненість) або Покірний Капітулянт (підкорення іншим).

3. *Дисфункціональні Батьківські режими*: Інтерналізовані критичні або вимогливі голоси, такі як Караючий Батько або Вимогливий Батько.

4. *Режим Здорового Дорослого*: Інтегрована частина особистості, що здатна задовольняти власні потреби, керувати емоціями та приймати адаптивні рішення.

**Центральна Роль Обмеженого Ребатьківства.** Обмежене ребатьківство є серцем лікування в схема-терапії та одним з її найбільш унікальних та визначальних елементів. Воно передбачає встановлення безпечної прив'язаності через терапевта, який у межах професійних відносин робить все можливе, щоб задовольнити незадоволені потреби клієнта, паралельно здоровому вихованню. Цей підхід відрізняє СТ від більшості інших психотерапевтичних підходів, оскільки він вітає та заохочує залежність на початкових етапах, що дозволяє інтерналізувати регуляцію афекту терапевтом та сформувати здоровий дорослий режим.

#### **Основні Фази Схема-Терапії та їхні ключові завдання**

| Фаза Терапії                                   | Орієнтовна Тривалість | Ключові Завдання/Цілі                                                                                                             |
|------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Оцінка та Концептуалізація (Початкова Фаза) | 2-3 місяці            | Виявлення РДС та режимів, формування кейс-концептуалізації, встановлення безпечного терапевтичного середовища                     |
| 2. Зміни та Переробка (Терапевтична Фаза)      | 1 рік і більше        | Переробка дезадаптивних режимів, розвиток реалістичного самосприйняття, задоволення базових потреб, зміцнення Здорового Дорослого |
| 3. Завершення та Консолідація (Кінцева Фаза)   | Варіюється            | Зміцнення Здорового Дорослого, підготовка до майбутніх тригерних ситуацій та поведінкових змін, запобігання рецидивам             |

#### **Фаза 1: Оцінка та Концептуалізація (Початкова Фаза)**

Початкова фаза схема-терапії, яка зазвичай триває близько двох-трьох місяців, є критично важливою для встановлення фундаменту всього терапевтичного процесу. Вона зосереджена на глибокому розумінні внутрішнього світу клієнта, ідентифікації його ранніх дезадаптивних схем та режимів, а також формуванні індивідуалізованої концептуалізації випадку.

**Мета та Фокус.** Основна мета цієї фази полягає у виявленні глибоко вкорінених РДС та динамічних режимів схем, які керують поведінкою, емоціями та думками клієнта. Терапевт прагне відповісти на ключові питання: "Які режими домінують у презентації клієнта на сесії?" та "Які режими задіяні в проблемах клієнта?". Це включає створення цілісного розуміння історії клієнта, його незадоволених потреб дитинства, розвитку схем та копінгових стилів, а також їхнього впливу на поточні труднощі. Паралельно цьому, терапевт активно

працює над встановленням безпечного терапевтичного середовища, діючи як "достатньо хороший батько" через обмежене ребатьківство, пропонуючи особистий та відкритий контакт, створюючи безпечне та надійне місце для дослідження.

*Основні Техніки.* На цьому етапі використовується низка діагностичних та терапевтичних технік, що сприяють глибокому зануренню в проблематику клієнта:

1. *Дослідження Патернів та Схем:* Терапевт чергує обговорення конкретних прикладів із розширенням до загальних патернів. Використовуються такі техніки, як "техніка спадної стрілки" та "діагностична уява" для виявлення основних потреб та базових схем.

2. *Обговорення Результатів YSQ (Опитувальник Схем Янга):* Результати опитувальників інтегруються в розмови про скарги та досвід клієнта. Це допомагає клієнту розпізнати свої релевантні схеми та відчувати себе зрозумілим терапевтом, що посилює терапевтичний альянс.

3. *Діагностична Уява:* Ця техніка вводиться на ранніх етапах, часто вже на першій або другій сесії, для дослідження схем та режимів без їх переписування. Вона передбачає виклик тривожних спогадів дитинства у вигляді образів досвіду з батьками та іншими значущими людьми, а також діалоги з цими уявними фігурами. Це допомагає клієнту зв'язати поточні ситуації з емоціями раннього дитинства, прояснюючи тригери, що активують схеми та режими.

4. *Введення Режимів:* Концепція режимів вводиться шляхом зв'язку їх з сприйняттям клієнта, наприклад, обговорення придушення почуттів проти переповнюючих почуттів в інший час. Терапевт допомагає знайти назви для цих "сторін", що відповідають сприйняттю клієнта, що сприяє персоніфікації внутрішніх станів.

5. *Обговорення Моделі Режимів:* Терапевт ділиться моделлю режимів з клієнтом для візуалізації різних режимів, отримання глибшого розуміння та огляду шляхом типізації досвіду за режимом. Варіації "розміру" режимів допомагають відповідати досвіду клієнта, визнаючи, наприклад, дуже сильного "Захисника" або "Караючого Батька".

6. *Обговорення Цілей Терапії:* Цілі чітко формулюються простими термінами: ведення переговорів із Захисником, боротьба з Караючим Батьком, задоволення потреб Вразливої Дитини та Злої Дитини, а також зміцнення Здорового Дорослого.

7. *Гра "Вгадай Режим":* Ця легша техніка допомагає клієнту навчитися розпізнавати режими та мислити в термінах режимів, звертаючи увагу на невербальні сигнали та запрошуючи зануритися в режими для підвищення усвідомлення їхніх характеристик.

*Еволюція Терапевтичних Відносин.* На цьому етапі терапевт активно створює безпечне та довірливе середовище, що є основоположним для подальшої роботи. Терапевт проявляє теплоту, турботу та емпатію, закладаючи основу для "обмеженого ребатьківства". Це включає "послідовну надійність" у часі, доступності та очікуваннях, "відповідне саморозкриття", "фокусовані на потребах рефлексії" та "виховання під час сесії".

Варто зазначити, що оцінка в схема-терапії є не просто діагностичним етапом, а вже активним терапевтичним втручанням, що ініціює емоційне опрацювання. Використання емотивних вправ та уяви настільки рано в терапії, вже на першій-другій сесії та протягом перших двох-трьох місяців, свідчить про те, що мета виходить за межі простого збору даних. Вона спрямована на активацію та відчуття схем і режимів, що є активним зануренням в емоційний світ клієнта. Такий підхід дозволяє терапевту "йти глибше" і безпосередньо отримати доступ до "вразливої дитячої частини" клієнта через праву півкулю мозку, де, як вважається, зберігаються ранні дезадаптивні схеми. Це створює "резонанс правої півкулі до правої півкулі", що поглиблює емоційний зв'язок між терапевтом і пацієнтом. Таким чином, оцінка стає першим кроком у забезпеченні "коригуючого емоційного досвіду", який є центральним для СТ, і допомагає клієнту відчувати себе "зрозумілим", що є основою для довіри.

Це сприяє розвитку мета-пізнання — здатності усвідомлювати власні психічні процеси — та покращенню емоційної регуляції. Клієнти починають "розпізнавати режими у своєму повсякденному житті та ефективно справлятися з ними", що є ключовим для "зміцнення Здорового Дорослого" у подальших фазах терапії. Це також готує ґрунт для більш складних експериментальних технік, таких як робота зі стільцями, де різні режими можуть бути представлені та опрацьовані у безпечному середовищі.

### ***Фаза 2: Зміни та Переробка (Терапевтична Фаза).***

Терапевтична фаза є основною частиною лікування в схема-терапії, яка може тривати рік і більше. Вона зосереджена на переробці дезадаптивних режимів, щоб допомогти пацієнту розвинути більш реалістичне самосприйняття та світогляд, краще задовольняти свої базові потреби та почуватися більш впевнено, безпечно та пов'язано. Терапевт використовує когнітивні, емоційно-фокусовані та поведінкові техніки, працюючи з минулим, сьогоденням та майбутнім досвідом клієнта.

*Мета та Фокус.* Основна мета цієї фази полягає у зміні глибоко вкорінених патернів, що підтримують дезадаптивні схеми. Це досягається шляхом активної роботи з режимами схем, їх модифікації та інтеграції, щоб клієнт міг розвинути здоровіші способи мислення, відчуття та поведінки. Фокус зміщується з ідентифікації на активне втручання, спрямоване на зцілення емоційних ран дитинства та формування нових, адаптивних реакцій.

*Основні Техніки.* На цьому етапі застосовується широкий спектр інтегративних технік:

1. *Обмежене Ребатьківство:* Цей підхід є центральним для схема-терапії. Він включає кілька ключових аспектів:

2. *Пропозиція Турботи:* Терапевт з'єднується з досвідом клієнта, уявляючи його як маленьку дитину, переповнену старим болем. Терапевт визнає почуття, пов'язує їх з минулим досвідом та пропонує заспокоєння м'яким, теплим тоном.

3. *Надання Напрямку:* Терапевт активно втручається у важливі життєві вибори клієнта, уповільнюючи негайні "дієві" реакції, керовані копінговими стилями. Це передбачає співчуття та активне обмірковування довгострокових змін у важливих сферах життя.

4. *Емпатична Конфронтація*: Це особисте та емпатичне протистояння неконструктивним поведінковим патернам, які перешкоджають задоволенню базових потреб. Процес включає вивчення поведінки, дружню, але чітку конфронтацію невеликими кроками, розширення до ширших патернів, зв'язок з історичним походженням та режимами, а також призначення здоровіших альтернатив.

5. *Встановлення Меж*: Це чітке визначення меж з оголошеними наслідками у разі їх недотримання. Наслідки застосовуються при подальших порушеннях і можуть посилюватися, потенційно призводячи до переривання терапії.

6. *Робота зі Стільцями (Chairwork)*: Ця техніка передбачає переміщення клієнта між двома стільцями для діалогу між різними частинами себе, такими як сторона схеми та здорова сторона, або режим Відстороненого Захисника та режим Здорового Дорослого. Діалоги також можуть відбуватися між клієнтом та уявними значущими іншими для досягнення завершення або практики наполегливості. Робота з образами та робота зі стільцями часто поєднуються.

7. *Відсторонений Захисник – Робота зі Стільцями*: Терапевт використовує роботу зі стільцями, щоб пояснити захисну функцію відстороненого захисника, а потім намагається обійти його, щоб з'єднатися з Вразливою Дитиною. Клієнт переміщується між стільцями, щоб втілити Відстороненого Захисника та Вразливу Дитину, а терапевт пропонує здоровіший підхід та втішає Вразливу Дитину.

8. *Караючий Батько – Робота зі Стільцями*: Використовується техніка з кількома стільцями, щоб "відправити" режим Караючого Батька. Це включає ідентифікацію та назву режиму, дозволяючи клієнту втілити його для вираження критики, переривання караючих повідомлень, дослідження емоцій Вразливої Дитини, та конфронтацію терапевта з Караючим Батьком, можливо, фізично видаляючи стілець Караючого Батька та втішаючи Вразливу Дитину.

9. *Зла Дитина – Робота зі Стільцями*: Спочатку зосереджується на вентиляції старого гніву. На пізніших етапах Здоровий Дорослий вчиться виражати гнів таким чином, щоб не шкодити стосункам з іншими, з коучингом терапевта щодо контрольованого вираження.

10. *Переписування Образів (Imagery Rescripting)*: Ця техніка передбачає перегляд болючих спогадів таким чином, щоб потреби пацієнта були задоволені. Якщо батьки або значущі інші не могли задовольнити потреби, терапевт входить в образ, щоб забезпечити здорове виховання, сприяючи формуванню безпечної прив'язаності з пацієнтом, що, як вважається, веде до зростання та інтеграції. Також заохочується вираження гніву до тих, хто завдав болю, та відстоювання своїх прав, або в образі, або через рольову гру. Пізніше в терапії, коли режим Здорового Дорослого пацієнта зміцнюється, він бере на себе провідну роль у задоволенні потреб режиму Вразливої Дитини в образах.

11. *Караючий Батько – Переписування Образів*: Варіації включають початок з безпечного місця, пряме залучення до тривожних почуттів або виклик недавнього чи минулого значущого образу. Комплексні кроки включають пояснення, створення безпечного місця, емоційний міст до минулого,

візуалізацію оригінальної події, переписування події, повернення до безпечного місця та подальше обговорення.

12. *Однолітки-Кривдники – Переписування Образів*: Схоже на переписування Караючого Батька, але терапевт вирішує, чи звертатися до дітей-кривдників та/або залучених вчителів в історичній ситуації.

13. *Когнітивні Техніки*: Ці техніки допомагають клієнтам почати ідентифікувати невідповідності між їхніми схемами та реальністю, розвивати більш збалансовану та реалістичну перспективу, а також зменшувати вплив дезадаптивних схем на їхні думки та поведінку.

14. *Караючий Батько – Когнітивна Техніка*: Явно висвітлюються аргументи проти повідомлень Караючого Батька, використовуючи такі техніки, як вимірна оцінка, щоб показати, що Караючий Батько не правий.

15. *Щоденник Схема-Терапії (Schema Therapy Diary)*: Це форма, яку клієнт заповнює між сесіями, що служить посібником для організації досвіду, коли активуються схеми або режими, на основі того, що вони вивчають у терапії. Реакції, керовані схемами, сортуються за думками, почуттями, поведінкою, основними схемами, здоровими перспективами, реалістичними занепокоєннями, надмірними реакціями та здоровою поведінкою. Це підсумок усіх основних елементів та етапів терапевтичного процесу, що забезпечує важливий шаблон.

16. *Аудіо-Флешкартки (Audio Flashcards)*: Терапевт записує аудіо-флешкартки, щоб допомогти клієнту запам'ятати та інтерналізувати фактичні аргументи проти батьківського режиму. Вони також служать перехідними об'єктами для інтерналізації заспокійливого голосу терапевта.

17. *Домашні Завдання*: Завдання даються з самого початку, спрямовані на краще розуміння режимів та використання повідомлень терапевта, аудіозаписів та форм щоденника.

18. *Вентиляція Гніву (Angry Child - Ventilate, Empathize, Reality Testing)*: Дозволяє клієнту вивільнити накопичений гнів від минулих несправедливостей, підтверджуючи пригнічену потребу у самовираженні. Ця стратегія призначена для дитячих режимів, а не для копінгових режимів, і адаптується до інших базових потреб, якщо це доречно.

**Еволюція Терапевтичних Відносин.** На цьому етапі терапевтичні відносини значно поглиблюються, оскільки терапевт стає фігурою безпечної прив'язаності. Терапевт активно надає "коригуючий емоційний досвід", що є ключовим для зміцнення глибоко вкорінених схем. Обмежене ребатьківство передбачає широкий спектр реакцій, включаючи теплоту, турботу, твердість, саморозкриття, конфронтацію, грайливість та встановлення меж. Ці реакції гнучкі та організовані навколо основних потреб пацієнта. Готовність терапевта зблизитися з клієнтом та бути в контакті зі своїми власними емоціями є життєво важливою для формування цього зв'язку.

Терапевтичні відносини в СТ є не просто підтримуючими, а динамічним, активним коригуючим емоційним досвідом через "обмежене ребатьківство", що є вирішальним для зміцнення глибоко вкорінених схем. На відміну від деяких інших підходів, СТ явно заохочує залежність на початкових етапах терапії. Терапевт діє як фігура безпечної прив'язаності, надаючи те, чого бракувало в дитинстві



клієнта. Це включає широкий спектр відповідей — від турботи та підтримки до твердості та конфронтації, а також відповідне саморозкриття, — які адаптуються до незадоволених потреб клієнта, сприяючи зростанню та інтеграції. Цей глибокий реляційний аспект є одним з головних факторів ефективності СТ, особливо для клієнтів зі складними та стійкими проблемами.

Крім того, інтеграція різноманітних технік (когнітивних, емоційних, поведінкових) у рамках СТ є не просто еклектичним підходом, а стратегічно розроблена для доступу та зміцнення схем, що зберігаються в різних регіонах мозку (наприклад, у правій півкулі для ранніх схем) та для вирішення різних аспектів досвіду клієнта. Когнітивні стратегії допомагають клієнтам ідентифікувати та кинути виклик дисфункціональним переконанням. Цей мультимодальний підхід забезпечує всебічне зміцнення, виходячи за рамки лише спотворених думок, і звертається до емоційних ран та поведінкових патернів, що є основою для тривалих змін.

### ***Фаза 3: Завершення та Консолідація (Кінцева Фаза).***

У заключній фазі схема-терапії фокус зміщується на зміцнення режиму Здорового Дорослого та підготовку клієнта до майбутніх тригерних ситуацій та необхідних поведінкових змін. Роль терапевта стає більш схожою на роль тренера, ніж на роль прямого керівника.

**Мета та Фокус.** Основна мета цієї фази — забезпечити стійкість досягнутих змін та запобігти рецидивам. Це досягається шляхом консолідації нових навичок та інсайтів, інтеграції їх у повсякденне життя клієнта та підготовки до самостійного управління схемами та режимами після завершення терапії. Клієнт вчиться брати на себе повну відповідальність за своє благополуччя, використовуючи інтерналізовані ресурси Здорового Дорослого.

**Основні Техніки.** На цьому етапі продовжують використовуватись раніше введені техніки, але з акцентом на самостійність клієнта:

1. *Емпатична Конфронтація:* На цьому етапі вона може бути більш чіткою, ніж на початку, завдяки міцнішим терапевтичним відносинам та здатності клієнта звертатися до свого Здорового Дорослого. Терапевт говорить більш прямо до Здорового Дорослого, називає режими та заохочує Здорового Дорослого взяти контроль.

2. *Відсторонений Захисник – Робота зі Стільцями: Коучинг Здорового Дорослого:* Терапевт коучить Здорового Дорослого у обходженні копінгового режиму. Клієнт переміщується між стільцями, щоб пояснити переваги копінгового режиму, а потім аргументувати проти нього з позиції Здорового Дорослого.

3. *Відсторонений Захисник – Робота зі Стільцями: Терапевт Грає Копінговий Режим:* Терапевт грає копінговий режим, підтримуючи та коучуючи пацієнта у вираженні здорових аргументів проти нього. Терапевт продовжує до тих пір, поки пацієнт не спростує всі аргументи копінгового режиму.

4. *Караючий Батько – Робота зі Стільцями:* Терапевт коучить Здорового Дорослого клієнта боротися з Караючим Батьком, пропонуючи слова та заохочення, щоб зробити аргументи більш переконливими.

5. *Караючий Батько – Переписування Образів*: Здоровий Дорослий використовується в переписуванні в три кроки: клієнт контактує з оригінальною тривожною ситуацією як дитина, потім приймає роль Здорового Дорослого, щоб втрутитися та втішити дитину, і, нарешті, переживає захист та втіху з перспективи Здорового Дорослого.

6. *Здоровий Дорослий – Ідентифікація Здорового Дорослого*: Явно обговорюється, що клієнт може зробити, щоб зв'язатися зі своїм Здоровим Дорослим, наприклад, згадуючи минулі ситуації, де вони щось вирішили обґрунтовано. Увага приділяється фізичній поставі, когніціям, емоціям та фізіологічним аспектам Здорового Дорослого, а також тому, чим він відрізняється від дисфункціональних режимів.

7. *Здоровий Дорослий – Психосвіта*: Терапевт надає психосвіту щодо здорового дорослого способу подолання труднощів у три кроки: звернення уваги на емоції та їх прийняття, усвідомлення втручаючих копінгових/батьківських режимів та перевірка реальності (ідентифікація потреб та підтвердження дій).

8. *Уява Майбутнього – Усвідомлення та Управління Режимами*: Ця вправа зміцнює Здорового Дорослого та підвищує усвідомлення дисфункціональних режимів, які можуть втручатися. Пацієнт вчиться перепідключатися до свого Здорового Дорослого, коли інші режими намагаються взяти гору.

9. *Уява Майбутнього – Поведінкові Зміни*: Зосереджується на необхідних поведінкових змінах та підготовці до майбутніх тригерних ситуацій. Вправи з уявою візуалізують, як Здоровий Дорослий справляється зі складними ситуаціями, повторюючи бажану реакцію для її інтерналізації.

10. *Домашні Завдання*: Терапевт дає домашні завдання для відпрацювання управління конфліктами з боку Здорового Дорослого. Клієнт також заповнює форму щоденника для ситуацій, які пройшли не дуже добре, підкреслюючи важливість домашніх завдань.

11. *Здоровий Дорослий – Вирішення Конфліктів*: Терапевт спонукає Здорового Дорослого ідентифікувати активовані режими під час конфліктних ситуацій, втішити Вразливу Дитину та практикувати три кроки Здорового Дорослого.

***Еволюція Терапевтичних Відносин.*** На цьому етапі роль терапевта змінюється на роль тренера, що активно заохочує автономію та компетентність клієнта. Це може проявлятися навіть у вираженні терапевтом фрустрації або легкого роздратування, що є продуманою тактикою для стимулювання зусиль клієнта до змін, подібно до того, як батьки реагують на підлітка. Ця фаза вимагає ретельного управління процесом завершення терапії, оскільки клієнти можуть відчувати страх перед незалежністю та потенційним рецидивом. Терапевт повинен чітко визначити тривалість сесій, їх кількість та можливість контакту після завершення терапії.

Завершення терапії в СТ є не просто припиненням сесій, а свідомим та активним процесом передачі відповідальності від терапевта до інтерналізованого Здорового Дорослого клієнта. Роль терапевта змінюється на роль "тренера на узбіччі", який активно "підштовхує" до поведінкових змін, залишаючи при цьому відповідальність за ці зміни на клієнті. Це передбачає явні обговорення

завершення терапії, підготовку до майбутніх тригерів та відпрацювання нових поведінкових патернів. Метою є забезпечення стійких змін та запобігання рецидивам шляхом зміцнення здатності клієнта до самостійного управління та вирішення проблем. Це підкреслює, що успіх терапії вимірюється не лише зникненням симптомів, а й здатністю клієнта функціонувати самостійно та адаптивно у реальному житті.

Клієнти можуть повертатися до старих патернів поведінки, відчуваючи нездатність продовжувати самостійно. Терапевти, зі свого боку, можуть зіткнутися зі своїми власними схемами, такими як емоційна депривація, дефективність, покинутість, невблаганні стандарти або пошук схвалення, що може ускладнити встановлення меж. Це вимагає ретельного аудиту меж, регулярної супервізії та чіткої комунікації щодо контакту після терапії. Важливо розуміти, що навіть легка фрустрація з боку терапевта є продуманою тактикою для заохочення автономії клієнта, а не ознакою відмови. Етичні вказівки підкреслюють, що терапевт не може просто припинити відносини через "складного" пацієнта, а повинен забезпечити адекватне повідомлення та можливість знайти іншого фахівця, щоб уникнути звинувачень у покинутості. Це підкреслює складність та відповідальність, що лежить на терапевті на цьому критичному етапі.

Схема-терапія є глибоким, інтегративним та багатофазним підходом до психотерапії, розробленим для лікування стійких психологічних проблем, що мають коріння в незадоволених потребах дитинства. Її ефективність ґрунтується на структурованому, але гнучкому процесі, що охоплює три основні фази: оцінку та концептуалізацію, зміни та переробку, а також завершення та консолідацію.

На початковому етапі відбувається не лише діагностика, а й активне емоційне занурення, що дозволяє клієнту усвідомити свої ранні дезадаптивні схеми та динамічні режими. Раннє введення концепції режимів допомагає депатологізувати досвід клієнта, сприяючи самоусвідомленню та зменшуючи самоосуд. Терапевтичні відносини, засновані на "обмеженому ребацьківстві", є центральними з самого початку, забезпечуючи безпечне середовище та коригуючий емоційний досвід, що є вирішальним для зцілення.

У фазі змін та переробки, яка є ядром лікування, застосовується широкий спектр інтегративних технік – від переписування образів та роботи зі стільцями до когнітивних та поведінкових втручань. Ці техніки стратегічно націлені на доступ до схем, що зберігаються в різних ділянках мозку, та на трансформацію глибоко вкорінених емоційних ран та поведінкових патернів. Терапевтичні відносини продовжують поглиблюватися, забезпечуючи необхідну підтримку для інтерналізації здорових механізмів регуляції.

Нарешті, фаза завершення та консолідації зосереджена на передачі відповідальності клієнту, зміцненні його режиму Здорового Дорослого та підготовці до самостійного управління майбутніми викликами. Цей етап вимагає від терапевта переходу до ролі тренера, який активно заохочує автономію та компетентність, одночасно ретельно управляючи межами та етичними аспектами, щоб забезпечити стійкі результати та запобігти рецидивам.

Таким чином, схема-терапія пропонує комплексний та глибокий підхід, який не тільки зменшує симптоми, але й сприяє значним та тривалим змінам у житті клієнтів, дозволяючи їм розвивати здоровіші способи мислення, відчуття та взаємодії зі світом.

### **Тема 13. Позитивна психотерапія (ППТ) як інтегративний гуманістично-психодинамічний метод.**

#### **1.Зміст, основні характеристики та принципи позитивної психотерапії.**

*Позитивна психотерапія* – це форма психотерапії, що розглядає людину як особливу цінність. Вона заснована у 1969 році Носсратом Пезешкіаном та орієнтована на гармонізацію життя людини, підвищення реалістичності її світогляду, переробку як негативних, так і позитивних аспектів її проблем. Назва методу походить від латинського слова «positum», що означає: фактичний, даний, наявний. Positum-підхід у позитивній психотерапії передбачає цілісне бачення життя особистості (холістичний підхід) та оптимістичне сприйняття її природи з урахуванням усіх дійсних її складових.

Н. Пезешкіан називав її «психотерапією, центрованою на конфлікті». Вона ґрунтується на: позитивному підході до клієнта, симптому чи захворювання; змістовній оцінці конфлікту, яка передбачає роботу над актуальним, внутрішнім та базовим конфліктами.

*Позитивна психотерапія опирається на три основні принципи:*

1) *принцип надії*, який має на увазі позитивний погляд на природу людини (позитум-підхід), її здібності та проблему, яка розуміється як можливість для розвитку;

2) *принцип балансу*, якому відповідає змістовний диференційний аналіз психодинаміки особистості, результатом якої є гармонізація первинних та вторинних актуальних здібностей;

3) *принцип самодопомоги* стимулюється консультантом і полягає в опорі на ресурси клієнта, в довірі до його досвіду, вірі у виняткову компетентність клієнта у власному житті. Реалізація цього принципу сприяє зростанню самостійності й відповідальності клієнта, здатності самотужки долати власні проблеми.

**Базові та актуальні здібності.** Позитивна психотерапія стверджує, що кожна людина від народження володіє двома *базовими здібностями*: до любові («Любити») і до пізнання («Знати»). Тобто, у ній від народження закладений певний потенціал, який вона має змогу розвивати протягом усього життя. Доказом існування цих здібностей вважається те, що маленька дитина швидко засвоює знання, активно пізнає навколишній світ, а також проявляє любов до батьків та приймає її від них. Дві базові здібності перебувають у тісному взаємозв'язку між собою: розвиток однієї з них підтримує і полегшує розвиток іншої. Здатність до пізнання визначає раціональну, інтелектуальну частину людини і має пряме відношення до активності лівої півкулі головного мозку. Здатність любити, яку відносять до функціонування правої півкулі головного

мозку, включає в себе фантазію, інтуїцію, емоційність, інтерес до душевних та до духовних питань тощо.

У процесі соціалізації та становлення особистості ці базові здібності диференціюються і на їх основі виникають *первинні* (похідні від «Любити») та *вторинні* (похідні від «Знати») здібності. Узагальнено їх називають *актуальними здібностями*. Актуальними вони є тому, що постійно фігурують у повсякденному житті в різних ситуаціях. До первинних здібностей Пезешкіан відносив любов, ідеал, терпіння, час, контакти, сексуальність, довіру, надію, релігійність (віра, пошук сенсу), сумнів, упевненість, єдність (цілісність). Любов трактується як емоційне ставлення, яке, незалежно від прийнятих чи існуючих якостей і способу поведінки іншої людини, характеризує прийняття її як особистості.

До *вторинних* здібностей належать акуратність, охайність, пунктуальність, ввічливість, чесність (прямота, щирість), старанність, точність, обов'язковість, бережливість, слухняність, справедливість, вірність. Кількість та якість актуальних здібностей може варіювати залежно від культуральних особливостей їх застосування та позиції психотерапевта. Вони досліджуються як у процесі терапевтичної бесіди, так і при виконанні клієнтом домашнього завдання, усно або/ і письмово. Інструментами цього дослідження можуть бути диференційно-аналітичний опитувальник (ДАО) і Вісбаденський опитувальник до методу позитивної психотерапії і сімейної психотерапії (на домашнє завдання).

## 2. Техніки *positum*-підходу.

У використовуються три основні техніки, які є універсальними за своєю *positum-підході* природою

– *позитивна реінтерпретація* вчинків, розладів, ситуацій, проблем, хвороб, рис характеру тощо, метою якої розширення погляду клієнта на них та усвідомлення їхньої функції в житті людини. Позитивну реінтерпретацію здійснює сам клієнт за допомогою психотерапевта здебільшого на перших етапах терапевтичного процесу. Наприклад, депресія може трактуватися як здатність людини глибоко, емоційно реагувати на конфлікт; фригідність – як здатність тілом сказати «ні»; – *кроскультурний підхід* відкриває можливість для клієнта і консультанта вирішувати психологічні задачі, використовуючи досвід інших людей, культур, епох та навіть героїв фільмів чи літературних творів. Тут використовуються такі запитання: Чи знаєте ви людей з подібними проблемами? Як вони з цим впорались? Як ставляться до цього в інших культурах? Що про вашу ситуацію сказала б наймудріша людина в світі?;

– *метафора* – дозволяє обійти різноманітні інтелектуальні бар'єри клієнта за допомогою активізації образного, правопівкульного мислення та сприяє дистанціюванню від проблеми і знаходженню нових шляхів її вирішення. Запитання: На що схожа ваша ситуація?

Яку б ви намалювали картину до неї, склали музичний супровід тощо? Які приказки, прислів'я, афоризми ви згадуєте у зв'язку з вашою ситуацією? Загалом, розказані клієнтом чи терапевтом і проаналізовані в процесі роботи притчі, афоризми тощо сприяють глибшому свідомленню проблеми та інсайту.

**Сфери переробки конфлікту (балансна модель) в позитивній психотерапії.** У позитивній психотерапії вважається, що все життя людини відбувається у чотирьох сферах: *Тіло, Діяльність, Контакти і Сенси*, в яких ми постійно намагаємося досягти гармонії. Вона можлива тільки тоді, коли розподіл нашої життєвої енергії між цими сферами є більш-менш рівномірним і припадає приблизно по 25% на кожен. Суттєві диспропорції можуть бути свідченням різноманітних внутрішніх конфліктів. Відповідно всі люди при вирішенні своїх проблем застосовують аналогічні типові форми переробки конфліктів, які різняться в кожному конкретному випадку. До таких форм переробки конфліктів належать: «втеча» в хворобу (сфера Тіла); «втеча» в роботу або відхід від діяльності (сфера Діяльності); «втеча» в спілкування або в самотність (сфера Контактів); «втеча» у фантазії (сфера Сенсів).

Реагування **Тілом** можна прослідкувати на психосоматичних захворюваннях (гіпертонія, інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця і т. д.), системних недугах, що актуалізуються при певних повторюваних обставинах тощо. Ураження певного органу в пацієнта з психосоматичним захворюванням стає зрозумілим при розгляді концепцій, яких він дотримується у ставленні до тіла загалом, окремих його органів та їх функцій, а також до здоров'я і хвороби. Вони визначають у загальному взаємозв'язку зі змістом конфлікту, чому одна людина реагує своїм серцем, друга – шлунком, органами дихання, шкірою і т. д., і чому деякі люди «втікають» у хворобу, тоді як інші заперечують фізичну слабкість і захворювання».

**Діяльність** – це сфера, в якій відбуваються професійне самовизначення та становлення особистості. Типовими симптомами порушень у цій сфері є проблеми самооцінки, перенапруження, стресові реакції, страх не впоратися із завданням, порушення концентрації і рідше: пенсійний невроз, апатія, порушення діяльності тощо.

**Контакти** передбачають здатність встановлювати і підтримувати стосунки з самим собою, партнером, сім'єю, іншими людьми, групами, соціальними прошарками та чужими культурними колами; ставлення до тварин, рослин і речей. Симптомами порушень є загальмованість, неусвідомлена потреба в підтримці, боязнь контактів, упередженість та ін.

Сфера **Сенсів** реалізується у внутрішньопсихічному плані завдяки фантазіям, інтуїції, пошукам сенсу тощо. Вона генерує творчу активність та сприяє формуванню нових життєвих цілей. Втеча в сенси означає залучення фантазії до уявного вирішення конфліктів, замкнутість, закритість до зовнішнього світу.

### 3. Моделі для наслідування та базові емоційні установки

Чотири моделі для наслідування являють собою можливості для реалізації всіма людьми своєї здатності налагоджувати стосунки. Вони описують сімейні концепції, під впливом яких людина виросла, а також те, як це відобразилося на її житті. *Моделі для наслідування* визначаються:

- а) ставленням батьків, учителів, братів і сестер до дитини (Я);
- б) ставленням цих референтних осіб один до одного (Ти);
- в) їх ставленням до зовнішнього оточення, світу (Ми);
- г) їх ставленням до релігії, предків тощо (Пра-Ми).

*Моделі для наслідування* функціонують на рівні базового конфлікту людини, який ще називають базовим досвідом і мають здебільшого несвідомий характер. Вони реалізуються завдяки актуальним здібностям особистості та є предметом психотерапевтичної роботи, яка пов'язана з сімейними чи родинними конфліктами, а також з іншими глибинними особистісними проблемами. Укорінившись у психіці людини, моделі для наслідування формують індивідуально-неповторні базові емоційні установки. Ґрунтуючись на певних когнітивних та емоційних еталонах, засвоєних у дитинстві, моделі для наслідування визначають специфіку базових емоційних установок, які детермінують щоденну поведінку людини. Своєю чергою базові емоційні установки батьків транслуються дітям та зумовлюють виникнення у них відповідних моделей для наслідування. Таким чином сімейні сценарії, заборони, драйвери і конфлікти передаються з покоління в покоління, спричиняючи, з одного боку, типові, а з іншого – індивідуально-неповторні психопатологічні відхилення.

***Стадії взаємодії в позитивній психотерапії.*** У позитивній психотерапії вважається, що людина в процесі онтогенезу проходить три стадії: злиття (прив'язаність), диференціацію і відокремлення. Ці стадії проходять і стосунки людини з матеріальним та нематеріальним світом, оточуючими людьми. Їхнє дослідження відбувається в процесі психотерапії.

*Злиття (прив'язаність)* – це стадія міжособистісної взаємодії, яка ґрунтується на біологічній залежності дитини від матері і є важливою протягом усього життя людини, оскільки в ній реалізується її потреба у близькості з іншими, належності до певної групи, спільноти. Якщо потреба в прив'язаності тривалий час домінує в міжособистісному спілкуванні, то можна говорити про наївно-первинну поведінку. Її домінування пов'язане з батьківською гіперопікою. Переважаючою реакцією таких людей є «втеча» в самотність або в спілкування.

*Диференціація* – це стадія міжособистісної взаємодії, яка починається приблизно у віці трьох років (позиція «Я сам»), бурхливо проходить у підлітковому віці, а потім переноситься в доросле життя. Її результатом є усвідомлення і відмежування індивідом своєї ролі і місця в суспільстві, розрізнення Я і Не-Я. На цьому етапі розвитку людина вчиться диференціювати власні очікування від очікувань інших, розвиваються спеціалізовані концепції і поведінкові норми. У сильно диференційованих

людей, орієнтованих на вторинні здібності, може розвиватися невроз нав'язливих станів, крайній педантизм. Поширеною реакцією є втеча в діяльність.

*Відокремлення* – це стадія міжособистісної взаємодії, що реалізується в період юності, результатом якої має стати набуття індивідом почуття відповідальності за свої вчинки, вміння існувати і діяти як самостійна та зріла особистість. Вона є необхідною для можливості встановлювати нові контакти. На цій стадії людина може засвоїти нові цінності й відмовитися від старих. У людей, які коливаються між відокремленням і прив'язаністю, можуть спостерігатися істеричні риси особистості. Вони хочуть бути незалежними, але не можуть витримати відповідальності за неї. Індикатором успішного проходження цих стадій є настання зрілості, що проявляється в тезі «я можу впоратися сам».

### ***П'ятикрокова модель консультування та самодопомоги.***

Психотерапевтична робота в методі позитивної психотерапії відбувається послідовно за 5-кроковим алгоритмом. *Мета першого кроку – дистанціювання* – є зміщення уваги клієнта з проблеми на менш тривожні теми, яке має на меті послаблення внутрішньої напруги задля подальшої ефективної роботи. Для цього використовуються техніки переходу зі змісту на процес консультування (запитання: «Як ти зараз почуваєшся?» тощо), позитивної реінтерпретації, кроскультурного підходу, метафори тощо. Терапевт також дистанціюється від власних сприйняття і моделі мислення; водночас він допомагає уникнути повторення невротичної концепції клієнта.

Другим етапом роботи є *інвентаризація*. Тут завданням психотерапевта є ґрунтовне дослідження конфліктної ситуації клієнта, який має змогу подивитися на неї з різних кутів зору. Це реалізується за допомогою таких технік, як балансна модель розподілу життєвої енергії, аналіз мікро- та макроподій у житті клієнта, робота над актуальними здібностями, моделями для наслідування та стадіями взаємодії.

Третій етап – *ситуативне підбадьорення* – передбачає психоемоційну підтримку клієнта, що надає йому сили для подальшої психотерапії. Воно передусім полягає в опорі на ресурси клієнта, його потенціал. Ситуативне підбадьорення повинно мати не тільки загальний, а й більш конкретний характер, щоб воно не виглядало фальшиво. На цьому етапі реалізується принцип надії та балансу. До технік та методів, які використовуються на цьому етапі, належать саморозкриття терапевта, кроскультурний підхід, метафора, притча, гумор тощо.

Четвертий етап – *вербалізація* – передбачає безпосередню роботу над розв'язанням проблеми клієнта. На цьому етапі підключається принцип самодопомоги. Завдяки його актуалізації клієнт сам обирає вектор розв'язання проблеми, вчиться брати відповідальність за власні рішення. Тут застосовуються такі техніки:

1) 5-кроковий алгоритм вирішення проблеми, який передбачає: виокремлення мети; набір варіантів вирішення проблеми; вибір



оптимального варіанту; постановку плану дій; покрокове виконання плану;

2) поведінковий тренінг в роботі з актуальними здібностями.

Щоденник актуальних здібностей;

3) робота з концепціями. Техніка «Розфіксування ідей»;

4) тілесні техніки і техніки впливу (пустий стілець, метафора...);

5) техніки взаємодії по виробленню нових способів поведінки (рольова гра, психодрама).

П'ятим і останнім кроком є *розширення системи цілей*, що унеможливорює повторення травматичної ситуації у житті клієнта і дає змогу виробити навички самостійного подолання труднощів. Цей етап полягає у тому, що клієнту пропонується спланувати й окреслити своє майбутнє на найближчий і віддалений терміни у зв'язку з уже розв'язаною проблемою і керуючись принципом балансу. Він може також скласти власний девіз чи написати собі лист у майбутнє. Крім того, клієнт укладає угоду з собою щодо виконання плану дій; обговорюються фактори, які можуть цьому завадити, і те, що клієнт робитиме, зіткнувшись із перешкодами. Також відбувається корекція форм реагування на зовнішні чи внутрішньоособистісні фактори і вироблення стилю життя. При цьому терапевт виконує спрямовуючу та фасилітативну функції, виявляючи віру в свого підопічного та підтримуючи його конструктивні рішення. Таким чином, сукупно реалізуються принципи самодопомоги, балансу та надії.

## **Тема 14. Логотерапія - представник екзистенційно-гуманістичного напрямку психотерапії.**

### **1. Зміст, мета та ключові поняття логотерапії.**

*Логотерапія* – це метод психотерапії, що ґрунтується на системі філософських, психологічних і медичних поглядів на природу людини, центральним компонентом якої є прагнення до сенсу. Це прагнення є альтернативним порівняно з концепцією прагнення до задоволення З. Фрейда та прагнення до влади А. Адлера. Як фундаментальна і вроджена мотиваційна тенденція прагнення до сенсу безпосередньо пов'язане зі свободою волі людини. Антропологічна концепція В. Франкла, який є засновником логотерапії, представляє собою погляд про єдність *трьох вимірів* людини: 1) соматичного – пов'язаного з підтриманням тілесної функціональності; 2) психічного – пов'язаного з динамікою психічних процесів (афектів, комплексів, потягів); 3) ноотичного – що виявляється в духовній силі та в прагненні до сенсу.

У логотерапії наголошується, що людині потрібне не стільки досягнення гомеостазу, скільки гетеростаз, який передбачає постійну активну боротьбу за досягнення певної мети, реалізацію цінностей. Вважається, що людське прагнення до реалізації сенсу життя може бути фрустровано. В такому разі мова йде про *екзистенційну фрустрацію*, яка, однак, є цілком нормальним явищем для людини. Вона свідчить про її духовне страждання, а

не про патологічні зміни у психіці, що погіршують здоров'я. Своєю чергою екзистенційна фрустрація спричиняє появу *екзистенційного вакууму* – внутрішньої пустоти, відчуття втрати сенсу існування і змісту життя. Часто цей стан може виникати у людей, в яких існує невротична залежність від партнера в результаті його втрати. Екзистенційний вакуум може стати явним або залишатися прихованим. Явним він стає у стані нудьги, туги. Поява екзистенційного вакууму сприяє розвитку *ноогенного неврозу*, під яким В. Франкл розуміє невроз, первинно викликаний духовною проблемою, моральним конфліктом чи екзистенційною кризою, але який не є психогенним розладом, на відміну від класичних неврозів.

**Ключові поняття логотерапії:** *свобода і відповідальність, здійснення та успіх*. Свобода і відповідальність є фундаментальними конструктами логотерапії, одним із завдань якої є їх врівноваження в житті людини. Вважається, що кожна людина є відповідальною за реалізацію сенсу свого життя і володіє для цього необхідною свободою. Тому завданням психотерапевта є за допомогою екзистенційного аналізу допомогти клієнтові побачити смисл власних життєвих труднощів і життя загалом, знайти в собі сили та взяти на себе відповідальність за їх подолання, а там де подолання неможливе, – за прийняття.

Також В. Франкл розводив поняття успіху та здійснення, що відбито відповідній матриці. Складовими успіху є старання та удача. Будь-яке прагнення людини перебільшити роль котрось із цих компонентів неминуче призводить до травматизації психіки та екзистенційної фрустрації, що має такі наслідки: почуття спустошеності, внутрішньої напруги і невпевненості в собі. Справжній рецепт успіху полягає в тому, щоб докладати зусилля і старатися так, як це необхідно, не роблячись при цьому залежним від успіху. Таким чином, за твердженням В. Франкла, успіх є побічним результатом здійснення смислу, реалізації цінностей.

**Види та характеристика основних груп цінностей, за В. Франклом.** Логотерапія призначена як для терапії психогенних, так і ноогенних неврозів. Вона не обмежується вивченням несвідомої динаміки і прагнень, а фокусується на духовних реаліях, зокрема потенційних сенсах клієнта і його волі до сенсу. Вважається, що сенсу можна досягти, опираючись на *три групи цінностей*:

1) *цінності творення*, основним шляхом реалізації яких є праця. Їм притаманна активна життєва позиція людини як суб'єкта, який самотужки творить своє життя і перетворює навколишнє середовище. Від них залежить професійна самореалізація особистості;

2) *цінності переживання*, які характеризують афективну сферу особистості, її відчуття, емоції, почуття, переживання, що супроводжують людину протягом усього життя та часто слугують індикатором його конгруентності й відповідності поведінки вибраним ціннісно-смысловим орієнтаціям. До них належать такі процесуальні цінності, як любов, почуття прекрасного, єднання з собою та з Універсумом тощо;

3) *цінності ставлення* – полягають у здатності людини навіть при несприятливих життєвих обставинах зайняти осмислену позицію по відношенню до проблем і негараздів та надати своєму стражданню глибокий життєвий смисл. Таким чином людське життя ніколи не може бути позбавленим смислу навіть у найбезвихідніших ситуаціях, коли всі інші можливості вплинути на власну долю вичерпані.

## 2. Основні логотерапевтичні техніки.

У логотерапії вважається, що процес пошуку сенсу можуть істотно гальмувати внутрішні обмеження і бар'єри, пов'язані з гіперрефлексією (схильністю до надмірного самоаналізу) та гіперінтенцією (схильністю приділяти надмірну увагу задоволенню бажань). Вона має справу в першочергу з позицією клієнта по відношенню до симптому, аніж із самим симптомом. Це пояснюється тим, що дуже часто саме неправильна позиція є патогенною. Логотерапія, відповідно, розпізнає позицію, яку займає клієнт, і намагається спровокувати її зміни. З цією метою вона використовує такі техніки, як ***парадоксальна інтенція та дерефлексія***.

*Парадоксальна інтенція* рекомендована для клієнтів з obsесивно-компульсивними і фобічними розладами, які супроводжуються вираженням почуттям тривоги або нав'язливими страхами. Суть цього методу полягає в тому, що клієнт повинен захотіти здійснення того, чого він боїться (у випадку фобії), або сам здійснити це (при obsесивних станах). При цьому парадоксальну пропозицію краще формулювати в гумористичному контексті. Таким чином клієнт вчиться сміятися над власним симптомом. Ця техніка дає змогу подолати невротичну гіперінтенцію через її парадоксальне посилення. Протипоказанням до її застосування є наявність психотичної депресії. Для таких клієнтів призначена спеціальна логотерапевтична техніка, яка покликана зменшити тягар почуття провини, якій клієнт зобов'язаний своєю тенденцією до самозвинувачення.

*Дерефлексія* призначена для подолання невротичної гіперрефлексії. Надмірна схильність до самостпостереження є однією з причин зменшення спонтанності й природності поведінкових реакцій. Основне завдання дерефлексії – ігнорувати потяг до нав'язливого самостпостереження і контролю. Для подолання страхів, побоювань, нав'язливої рефлексії з приводу можливих невдач (особливо сексуального характеру) використовують здатність клієнтів до самовідчуження, яка виражається в гумористичних реакціях на власні страхи і компульсивні реакції.

У логотерапії також використовуються такі *прийоми*, як персональне ***переосмислення життя і сократівський діалог***. Перший полягає в тому, щоб людині, яка втратила сенс життя, продемонструвати те, що вона потрібна комусь іншому. Таким чином сенс свого життя людина набуває через усвідомлення того, що вона потрібна і корисна іншим людям. Адже проблема полягає не в тому, в якому становищі опинився клієнт, а в тому, як він ставиться до нього.

Основним завданням сократівського діалогу є залучення клієнта до співпраці й розширення сфери його свідомості. У ньому коректуються непослідовні, суперечливі й бездоказові судження клієнта. В основі даного процесу лежить логічна аргументація. Під час бесіди психолог формулює запитання таким чином, щоб клієнт давав максимальну кількість позитивних відповідей. Це дає змогу підвести його до прийняття суджень, які раніше ним не приймалися, були незрозумілими чи невідомими.

## **Тема 15. Психодрама як метод групової психотерапії.**

### **1. Поняття про психодраму, її мета і завдання.**

Засновником психодраматичного методу є Якоб Морено. *Психодрама* – це метод групової психотерапії, що являє собою рольову гру, в ході якої створюються необхідні умови для спонтанного вираження почуттів, пов'язаних із найбільш важливими для клієнта проблемами. Вона заснована на твердженні, згідно з яким дії, що відтворюють життєву ситуацію, більш ефективні при дослідженні почуттів та формуванні нових установок і моделей поведінки, ніж вербалізація. Клієнт за допомогою ведучого і групи відтворює в драматичній дії значущі події життя та свої проблеми. Сцени розігруються в ситуації тут-і-тепер. Дія структурується так, щоб сприяти проясненню і конкретизації проблеми. На основі вербальної і невербальної інформації аналізуються нові ролі, альтернативні, афективні і поведінкові стилі, здійснюється пошук і апробація більш конструктивних моделей вирішення проблем.

**Метою психодрами** є діагностика і корекція неадекватних станів і емоційних реакцій, їх усунення, опрацювання соціальної перцепції, поглиблення самосвідомості.

#### ***Завдання психодрами:***

1. творче переосмислення власних проблем і конфліктів;
2. вироблення більш глибокого і адекватного саморозуміння клієнтом;
3. подолання неконструктивних поведінкових стереотипів і способів емоційного реагування.

**Основні елементи психодрами.** Класична процедура психодрами включає в себе 5 основних елементів:

1) *протагоніст* – це головний герой психодрами. Він пропонує матеріал для розігрування, здійснює постановку і сам грає в ній. Діючи в ній, а потім беручи участь в обговоренні, він починає бачити ситуацію, себе та інших людей більш цілісно, формує нові поведінкові зразки;

2) *режисер* – це той, хто допомагає клієнту досліджувати свої проблеми (як правило, психолог). Його функції полягають в організації психодраматичної дії, простору, створення атмосфери довіри, стимулювання учасників до спонтанності, підготовці протагоніста і всієї групи до рольової гри, виявленні проблем і переживань клієнта,

коментуванні, залученні допоміжних персонажів, організації обговорення, емоційного обміну і аналізу, інтерпретації того, що відбувається.

Режисер виконує три функції: постановника, терапевта та аналітика. В ролі постановника режисер організує роботу в групі й спонукає учасників до вираження їх думок і почуттів на сцені. В ролі терапевта він намагається допомогти учасникам змінити небажані форми поведінки. В ролі аналітика режисер інтерпретує і коментує поведінку кожного члена групи під час вистави;

3) *допоміжні «Я»* – це ті учасники, які гратимуть роль референтних осіб протагоніста або частин його власного «Я». Зерка Морено виділила 5 функцій допоміжного «Я»:

- *грає* ту роль, котра необхідна протагоністові;
- *розуміє*, як протагоніст уявляє свої стосунки з персонажами психодрами, які в даний момент відсутні на сцені;
- *прояснює* ті аспекти стосунків, які протагоніст не усвідомлює;
- *здійснює* психотерапевтичний вплив на протагоніста, що сприяє вирішенню його внутрішніх проблем і міжособистісних конфліктів;
- *«наведення мостів»* від психодраматичної дії до реального життя.

4) *глядачі* – це ті члени групи, які не беруть безпосередню участь у психодраматичній дії, але обговорюють ситуацію після її завершення;

5) *сцена* – це місце в просторі, де розгортається дія (може бути театр або спеціально організований кабінет).

**Ключові компоненти психодрами.** До ключових компонентів психодрами належать:

1. *рольова гра* – це участь в імпровізованій виставі, коли людині надається можливість творчо опрацювати особисті проблеми і внутрішні конфлікти. При цьому акторам потрібно вміти прислухатися до власних відчуттів, емоцій, бути максимально конгруентними та щирими з собою й іншими;

2. *спонтанність* – це поведінка і почуття, які не регулюються зовнішнім впливом, тому в психодрамі немає наперед написаних сценаріїв і ролей. На думку Морено, спонтанна поведінка в психодрамі сприяє зменшенню ригідності соціальних ролей. Однак спонтанність повинна бути контрольованою і відповідати вимогам ситуації;

4. *«теле»* – це двосторонній процес передачі емоцій між клієнтом і режисером і серед членів групи. «Теле» включає в себе всі позитивні й негативні емоції, що потенційно можуть виникнути в учасників. Іншими словами, – це сума всіх емоційних аспектів переносу, контрпереносу та взаємної емпатії. Результатом використання поняття «теле» є те, що учасники бачать один одного не такими, якими вони є насправді, а такими, якими вони проявляють себе назовні;

5. *катарсис* означає чуттєве потрясіння і внутрішнє очищення. У процесі психодрами він поширюється і справляє терапевтичний ефект не тільки на глядачів, але й на актора;

6. *інсайт* – це вид пізнання, який призводить до негайного вирішення чи нового розуміння проблеми. Він може виникнути не тільки під час катарсису, але й під час обговорення розіграної сцени. Метою психодрами є створення такого групового клімату, в якому був би можливий максимальний прояв катарсису та інсайту.

## **2.Форми і фази психодрами. Психодраматичні техніки**

Виділяють такі **форми психодрами**:

1) *центрована на протагоністі* психодрама акцентує основну увагу на головному виконавцеві, який за допомогою ведучого і партнерів зображує реальну чи уявну ситуацію свого життя і сприяє усвідомленню багатьох витіснених установок, подій тощо;

2) *центрована на темі* – застосовується тоді, коли ніхто з учасників не хоче виступити в ролі протагоніста. В такому разі розігруються сценки з життя людей, в яких проявляється спільна вибрана групою тема. Такі психодрами можуть стати для учасників початком процесів пізнання і навчання;

3) *центрована на групі* – займається емоційними відносинами членів групи між собою і виникаючими «тут-і-тепер» загальними проблемами, що від них походять. Така форма психодрами застосовується при синдромі рольового дефіциту, при делінквентній поведінці, різного роду фобіях, при рольових конфліктах і для підвищення креативності;

4) *спрямована на групу* – працює з проблемою, яка спільна для всіх членів групи. Як і психодрама, центрована на протагоністі, вона може бути спрямована на розкриття походження того чи іншого стану, але перш за все вона орієнтована на здобуття всіма учасниками групи нового, поглибленого розуміння спільною проблематики.

Є такі **фази психодрами**:

*1.розминка* – відбувається вибір протагоніста, отримання матеріалу для дискусії, попереднє обговорення проблеми і самої ситуації з протагоністом, підготовка протагоніста та інших учасників, організація простору для психодраматичної дії. Ця фаза складається з трьох стадій: 1) поступове вивільнення рухової активності учасників; 2) стимулювання спонтанних поведінкових реакцій; 3) фокусування членів групи на конкретній проблемі;

*2.власне драматична дія* – відбувається імпровізоване відтворення і програвання в ролях реальних проблемних життєвих ситуацій;  
*обговорення* – відбувається обмін зворотним зв'язком між учасниками та глядачами психодраматичної дії. Ця фаза складається з двох частин: рольовий зворотний зв'язок; ідентифікаційний зворотний зв'язок. Перша частина полягає в тому, що партнери по черзі описують почуття, які появлялись у них при виконанні відведених їм ролей. У другій фазі беруть участь глядачі, які ідентифікувалися з учасниками постановки та ведучий.

**Основні психодраматичні техніки.**

1) *самопрезентація* – складається з серії коротких рольових дій, в яких протагоніст зображає самого себе або когось дуже важливого для себе;

2) *монолог* – полягає в коментуванні автором проблеми своїх дій до, під час та після розігрування сцени. В ньому він висловлює суть проблеми, свої думки і почуття. Актор, що виконує роль персонажа, звертається не до інших діючих осіб, а до самого себе;

3) *дублювання* – здійснюється двійником, який бере на себе роль автора проблеми, доповнюючи її та підкреслюючи ті чи інші моменти у психології та поведінці автора. Буває нейтральний двійник (підтверджує або трохи підсилює почуття протагоніста), іронічний (використовує гумор, підштовхуючи до глибшого вивчення проблеми), пристрасний (підсилює почуття протагоніста), опозиційний (займає протилежну протагоністові позицію);

4) *обмін ролями* полягає в тому, що протагоніст грає у психодрамі роль іншої ключової фігури, а допоміжне «Я» бере на себе роль протагоніста. Метою обміну ролями є з'ясування допоміжними «Я» власної ролі за допомогою спостереження за її виконанням протагоністом;

5) *«порожній» і «високий» стілець*. Техніка «порожнього» стільця полягає в тому, що клієнт може через дії відреагувати свої проблеми, уявляючи антагоніста таким, що сидить на порожньому стільці на сцені. В другому підставці так, щоб він підіймався над всіма учасниками;

6) *«дзеркало»* полягає в тому, що клієнт відходить убік або сідає поруч із глядачами і спостерігає за тим, як актор-допоміжне «Я» виконує його роль, взаємодіючи з іншими;

7) *програвання* можливих майбутніх життєвих ситуацій – учасники повинні уявити, що відбулося б, якби розіграна або проблемна ситуація виявилася б іншою, ніж вона є насправді або вирішилася б по-іншому;

8) *«за спиною»* – полягає в тому, що клієнт сідає на стілець спиною до глядачів, а режисер закликає їх обговорювати його;

9) *ідеальний інший* – полягає в розігруванні допоміжним «Я» ідеального образу референтної для протагоніста людини. Це допомагає знизити напругу в кінці сцени та відчутти бажане ставлення до себе, якого може й не бути в реальному житті;

10) *«чарівний магазин»* Режисер просить учасників уявити собі, що на сцені відкрита крамничка, де продаються всілякі чарівні речі: любов, щастя, мужність і т. п. У них є можливість купити ці речі, запропонувавши навзаєм

## **Тема 16. Арт-терапевтичні методи.**

### **1. Загальна характеристика арт-терапії.**

*Арт-терапія* – це метод розвитку і змін свідомих і несвідомих сторін психіки особистості за допомогою різних форм та видів мистецтва. Через використання малювання, ліплення чи інших видів експресії арт-терапевтам вдається пізнати

людину та уникнути при цьому її внутрішньої цензури. Таким чином послаблюється контроль свідомості над несвідомими імпульсами, в яких часто закладена причина тих чи інших проблем.

Для арт-терапевтичного підходу характерне те, що в центрі уваги перебуває не продукт творчості клієнта, а унікальна особа його автора. При цьому досліджуються також процеси взаємодії особи з її творчою продукцією. Основною метою арт-терапії є гармонізація розвитку особистості через розвиток здатності до самовираження і самопізнання. Прийоми арт-терапії використовуються як для дослідження та вирішення індивідуальних, так і сімейних чи родинних проблем. При цьому в ній прийнята заборона на порівняльні та оцінювальні думки, висновки, критику, покарання. Це дозволяє клієнтові залишатися самим собою, не відчуючи незручності, сорому чи образи від порівняння з іншими, а також допомагає створити в терапевтичних стосунках атмосферу довіри і безпеки. Крім того, арт-терапія дає вихід внутрішнім конфліктам і сильним емоціям, допомагає при інтерпретації витіснених переживань тощо. Вона може застосовуватися для дітей від 6-ти років (оскільки в них уже сформована символічна діяльність) і дорослих як окремий метод, і в парі з іншими підходами – гештальт-терапією, позитивною психотерапією і т. д.

#### ***Завданнями арт-терапії є:***

1. дати соціально прийнятний вихід агресивності та іншим негативним почуттям;

2. полегшити процес терапії. Це відбувається у зв'язку з тим, що несвідомі внутрішні конфлікти і переживання часто буває легше виразити за допомогою зорових образів, ніж висловити їх вербально;

3. отримати матеріал для інтерпретації і діагностичних висновків;

4. опрацювати думки і почуття, які клієнт звик подавляти, що особливо актуально для сильних переживань і переконань, які підкріплені відповідними механізмами психологічного захисту;

5. налагодити стосунки між психологом і клієнтом, чому сприяє спільна участь у художній діяльності;

6. розвинути почуття внутрішнього контролю. Цьому сприяє впорядкування кольору і форм під час створення продукту творчості; сконцентрувати увагу на відчуттях і почуттях;

Виділяють такі *стратегії використання арт-терапії*:

1. використання для терапії вже існуючих творів мистецтва шляхом їх аналізу й інтерпретації клієнтом;

2. спонування клієнтів до самостійної творчості;

3. поєднання перших двох стратегій;

4. творчість самого психолога, яка спрямована на встановлення взаємодії з клієнтом.

#### ***Переваги та недоліки арт-терапії порівняно з іншими методами.***

Л. Підлипна виділяє такі переваги арт-терапії порівняно з іншими методами:



*1. можливість застосування майже до всіх людей*, адже арт-терапія не вимагає особливих здібностей до образотворчої діяльності або художніх навичок;

*2. арт-терапія – це засіб невербального спілкування*, що робить її особливо цінною для тих, кому складно вербально описати свої переживання, або, навпаки, хто надміру пов'язаний із мовним спілкуванням;

*3. образотворча діяльність* сприяє зближенню терапевта і клієнта. Заняття художньою творчістю активізують і збагачують комунікативні можливості людини, сприяють виробленню нових моделей спілкування і орієнтують на міжособистісну взаємодію;

*4. образотворча діяльність дає змогу обійти цензуру свідомості;*

*5. арт-терапія – засіб вільного самовираження і самопізнання*. Вона має інсайт-орієнтований характер; припускає атмосферу довіри, високої терпимості, уваги до внутрішнього світу людини. Художня творчість допомагає ідентифікувати й оцінювати свої почуття, спогади, образи майбутнього, знайти час для відновлення життєвих сил, це і спосіб спілкування з самим собою;

*6. результати образотворчої діяльності є об'єктивним свідченням настроїв і думок людини*, що сприяє їх використанню для ретроспективної, динамічної оцінки стану, проведення досліджень і зіставлень;

*7. арт-терапевтична робота*, надаючи можливість вираження думок, почуттів, емоцій, потреб, станів, як і будь-яка творчість, дає високий позитивний емоційний заряд, формує активну життєву позицію, упевненість у своїх силах, автономність і особисті межі;

*8. арт-терапія заснована на мобілізації творчого потенціалу людини*, внутрішніх механізмів саморегуляції і зцілення; методи арт-терапії відповідають очікуванням, установкам, традиціям клієнтів в Україні, яким притаманна орієнтація на емоційно-образне переживання, а не на раціональне вирішення психологічних конфліктів.

Недоліком арт-терапії є те, що глибоко особистий характер виконуваної клієнтом роботи може сприяти розвитку в нього нарцисизму і призвести до самозанурення замість саморозкриття і налагодження контактів з іншими людьми. Крім того, існують люди, в яких самовираження засобами мистецтва викликає сильний протест.

**Форми, види та моделі арт-терапії.** Арт-терапія існує в *індивідуальній та груповій формах*. Індивідуальна форма застосовується в роботі з дорослими і дітьми, а також у сфері психіатрії: для осіб, до котрих не можна застосувати вербальну психотерапію; пацієнтів з неглибокими психічними розладами невротичного характеру; людей з проблемами вербалізації (аутисти, заїки тощо) та посттравматичними стресовими розладами. Індивідуальний психотерапевтичний процес відбувається здебільшого на основі психодинамічного підходу – дослідження несвідомого на продуктах образотворчої діяльності. При цьому переважно застосовується недирижуваний характер роботи. Арт-терапевт діє гнучко, підлаштовуючись під індивідуальний

ритм і стильові особливості діяльності клієнта, намагаючись діяти за динамікою його станів.

*Групова арт-терапія допомагає:*

- розвивати соціальні й комунікативні навички;
  - надавати взаємну підтримку членам групи й вирішувати загальні питання;
  - спостерігати результати своїх дій та їхній вплив на інших;
- засвоювати нові ролі й виявляти приховані якості особистості;
- підвищувати самооцінку і зміцнювати ідентичність учасників.

Групові форми арт-терапії використовуються в охороні здоров'я, освіті, соціальній сфері. Арт-терапевтична група передбачає демократичну атмосферу, пов'язану з рівністю прав і відповідальності учасників, менший ступінь їхньої залежності від арт-терапевта. У груповій формі роботи поєднується прагнення учасників до злиття з групою і збереження групової ідентичності й потреби в незалежності, зміцненні індивідуальної ідентичності.

Залежно від матеріалу, з яким працюють психотерапевти, виділяють такі види арт-терапії, як казкотерапія, маскотерапія, драматерапія, робота з глиною, пісочна терапія, музикотерапія, кольоротерапія, фототерапія, відеотерапія, танцювальна терапія.

*До моделей арт-терапії відносять:*

1. психодинамічну: психоаналітичну, юнгіанську, групову;
2. гуманістичну (клієнт-центровану);
3. сімейну (парні малюнки);
4. ігрову модель;
5. клінічну модель;
6. холістичну модель (інтеграція досвіду на всіх рівнях);
7. трансперсональну модель;
8. еклектичну модель.

## **2. Структура проведення арт-терапевтичного заняття.**

*Структура проведення арт-терапевтичного заняття* включає 6 послідовних етапів:

1. *налаштування на творчість*. Завдання даного етапу – підготовка учасників до спонтанної художньої діяльності та внутрішньогрупової комунікації. Тут можна використовувати ігри, рухові й танцювальні вправи, нескладні образотворчі прийоми;

2. *актуалізація візуальних, аудіальних і кінестетичних відчуттів*. На цьому етапі можна застосовувати малюнок у поєднанні з елементами музичної й танцювальної терапії, що покращують настрій та стимулюють волю до одужання. Вважається, що краще обирати мелодійні композиції без тексту, а гучність регулювати у взаємодії з учасниками;

3. *індивідуальна образотворча діяльність* – передбачає індивідуальну творчість для дослідження власних проблем і переживань. Тут важливим є

процес спонтанної творчості, емоційний стан клієнта, його внутрішній світ. Даний етап передбачає непряму діагностику. Так, деякі додаткові відомості про автора можна одержати при інтерпретації малюнків відповідно до критеріїв відомих проєктивних методик. Але при цьому необхідно уникати типологізації і врахувати суб'єктивні фактори автора (наприклад, психічний стан);

4. *активізація вербальної і невербальної комунікації*. Головне завдання цього етапу – створення умов для внутрішньогрупової комунікації. Кожному учаснику пропонується показати свою роботу і розповісти про неї. Ступінь відкритості та відвертості самопрезентації залежить від рівня довіри до групи, арт-терапевта і особистісних особливостей автора. Якщо ж він відмовляється говорити, то не слід наполягати;

5. *колективна робота в малих групах*. Учасники придумують сюжет і програють невеликі спектаклі. Переведення травматичних переживань у комічну форму приводить до катарсису, звільнення від неприємних відчуттів, емоцій;

6. *рефлексивний етап*, який повинен відбуватися в атмосфері емоційної теплоти, емпатії, турботи. Це дозволяє учаснику арт-терапевтичної сесії пережити ситуацію успіху в тій чи іншій діяльності.

Тривалість арт-терапевтичних занять може суттєво різнитися: до 12 занять – короткотермінові, до одного року – середньотермінові, декілька років – довготермінові; а також позицією психотерапевта, яка буває директивною та недирективною. При цьому остання детермінується не тільки теоретичною орієнтацією психотерапевта, але його особистісними характеристиками.

## Тема 17. Символдрама.

### 1. Суть, сновні принципи та теорія символдрами.

**Суть символдрами.** Символдрама (відома також як кататимно-імагінативна психотерапія, чи кататимне переживання образів (КПО) або метод “сновидіння наяву”) – це метод глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії, який виявився клінічно високоефективним при короткотривалому лікуванні неврозів і психосоматичних захворюваннях, а також при психотерапії порушень, пов'язаних з невротичним розвитком особистості. Метафорично кататимно-імагінативну психотерапію можна охарактеризувати як психоаналіз за допомогою образів.

Метод символдрами розроблений відомим німецьким психотерапевтом професором, доктором медицини Х. Льюїнером. Основу методу складає вільне фантазування у формі образів, картин на задану психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт виконує при цьому контролюючу, супроводжуючу та спрямовуючу функцію.

**Основні принципи та теорія.** Символдрама базується на кількох ключових принципах:

– *Символічна мова несвідомого*: Метод виходить з припущення, що несвідоме спілкується з нами через символи та образи, подібно до сновидінь. Ці образи є унікальними для кожної людини та відображають її внутрішні переживання, конфлікти та бажання.

– *Кататимність*: Цей термін означає, що образи, які виникають під час сеансу, не є довільними, а пов'язані з емоційним станом та несвідомими комплексами людини. Вони мають сильний афективний заряд.

– *Регресія в уяві*: У процесі роботи пацієнт занурюється у стан легкого трансу або релаксації, що дозволяє йому "регресувати" до більш ранніх станів психіки та працювати з архаїчними образами та переживаннями.

– *Психодинамічна основа*: Хоча Символдрама має свої унікальні техніки, вона глибоко вкорінена в психодинамічній теорії. Це означає, що терапевт аналізує символи та взаємодію пацієнта з ними з точки зору перенесення, опору, захисних механізмів та інших психоаналітичних концепцій.

– *Активна роль пацієнта*: Пацієнт не є пасивним слухачем, а активно бере участь у створенні та дослідженні своїх образів, що сприяє глибшому розумінню та інтеграції.

## **2. Основні техніки Символдрами.**

Основні техніки Символдрами включають: **стандартні мотиви, спеціальні мотиви, мотиви вільного малювання та роботу з перенесенням в образах.**

**1. Стандартні Мотиви (Базовий Рівень).** Стандартні мотиви є основою роботи в Символдрамі, особливо на початкових етапах терапії. Вони є універсальними архетипічними образами, які легко викликаються в уяві більшості людей і дозволяють м'яко зануритися у внутрішній світ.

**Мотив "Луг":** *Характеристика*: Один з найперших і базових мотивів. Пропонує уяву зеленого луку, що асоціюється зі спокоєм, безпекою, внутрішнім світом "Я". *Завдання*: Допомогає пацієнту розслабитися, увійти в контакт зі своїми почуттями та дослідити базове відчуття безпеки та комфорту. Стан луку може вказувати на поточний емоційний стан, наявність ресурсів або внутрішніх перешкод. *Можливі інтервенції*: "Що ви бачите?", "Які запахи відчуваєте?", "Як відчуваєтесь на цьому лузі?", "Чи є там щось, що привертає вашу увагу?"

**Мотив "Струмок":** *Характеристика*: Уява струмка, річки або іншого водного потоку. Вода символізує плинність життя, емоції, підсвідомі процеси та плин часу. *Завдання*: Дослідження ставлення до власних емоцій, можливості "відпустити" негативні переживання, прийняття змін. Швидкість, чистота, напрямок струмка відображають психічний стан. *Можливі інтервенції*: "Який струмок, чистий чи мутний?", "Куди він тече?", "Чи можете ви доторкнутися до води?", "Що відчуваєте, дивлячись на нього?"

**Мотив "Гора":** *Характеристика*: Уява гори, на яку можна піднятися. Гора символізує цілі, досягнення, труднощі, батьківські фігури, внутрішню силу та виклики. *Завдання*: Дослідження амбіцій, самооцінки, здатності долати перешкоди, стосунків із авторитетами. Може допомогти виявити страхи, пов'язані з успіхом або поразкою. *Можливі інтервенції*: "Яка ця гора, висока чи

низька?", "Чи легко на неї піднятися?", "Що ви бачите з вершини?", "Які відчуття, коли стоїте на вершині?"

**Мотив "Дерево":** *Характеристика:* Уява дерева. Дерево символізує особистість, її коріння (рід, минуле), стовбур (теперішнє, сила), крону (майбутнє, розвиток), життєву силу та зв'язок із природою. *Завдання:* Дослідження ідентичності, самоцінності, зв'язку з родом, потенціалу розвитку. Стан дерева може відображати внутрішні конфлікти або ресурси. *Можливі інтервенції:* "Яке це дерево?", "Яке у нього коріння?", "Чи є на ньому плоди?", "Що воно означає для вас?"

**Мотив "Будинок":** *Характеристика:* Уява будинку, в який можна зайти. Будинок символізує внутрішній світ особистості, психічні структури, відчуття безпеки, сім'ю та тіло. *Завдання:* Дослідження внутрішнього "Я", підсвідомих страхів, конфліктів, пов'язаних із домом або сім'єю. Різні кімнати можуть символізувати різні аспекти психіки. *Можливі інтервенції:* "Який це будинок, великий чи маленький?", "Чи можете зайти всередину?", "Що ви бачите в кімнатах?", "Які відчуття в цьому будинку?"

**2. Спеціальні Мотиви (Поглиблений Рівень).** Спеціальні мотиви використовуються для роботи з конкретними проблемами, симптомами або травмами. Вони обираються терапевтом залежно від запиту пацієнта та динаміки терапевтичного процесу.

**Мотив "Печера/Підвал/Горище":** *Характеристика:* Ці мотиви символізують несвідоме, приховані страхи, витіснені спогади, тіньові аспекти особистості. *Завдання:* Дослідження глибинних страхів, травм, витіснених емоцій. Сприяє зіткненню з "тінню" та інтеграції цих аспектів. *Приклад:* "Ви уявляєте печеру, чи можете в неї зайти? Що там?"

**Мотив "Кошмарний сон / Страх / Симптом":** *Характеристика:* Пряма робота з конкретним страхом, тривожністю, симптомом або кошмаром, представляючи його в образі. *Завдання:* Дозволяє пацієнту візуалізувати та взаємодіяти зі своїм страхом/симптомом, розшифровувати його значення, зменшувати його вплив, знаходити способи подолання. *Приклад:* "Уявіть свій страх у вигляді образу. Що це? Як ви можете з ним взаємодіяти?"

**Мотив "Протилежна стать" (Аніма/Анімус):** *Характеристика:* Уява ідеального або значущого представника протилежної статі. *Завдання:* Дослідження внутрішніх чоловічих та жіночих аспектів особистості (за К. Юнгом – Аніма та Анімус), впливу батьківських фігур, формування гендерної ідентичності та стосунків. *Приклад:* "Уявіть образ чоловіка/жінки, який вам симпатичний. Що ви відчуваєте?"

**Мотив "Важлива людина з минулого/сучасного":** *Характеристика:* Уява конкретної людини, з якою пацієнт має незавершені стосунки або значущий конфлікт. *Завдання:* Пропрацювання незавершених гештальтів, образ, прощення, вираження невисловлених почуттів, зміна внутрішньої моделі стосунків. *Приклад:* "Уявіть цю людину. Що ви хотіли б їй сказати? Як вона реагує?"

**Мотив "Вирішення конфлікту":** *Характеристика:* Уява ситуації, де конфліктний образ (або сам конфлікт) трансформується або вирішується.

*Завдання:* Пошук внутрішніх ресурсів та стратегій для вирішення реальних життєвих проблем, створення нового сценарію поведінки. *Приклад:* "Уявіть, що ви знаходите спосіб вирішити цю складну ситуацію в образі. Що відбувається?"

**3. Мотиви Вільного Малювання. Характеристика:** Після роботи з образами в уяві, пацієнту пропонується замалювати те, що він бачив і пережив.  
*Завдання:*

*Консолідація досвіду:* Малювання допомагає закріпити пережитий досвід в уяві, перенести його з підсвідомого на свідомий рівень.

*Візуалізація інсайтів:* Дозволяє побачити символи та їх зв'язок більш чітко, сприяє додатковим асоціаціям.

*Діагностична цінність:* Малюнок може розкрити додаткові деталі, які не були висловлені словами, або показати динаміку внутрішніх процесів.

*Емоційна розрядка:* Додатковий канал для вираження емоцій, що виникли під час сеансу.

**4. Робота з Перенесенням в Образах.** Це одна з найглибших і складніших технік Символдрами, що інтегрує класичні психоаналітичні концепції.

*Характеристика:* Перенесення (трансфер) у психотерапії – це несвідоме перенесення пацієнтом почуттів, бажань та очікувань, які він відчував до значущих фігур з минулого (батьків, опікунів), на терапевта. У Символдрамі це явище може проявлятися не лише по відношенню до терапевта, а й до самих образів. *Завдання:*

– **Дослідження стосунків:** Образи можуть відображати фігури, на які проектується несвідомі конфлікти та динаміки з важливими людьми.

– **Пропрацювання травм стосунків:** Через взаємодію з образами, що символізують батьківські фігури, пацієнт може "допрожити" або змінити старі сценарії стосунків, знайти нові способи взаємодії.

– **Робота з внутрішніми об'єктами:** Символічні образи можуть відображати інтерналізовані батьківські фігури або інші важливі "внутрішні об'єкти", що впливають на поведінку та почуття пацієнта.

– **Корекція перенесення:** Терапевт допомагає пацієнту усвідомити, як він взаємодіє з образами, і як це відображає його взаємодію з людьми в реальному житті, включаючи терапевта.

*Приклад:* Якщо пацієнт постійно бачить агресивну фігуру в образах, терапевт може допомогти йому дослідити, на кого ця фігура схожа, які почуття викликає, і як ці почуття пов'язані з його реальними стосунками.

*Інтервенції:* Терапевт може пропонувати пацієнту звертатися до образу, розмовляти з ним, висловлювати свої почуття, змінювати свою поведінку стосовно образу. Наприклад: "Що ця фігура хоче від вас?", "Що ви хочете їй відповісти?", "Чи можете ви змінити щось у ваших стосунках з цим образом?"

### **5. Додаткові Техніки та Принципи Роботи:**

– **Етапність:** Робота в Символдрамі часто проходить поетапно: від простих мотивів до більш складних, від ресурсних до конфліктних.

– **Діагностика:** Кожен образ і його деталі є діагностично значущими. Терапевт аналізує символіку, емоційний супровід, опір та динаміку образу.

– **Супровід терапевтом:** Роль терапевта – це роль провідника, який створює безпечний простір, підтримує пацієнта в його мандрівці, ставить "правильні" питання, що допомагають поглибити образ і отримати інсайт.

– **Інтеграція:** Після роботи з образом важливо обговорити пережитий досвід, зв'язати його з реальним життям пацієнта, його проблемами та ресурсами, щоб відбулася інтеграція усвідомлення.

– **Робота з опором:** Опір в Символдрамі може проявлятися як труднощі у візуалізації, швидке зникнення образів, зміна мотиву на безпечніший тощо. Терапевт обережно працює з цим опором, досліджуючи його причини.

*Курс психотерапії* складається, як правило, з 8-15 сеансів, в особливо складних випадках досягає 30-50 сеансів. Проте істотні поліпшення настають вже після кількох перших сеансів, іноді навіть один – єдиний сеанс може позбавити клієнта від хворобливого симптому або допомогти вирішити проблемну ситуацію. Частота сеансів складає від 1 до 3 зустрічей на тиждень. Оскільки метод символдрами має глибоку емоційну дію і вимагає тривалого часу, щоб пережите в ході сеансу пройшло складний процес внутрішнього психологічного опрацювання, проводити сеанси символдрами щодня і, тим більше, кілька разів на день не рекомендується. Також не рекомендується проводити сеанси менше, ніж раз на тиждень.

Символдрама добре поєднується із класичним психоаналізом, психодрамою, гештальт-терапією, ігровою психотерапією. Характерною особливістю символдрами є те, що вона пропонує клієнту певну тему для кристалізації його образної фантазії – так званого мотиву уявлення образу. З психологічної точки зору, символдрама – це проєктивний метод. Проте, на відміну від усіх відомих проєктивних методів, для символдрами характерна незалежність від якої б то не було заданої матеріальної структури. Завдяки цьому в уявних образах безпосередньо відбиваються глибинні психічні процеси, проблеми і конфлікти, це дозволяє називати кататимні образи “мобільною проєкцією”.

*Символдрама є ефективним методом для широкого спектру психологічних проблем та станів, зокрема:*

1. *Неврози та невротичні розлади:* тривожні розлади, фобії, панічні атаки, обсесивно-компульсивні розлади.

2. *Депресивні стани:* легкі та помірні форми депресії.

3. *Психосоматичні розлади:* коли фізичні симптоми мають психологічну основу.

4. *Проблеми у стосунках:* сімейні конфлікти, труднощі у спілкуванні, проблеми з прив'язаністю.

5. *Проблеми самооцінки та самореалізації:* низька самооцінка, відсутність мотивації, проблеми з пошуком власного шляху.

6. *Травматичні переживання:* переживання горя, втрати, шоківих травм (хоча в гострій фазі травми потрібен обережний підхід).

7. *Особистісний ріст та самопізнання:* дослідження власної особистості, розвиток творчого потенціалу, пошук сенсу життя.

8. *Дитячі та підліткові проблеми*: Символдрама успішно застосовується в роботі з дітьми та підлітками, використовуючи ігрові та казкові мотиви.

### ***Переваги Символдрами.***

1. *Глибинний вплив*: Дозволяє працювати з глибоко прихованими несвідомими конфліктами, які важко досягти іншими методами.

2. *Безпечний та екологічний метод*: Робота відбувається в уяві, що робить його безпечним для пацієнтів, дозволяючи їм опрацьовувати складні теми без прямого зіткнення з ними в реальності.

3. *Використання природних ресурсів психіки*: Спирається на природну здатність людини до візуалізації та символічного мислення.

4. *Довготривалий ефект*: Отримані інсайти та зміни, інтегровані через роботу з образами, часто мають стійкий і тривалий ефект.

5. *Активація творчого потенціалу*: Сприяє розвитку уяви, креативності та здатності знаходити нестандартні рішення.

6. *Доступність для різних вікових груп*: Може бути адаптована для роботи з дітьми, підлітками та дорослими.

***Обмеження та Протипоказання.*** Як і будь-який метод, Символдрама має певні обмеження та протипоказання:

1. *Психотичні стани*: Не рекомендується для пацієнтів у гострій фазі психозу, оскільки може посилити дезорієнтацію та галюцинації.

2. *Епілепсія*: Пацієнтам з епілепсією слід бути обережними через можливість спровокувати напад (хоча це рідкість).

3. *Наркотична та алкогольна залежність у гострій фазі*: Робота в уяві може бути ускладнена або неефективна під впливом психоактивних речовин.

4. *Сильна резистентність та відсутність уяви*: Деяким людям важко розслабитися або візуалізувати образи, що може ускладнити застосування методу.

5. *Необхідність кваліфікованого терапевта*: Для ефективної та безпечної роботи з Символдрамою потрібен досвідчений терапевт, який пройшов спеціальне навчання.

*Символдрама* – це ефективний метод психотерапії, який відкриває унікальні можливості для дослідження несвідомого та розв'язання психологічних проблем. Вона дозволяє людям поринути у свій внутрішній світ, зустрітися зі своїми страхами та бажаннями, знайти внутрішні ресурси та шлях до зцілення та особистісного росту. Завдяки своїй глибинній дії та широкому спектру застосування, Символдрама займає важливе місце серед сучасних психотерапевтичних підходів.

## **РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ**

### **Основна література**

1. Бурлачук Л. Ф., Кочарян О. С., Жидко М. Є. *Психотерапія: Підручник для ВНЗ*. — К.: Вища школа, 2005. (Класичний підручник, що охоплює різні напрямки психотерапії).



2. Заброцький М. М. *Основи психологічного консультування та психотерапії*. — К.: Кондор, 2004. (Розкриває базові аспекти консультування та терапії).
3. Каліна Н. Ф. Психотерапія / Надія Федорівна Каліна. — К. : Академвидав, 2010. — 288 с.
4. Карамушка Л. М. *Психологія управління: Навчальний посібник*. — К.: Міленіум, 2003. (Хоча не є суто психотерапевтичним, містить важливі розділи про комунікацію та інтервенції).
5. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії: навч. посібник. — Дрогобич : Посвіт, 2015. — 116 с.
6. Коваленко О. В. *Психологічне консультування: Навчальний посібник*. — К.: ВЦ "Академія", 2011. (Сучасний посібник, що зосереджується на методах консультування).
7. Кундельська Н. В. *Психологічне консультування та психотерапія: Навчальний посібник*. — Львів: Новий Світ-2000, 2017. (Актуальний погляд на сучасні підходи).
8. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. — Вид. 3-тє. — Луцьк : Вежа-Друк, 2017. — 420 с.
9. Насікан В. В. *Психотерапія у системі психічного здоров'я*. — К.: Університет "Україна", 2009. (Описує роль психотерапії в контексті загального психічного здоров'я).
10. Оспіщева В. В. *Основи психологічного консультування та психокорекції*. — Харків: ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2018. (Практично орієнтований посібник).
11. Пеньковська Н. М. Основи психологічного консультування в методі позитивної психотерапії : навч. посіб. / Н. М. Пеньковська, Р. В. Шептицький. — Тернопіль : Крок, 2014. — 286 с.
12. Титаренко Т. М. *Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності*. — К.: Либідь, 2003. (Робота, що допомагає зрозуміти глибинні аспекти особистості, важливі для терапевтичної практики).
13. Швалб Ю. М., Муратова А. В. *Психологія кризових станів: Навчальний посібник*. — К.: Каравела, 2006. (Хоча специфічний, але корисний для розуміння роботи з кризами у терапії).
14. Ярошевський М. Г. *Історія психології: Підручник*. — К.: Політиздат України, 1985. (Допомагає зрозуміти історичний контекст розвитку психотерапевтичних ідей).

### Допоміжна література

1. Глива Є. Вступ до психотерапії : навч. посіб. / Є. Глива. — Острог — Київ: Острозька академія, Кондор, — 2009. — 532 с.
2. Зубалий Н. П. Основы психотерапии : учеб. пособие / Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина. — К. : МАУП, 2001. — 160 с

3. Кочюнас Р. *Основы психологического консультирования*. — М.: Академический Проект, 1999. (Литва. Один з базових посібників з консультивання).
4. Коттлер Д. А., Браун Р. С. *Современная семейная терапия*. — Спб.: Прайм-Еврознак, 2001. (Зарубіжні автори. Огляд різних моделей сімейної терапії).
5. Цимбалюк І. М. Психологічне консультивання та корекція : навч. посіб. / Цимбалюк І. М. — [2-е вид., випр. і доп.]. — К. : Професіонал, 2007. — 544 с.
6. Роджерс К. *Становление личности: Взгляд на психотерапию*. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. (Основоположна праця з клієнт-центрованої терапії).

## **11. Посилання на інформаційні ресурси в Інтернеті, відео-лекції, інше методичне забезпечення**

1. Сайт дистанційної освіти УІПА: <https://do.uipa.edu.ua/>
2. Сайт дистанційної освіти ХНУ імені В.Н. Каразіна <https://karazin.ua>
3. Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського: <http://www.nbuv.gov.ua/> -
4. Харківська державна наукова бібліотека ім. В.Г. Короленка: <http://korolenko.kharkov.com/>
5. портал професійних психологів України «У психолога»: <http://upsihologa.com.ua/> -
6. Вісник психології і соціальної педагогіки: <http://psych.kiev.ua/nma-referats/flarefers/lang-1/referat-109/referatpart-4/index.html>
7. Психологічна допомога українцям (платформа ГО "Асоціація психологів України"): <https://psyhelp.com.ua/> - Це не лише ресурс для отримання допомоги, а й джерело інформації про українських фахівців та різні напрямки психотерапії, що практикують в Україні.
8. Українська Спілка Психотерапевтів (УСП): <https://www.usp.org.ua/> - Офіційний сайт організації, де можна знайти інформацію про різні модальності психотерапії, події, публікації та стандарти навчання.
9. Портал "Психологія Сьогодні": <https://www.psyh.com.ua/> - Хоча не є суто навчальним ресурсом, цей портал часто публікує статті, інтерв'ю та матеріали про різні методи психотерапії та консультивання від українських та зарубіжних авторів.

Електронне навчальне видання комбінованого використання  
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

**Черкашин Андрій Іванович**

## **МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА МОДЕЛІ ПСИХОТЕРАПІЇ**

Конспект лекцій  
для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня  
денної та заочної форм здобуття освіти за спеціальністю 053 «Психологія»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 24.04.2026. Гарнітура Times New Roman.  
Ум. друк. арк. 5,72. Обсяг 1,752 Мб. Зам. № 166/26.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009  
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна