

alma mater+

Новітні навчальні видання для студентів

Основи психотерапії

За редакцією К. В. Седик, О. О. Фільц

У сучасному світі радикально змінюються чинники психологічних перенапруг. Без новітніх знань про людину неможлива ефективна психотерапія. Якісна підготовка фахівця потребує дедалі насиченіших, інноваційною проблематикою навчальних видань. Ці вимоги взято за основу при створенні пропонуваного навчального посібника. У ньому розкрито засади психотерапії, ключові психотерапевтичні ідеї і теорії, напрями і методи дослідження психічної реальності, найактуальніші методики і техніки психотерапевтичної діяльності. Адресований студентам вищих навчальних закладів. Прислухайтеся психологам-практикам, педагогам, соціологам, управлінцям і всім, кого цікавить психічне життя особистості.

а|в

academia-pc.com.ua



alma mater+

Основи психотерапії

За редакцією К. В. Седик, О. О. Фільц

Загальні засади психотерапії /
Специфічні психотерапевтичні
напрями

Академвидав

а|в

**alma
mater+**

Серія заснована в 1999 році

Основи психотерапії

Навчальний посібник

За редакцією
доктора психологічних наук
К. В. Седих,
доктора медичних наук
О. О. Фільц

a|v Київ
«Академідав»
2016

Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів

(Лист № 1/11 - 5823 від 18.04.2014 р.)

Рецензенти:

доктор психологічних наук, професор
Л. Ф. Шестопалова;
доктор медичних наук, професор
А. М. Скрипніков

Колектив авторів:

К. В. Седих, О. О. Фільц, В. І. Банер,
Л. О. Гребінь, Р. В. Гринул, Б. Я. Дещинюк,
Ю. О. Живоглядов, Н. Є. Завицька,
В. І. Карикаш, Г. В. Католик, Р. В. Кечур,
А. В. Кітчук-Борщевська, З. Г. Кісарчук,
О. Л. Лизак, О. М. Марциняк-Дорош,
Ю. Я. Медиська, О. І. Мироненко,
Л. С. Москаленко, Я. М. Омельченко,
І. А. Слободняк, Т. Е. Тітова, А. З. Троян

У сучасному світі радикально змінюються чинники психологічних перенапрут. Без новітніх знань про людину неможлива ефективна психотерапія. Якісна підготовка фахівця потребує дедалі висхідніших інноваційно-проблематичною навчальних видань. Ці вимоги взято за основу при створенні пропонованого навчального посібника. У ньому розкрито засади психотерапії, ключові психотерапевтичні ідеї і теорії, напрями і методи дослідження психічної реальності, найактуальніші методики і техніки психотерапевтичної діяльності.

Адресований студентам вищих навчальних закладів. Прислужиться психологам-практикам, педагогам, соціологам, управлінцям і всім, кого цікавить психічне життя особистості.

	1. Загальні засади психотерапії
/7/	1.1. Сутність психотерапії
/11/	1.2. Напрями, моделі та методи психотерапії
/17/	1.3. Психотерапевтичний процес як основа психотерапії
/21/	1.4. Становлення психотерапії як науки
/24/	1.5. Етичні основи психотерапії
	2. Основні психотерапевтичні напрями
/27/	2.1. Психоаналіз
/28/	Теоретичні основи психоаналізу
/34/	Основні напрями психоаналізу
/39/	Симптоми та ризики особистісного розвитку
/40/	Основні теорії психосексуального розвитку
/48/	Методичні і технічні аспекти класичного психоаналізу
/51/	Груповий психоаналіз
/55/	2.2. Кататимно-імагінативна психотерапія
/56/	Становлення та розвиток кататимно-імагінативної психотерапії
/58/	Теоретичні основи кататимно-імагінативної психотерапії

/60/	Методика індивідуальної кататимно-імагінативної психотерапії
/66/	Особливості застосування символдраматичної техніки
/68/	2.3. Центрована на особистості психотерапія
/69/	Становлення центррованої на особистості психотерапії
/71/	Теоретичні основи особистісно-центрованого підходу
/79/	Психотерапевтична робота у межах центррованої на особистості терапії
/84/	Техніки центррованої на особистості терапії
/97/	2.4. Психодрама
/98/	Становлення і розвиток психодрами
/99/	Методика психодрами
/105/	Психодраматичні техніки
/107/	2.5. Позитивна психотерапія
/108/	Теоретичні основи позитивної психотерапії
/120/	Процедури і техніки позитивної психотерапії
/122/	2.6. Когнітивно-поведінкова психотерапія
/123/	Становлення когнітивно-поведінкової психотерапії
/125/	Методи когнітивно-поведінкової психотерапії
/127/	Моделі дослідження у пізнавальній психології
/129/	Рационально-емотивна терапія А. Елліса
/130/	Пізнавальна терапія
/134/	2.7. Екзистенціальна психотерапія
/135/	Теоретичні основи екзистенціальної терапії
/139/	Психотерапевтична робота як пошук і феноменологічний опис

/142/	2.8. Дитячо-юнацька психотерапія
/143/	Становлення дитячо-юнацької психотерапії
/147/	Методичні та технічні аспекти психотерапевтичної роботи з дітьми та молоддю
/149/	Залучення сім'ї й оточення в дитячу та підлітково-юнацьку психотерапію
/157/	2.9. Сімейна психотерапія
/157/	Основи сімейної психотерапії
/158/	Сімейне психологічне консультування
/162/	Психоаналітична сімейна терапія
/164/	Сімейна терапія, базована на досвіді
/168/	Системна сімейна психотерапія
/174/	Робота з дисфункціональними сім'ями
/185/	Термінологічний словник
/191/	Література

1.

Загальні засади психотерапії

1.1. Сутність психотерапії

Сучасну психотерапію тлумачать як теоретичне і практичне поле між психіатрією і психологією, що претендує на науковий і практичний статус. Вона тяжіє до стандартизації в практичному і методичному аспектах, але не може відмовитися від своєї ролі «піклувальника про душі». У психології та психіатрії основним предметом дослідження є феномени психічного життя, які можна відносно однозначно описувати, порівнювати, вимірювати і класифікувати. Для впровадження у психотерапевтичні дослідження експериментальної методології, що передбачає порівняння і перевірку отриманих результатів, необхідно конкретизувати явища, на яких зосереджуються зусилля психотерапевтів. Ще австрійський психіатр Зигмунд Фройд (1856—1939) запропонував цим феноменом вважати суб'єктивну (психічну) реальність.

Психоаналіз був зосереджений на маловиразних психічних явищах, які на початку XX ст. психіатрів не цікавили. Піонери психоаналізу вважали себе представниками медицини і водночас прагнули відокремитися від неї теоретично і практично. Внаслідок цього виникли дві тенденції:

- прагматичне намагання психотерапевтів якомога тісніше інтегруватися в розвиток системи охорони психічного здоров'я, передусім медичного страхування;
- теоретико-пізнавальна і технічна еволюція у напрямі формування самостійної системи різноманітних методів (їх понад 600), значна кількість яких дистанційована від терапії в медичному її розумінні. Узагальнювальним для всіх

існуючих натепер методів став термін «психотерапія» як «лікувальне піклування про душу».

Сукупність тенденцій, щодо яких застосовують термін «психотерапія», Європейська асоціація психотерапії (ЕАП) тлумачить так: «Психотерапія — це повноцінне цілеспрямоване та сплановане втручання, в т. ч. лікувальне, що здійснюється на підставах загальної та спеціальної підготовки при порушеннях поведінки та розладах здоров'я або при ширших особистісних потребах у власному розвитку, пов'язаних із психосоціальними, а також психосоматичними факторами та причинами, за допомогою наукових психотерапевтичних методів, у взаємодії між однією або кількома особами, які проходять лікування, та одним або кількома психотерапевтами з метою пом'якшення або усунення страждання та встановлених симптомів, зміни порушених стереотипів поведінки та життєвих налаштувань, сприяння процесу досягнення зрілості, розвитку, психічному здоров'ю та благополуччю особи, яка лікується».

Принципову відмінність між психіатрією і психотерапією під впливом дискусій із З. Фройдом побачив Карл Ясперс (1883—1969). Він вважав, що психологію і медицину, а отже, і психіатрію, слід вважати номотетичними науками, які намагаються виявити закономірності досліджуваних процесів та взаємозв'язків між явищами (феноменами) і раціонально їх пояснити. А психотерапію він зарахував до наук ідеографічних, предметом дослідження яких є індивідуальне та неповторне, що потребує не так пояснення, як розуміння. Номотетичні науки вибудовують свою пізнавальну методологію на підставі закономірних взаємозв'язків; ідеографічні намагаються формулювати узагальнення на підставі якомога повнішого розуміння індивідуальних особливостей.

Психотерапію К. Ясперс трактував як «розуміючу науку». А психіатрія, хоча і вдається до розуміння змісту переживань хворих, однак розглядає їх як доповнення до закономірностей, які вона виявляє. Наприклад, змістове наповнення (сюжет і фабула) маячення — ревності, вихідництво, переслідування тощо.

Для визначення предмета психотерапії необхідно з'ясувати, що слід вважати «нормальним» для психічного життя у психології; що таке «хворобливі прояви» у психіатричному їх розумінні і що є предметом психотерапії у зіставленні з ними. Сфера пізнання у психології, яку називають «нормальною», — «нормальне» душевне життя. Це означає, що психологія зосереджується на вивченні психічних структур, функцій та динамічно-енергетичних процесів, які у повсякденному житті, а також у

медичному, соціальному і юридичному сенсах кваліфікують як нездорові, нехворобливі, «здорові», «нормальні». Однак пробою «норми» у психопатології вирішити позитивно на практичному рівні (без зіставлення норми із не-нормою) фактично неможливо. Такі спроби належать радше до філософії медицини. Фактиці погоджуються лише в тому, що душевне життя перебуває в діалектичному зв'язку і протиставленні «хворобливому».

Предметом психіатрії вважають хворобливі (патологічні) психічні прояви. Виникає питання — такі прояви є «тотально патологічними» чи частковими? Хвороби, яка б охоплювала всі органи і системи, не існує. Тому медицина поділена на різні спеціальності, жодна з яких не може претендувати на тотальність і віднайти одну-єдину універсальну хворобу. Можна вважати, що предметом медицини є хворобливе (патологічне) у нормальному. А предмет психотерапії відповідає формулі В. Дільтея про те, що природу хвороби пояснюють, а психічне (духовне) життя — розуміють. Її предмет — патос (грец. pathos — страждання). Завдання психотерапії — описувати і концептуалізувати сукупність хворобливих і нормальних фактів суб'єктивної реальності людини на основі досвіду, набутого у психотерапевтичних стосунках. Психотерапевтичний досвід З. Фройд завжди протиставляв нозологічному принципу. Відтоді найважливіше для психотерапії — «виправлення» страждання, незалежно від того, пов'язане воно із симптомами хвороби чи ні.

Принципові відмінності між психотерапією і медичною психіатрією можна сформулювати в такій послідовності:

- а) патологія означає ставлення людини, яка страждає, до її розладу; нозологія розкриває і пояснює розлад;
- б) патологія означає цілісне життєве переживання як розладу, так і життя разом із розладом; нозологія відображає лише один із варіантів життєвих можливостей. Страждати можна і від нехворобливих обставин (від обмеження свободи чи «недобрих» стосунків);
- в) патологія — це переживання і життя «нормального» всупереч хворобі, подолання патологічного здоровою частиною людини; нозологія — це перемога хвороби над здоровою людиною;
- г) хвороба сама по собі не страждає, це здорове страждає від хвороби.

З огляду на те що цілісним переживанням людини у психологічній площині є її ідентичність, а життєвою метою — самореалізація, можна сформулювати широкі за змістом і короткі за формою визначення психотерапії.

Психотерапія (грец. *psyché* — душа і *terapeia* — лікування) — спосіб пізнання суб'єктивної реальності людини, предметною метою якого є лікування або подолання страждання і (або) розширення ідентичності та самореалізації.

Сучасні дослідники визначають психотерапію як науку про суб'єктивне. За такого розуміння суб'єкт, тобто людина, є *об'єктом психотерапії*.

Предмет психотерапії — психологічні проблеми психічно здорових і психічно нездорових людей, що перешкоджають їх особистісному, соціальному і духовному розвитку, благополуччю, самореалізації та розширенню ідентичності.

З огляду на це основною *метою психотерапії* є зменшення страждання, у т. ч. пов'язаного із хворобами, а також сприяння розширенню ідентичності особи та її самореалізації. Психотерапія покликана за допомогою слова і людських стосунків вплинути на переживання та поведінку, які сприймаються як хворобливі або як певні відхилення, і водночас зрозуміти стан людини, поставити в межі, доступні індивідуальному пізнанню, історію її страждань. Зазначеної мети можна досягти у процесі розв'язання таких *завдань психотерапії*:

- 1) допомога клієнту в дослідженні, усвідомленні та розв'язанні власних проблем;
- 2) сприяння зниженню напруги та емоційного дискомфорту у клієнта, зміцнення його психічного здоров'я;
- 3) заохочення клієнта до розуміння власних почуттів та вільного їх вираження;
- 4) вивчення психологічних закономірностей, механізмів та ефективних способів міжособистісної взаємодії для створення основи більш ефективного і гармонійного спілкування з людьми;
- 5) забезпечення клієнта новими ідеями або інформацією про те, як вирішувати ті чи ті проблеми;
- 6) допомога клієнту у перевірці нових способів мислення та поведінки за межами терапевтичної ситуації;
- 7) сприяння особистісному розвитку, реалізації творчого потенціалу, досягненню оптимального рівня життєдіяльності і відчуття щастя та успіху.

Досягнути таких цілей здатний лікар, наділений певними рисами. За результатами аналізу особистісних якостей психолога та психотерапевта американський психотерапевт Ролло Мей (1909—1994) запропонував «теорію пораненого цілителя», вважаючи, що вони лікують людей, звертаючись до досвіду своїх особистих травм. За його спостереженнями, психотерапією займа-

ються люди, які в дитинстві були «терапевтами у своїх сім'ях». Завдяки особистій боротьбі з власними проблемами у них розвиваються емпатія, креативність і співпереживання. Вони знаходять щось позитивне у всіх хворобах (фізичних чи психічних), оскільки неважна форма боротьби абсолютно необхідна людині, щоб дійти до тих глибин, у яких виникає креативність. Як стверджує сучасний американський психолог Джером Каган, креативність ґрунтується на стражданнях підліткової самотності, на ізоляції і навіть на фізичній неповноцінності. Важливою якістю психотерапевта також вважають *автентичність* (грец. *authentikos* — справжній) — здатність бути собою, не змінювати своєї істинної сутності з огляду на кон'юнктуру, а також *конгруентність* (лат. *congruentia* — відповідність) — здатність правильно і точно реагувати на слова і дії клієнта, «віддзеркалювати» його прагнення і наміри.

Розвитку професійно важливих якостей психотерапевта, його ціннісно-сислової сфери та світогляду сприяють: формування психологічної, психотерапевтичної компетентності; розвиток умінь та навичок надання психотерапевтичної допомоги населенню з використанням різноманітних психотерапевтичних технік та методів з опорою на контекстуальні та процесуальні положення; формування психотерапевтичної культури; пояснення хвороби, недостатнього чи викривленого розвитку, неповної соціалізації, відсутності гармонії з собою чи світом у психологічних поняттях; лікування розладів здоров'я, недорозвитку чи неповної самореалізації та запобігання їм, досягненню гармонії з собою та світом за допомогою психологічних впливів.

Заяпитання. Завдання

1. Охарактеризуйте принципову відмінність між психіатрією і психотерапією.
2. Дайте визначення психотерапії.
3. Вкажіть предмет і мету психотерапії.
4. Які завдання постають у процесі психотерапевтичної діяльності?
5. Охарактеризуйте важливі професійні якості психотерапевта.

1.2. Напрями, моделі та методи психотерапії

Психотерапію тлумачать як науку про суб'єктивне, побудовану на узагальненнях індивідуального досвіду і зосереджену на суб'єктивній реальності конкретного пацієнта. Цим зумовлене

різноманіття психотерапевтичних напрямів і моделей, до яких вдаються фахівці.

Психотерапевтичний напрям — підхід, що має власні дискурс та уявлення щодо розуміння особистості й характеру порушень особистості та логічно пов'язану з цим систему психотерапевтичних впливів.

Психотерапевтичні напрями класифікують за різними критеріями. Так, розрізняють директивні (орієнтовані на проблему) та недирективні (орієнтовані на клієнта) психотерапевтичні напрями. Їх також класифікують за «каналом», через який відбувається взаємодія з клієнтом: вербальний (психоаналіз); тілесний (тілесно орієнтована психотерапія); візуальні образи (психосинтез); полімодальний (гештальттерапія). Розрізняють також симптоматичну (спрямовану на роботу з певним симптомом або їх групою) та патогенетичну (виявлення причини, яка призвела до виникнення відповідної патологічної симптоматики) психотерапію. За критерієм тривалості виокремлюють короткочасну та довгострокову, за об'єктом — групову та індивідуальну психотерапію.

З позиції академічної психології деякі дослідники (Н. Сміт) розглядають психотерапевтичні впливи як системи із чітко локалізованим джерелом причинності психічних проблем. Відповідно розрізняють кілька таких систем:

1. **Органоцентричні системи.** Джерелом причинності є певний «внутрішній» елемент (наприклад, розум, мозок, опрацювання інформації або інший конструкт) в організмі людини. Більшість психотерапевтичних шкіл (психоаналіз, гештальт, клієнт-центрована, когнітивна) є органоцентричними.
2. **Енвайроцентричні системи.** Джерелом причинності вважають навколишнє середовище. Таких засад дотримуються представники транзактного аналізу, адлеріанського аналізу, юнгіанства, поведінкової терапії.
3. **Соціоцентричні системи.** Джерело причинності психотерапевти вбачають у соціальній групі (соціальний конструкціонізм).
4. **Нонцентричні системи.** До нонцентризму належать системна психотерапія та когнітивно-поведінкова психотерапія. Представники цих шкіл вважають, що психічні проблеми не мають одного джерела, переважно вони закорінені у відносинах або певних подіях.

На здобутки певних наук — медицини, філософії, психології — спираються психотерапевтичні моделі.

Психотерапевтична модель — відособлена форма психотерапії, що використовує базові поняття та настанови певної сформованої галузі знань (медицини, психології, педагогіки, філософії, соціології).

Основними психотерапевтичними моделями вважають медичну та психологічну. Способом реалізації певної психотерапевтичної моделі або напрямку є метод психотерапії.

Метод психотерапії — певна техніка (гіпноз, релаксація, психогімнастика та ін.), визначальні умови, які сприяють оптимізації досягнення психотерапевтичних цілей (сімейна психотерапія тощо); інструмент, який використовують у психотерапевтичному процесі; терапевтичні інтервенції (втручання), які розглядають у параметрах стилю (директивний, недирективний) або форми (переконання, пояснення тощо).

Спосіб застосування конкретного методу психотерапії називають *формою психотерапевтичного впливу*, що полягає в організуванні та структуруванні взаємодії терапевта і клієнта у процесі реалізації того чи іншого методу психотерапії. Наприклад, методи раціональної психотерапії можуть бути реалізовані у формі індивідуальної чи групової бесіди, лекції; методи психоаналізу — у формі аналізу сновидінь, вільних асоціацій тощо.

Спільним для усіх психотерапевтичних напрямів є намагання психотерапевта (незалежно від того, які методи, техніки, форми психотерапевтичного впливу він використовує) допомогти клієнту. Для з'ясування результативності психотерапевтичної діяльності було розроблено низку *методів оцінювання ефективності та наслідків психотерапії*. Першим та найрозвинутішим методом досліджень контент-аналізу психотерапевтичних сеансів та клінічного опису випадку став метод центральної теми конфліктних стосунків. Услід за ним були створені та розвинуті інші методи — метод діагностичного плану, структурний аналіз суспільної поведінки, конфігураційний аналіз, метод рамок (Фрейдів), метод циклічних дезадаптивних патернів (ЦДП), кількісні методи дослідження у психотерапії та ін.

Метод центральної теми конфліктних стосунків. Учасник Меннінгерівського та Пенсільванського дослідницьких проектів американський психотерапевт Лестер Люборскі, вивчаючи протоколи аудіозаписів психотерапевтичних сеансів, виявив подібності в розповідях пацієнтів про конкретні випадки їхніх стосунків з іншими особами — «наративи». Також він зауважив, що деякі схеми стосунків у пацієнтів повторюються найчастіше. Такі типові схеми дослідник назвав центральною темою конфліктних стосунків пацієнта. За спостереженнями Л. Люборскі, вона має

очевидні паралелі з описаним З. Фройдом феноменом перенесення — головною «силою», яка сприяє психотерапевтичній роботі.

За допомогою методу центральної теми конфліктних стосунків були виявлені такі основні закономірності психотерапії: розширення спектру реакцій пацієнта під час психотерапії є позитивним результатом; підвищення гнучкості та різноманітності реакцій пацієнтів свідчать про позитивні зміни їхнього стану; заміна типових стосунків на нові вказує на покращення соціальної адаптації.

Метод діагностичного плану. Цей метод також було розроблено у 70-ті роки ХХ ст. у США Групою психотерапевтичних досліджень Сан-Франциско (попередня назва — Група психотерапевтичних досліджень Маунт-Сіона) під керівництвом Джозефа Вайса та Гарольда Семпсона. В основі методу — вивчення протоколів психотерапевтичних сеансів для з'ясування ролі аналітика (терапевта) у лікувальному процесі. Група намагалася встановити, як терапевт може сприяти видужанню чи спричинити погіршення стану пацієнта у процесі терапії. У результаті досліджень було обґрунтовано теорію навчання контролю. Відповідно до її основного положення, пацієнт у результаті травматичного досвіду створює несвідомі дезадаптивні переконання, формує неусвідомлений план їх подолання та перевіряє, чи вдасться йому з допомогою терапевта спростувати їх. Патогенним переконанням може бути найважливіша та непереможна неусвідомлена концепція, яку людина формує в ранньому дитинстві. Після травми дитина всіма силами намагається запобігти її повторенню. Травматичний досвід вона отримує передусім у ранніх стосунках з батьками або тими, хто опікується нею, адже будь-яке виховання пов'язане з фрустраціями та обмеженнями. Таке ставлення до травми заважає особистості досягати життєвих цілей або спричинює відмову від них. Ці хибні ідеї через їх витісненість можуть зберігатися надовго, людина самостійно не здатна їх спростувати. Спосіб, який пацієнт захоче використати для подолання патогенних переконань, вирішення проблем і досягнення цілей, Дж. Вайс називав *планом пацієнта*.

Діагностичний план утворюють п'ять компонентів: цілі пацієнта в терапії; перешкоди (патогенні переконання), які заважають пацієнту досягти цілей; травми — події та досвід, що спричинюють розвиток патогенних переконань; інсайти, які допомагають пацієнту досягати цілей у терапії; випробування — спосіб роботи пацієнта в психотерапії задля подолання перешкод і досягнення цілей.

Структурний аналіз суспільної поведінки. Створений Лорною Бенджамін у 70-ті роки ХХ ст. метод структурного аналізу соціальної поведінки (САСП) широко використовують для ви-

вчення взаємодії (інтерацій) між клієнтом і психотерапевтом в індивідуальній і сімейній психотерапії.

Конфігураційний аналіз. Метод запропонував М.-Дж. Хоровіц у 1979 р. Особливістю його є намагання інтегрувати психодинамічний та когнітивно-поведінковий підходи у теорію «схем особи». Він розглядає передусім внутрішні та міжособистісні стосунки.

Метод фреймів (рамок). Метод FRAMES (Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures — фундаментальні повторні та дезадаптивні емоційні структури) призначений для оцінювання психопатологічних симптомів, терапевтичного процесу та результату лікування. Його застосування передбачає докладний опис повторних дезадаптивних структур кожного пацієнта (патологічного характеру), встановлення природи інтервенцій терапевта, які допомагають змінити ці структури, оцінювання результату за допомогою структури FRAMES наприкінці лікування. Завдяки йому відбувається аналіз трьох найважливіших компонентів психотерапевтичного процесу: характеру клієнта і супутніх порушень, втручання психотерапевта, зміни у структурі FRAMES по завершенні лікування. Аналіз дає змогу оцінити ефективність психотерапевтичної гіпотези, на основі якої планується і здійснюється терапія.

Метод циклічних дезадаптивних патернів (ЦДП). Головною метою його завданням є вивчення «зачарованого кола» дезадаптивних інтерацій пацієнта з іншими людьми. Застосовують його для клінічного опису випадків при короткотривалій психодинамічній психотерапії, а також для планування динамічного інтерперсонального фокуса, який використовують у стаціонарній клінічній практиці. ЦДП виявляє такі типи дисфункціональних та дезадаптивних взаємодій і негнучких способів поведінки: очікування власної поразки; негативні самооцінки тощо. Він має значення при плануванні психотерапії депресивних станів.

Кількісні методи дослідження у психотерапії. До них належить визначення величини ефекту за формулою, яка дає змогу порівняти середні величини в межах однієї групи: на початку та наприкінці терапії, в різних дослідних групах, у дослідній та контрольній групах. Визначення величини ефекту дає змогу встановити відмінності між групами, зумовлені психотерапією, кількісно і достовірно її визначити, а також порівняти отримані в різних дослідженнях кількісні результати за допомогою метааналізу. Такий метод оцінювання має обмеження, адже не завжди отримання хороших кількісних показників означатиме суб'єктивне поліпшення стану пацієнтів.

Практичний спосіб оцінювання терапевтичних результатів передбачає і суб'єктивне сприйняття змін клієнтами. Для цього

можна застосовувати шкали і самоопитувальники, які залежно від характеру показників можна поділити на особистісні, шкали психопатологічних симптомів, шкали загального самопочуття та особистісного функціонування, опитувальники щодо суспільного та міжособистісного функціонування, опитувальники щодо суб'єктивної оцінки ефективності психотерапії та ін. Найточнішими такими інструментами є самоопитувальники, які виявляють конкретні зміни клієнта (структуроване інтерв'ю змін клієнта).

Важливу роль в оцінюванні ефективності психотерапії відіграють економічні аргументи, особливо за кордоном, де в стосунках «пацієнт — терапевт» присутня третя сторона, котра оплачує лікування. У такому оцінюванні важливе досягнення швидкого та відчутного ефекту, який виявляється у якомого швидшому та повнішому відновленні працездатності пацієнта (зменшенні днів непрацездатності, частоти повторних звернень по медичну допомогу тощо).

При оцінюванні результатів психотерапії слід враховувати, що ефект психотерапії, встановлений психотерапевтами та експертами, які знають про спосіб лікування пацієнта, буде вищим, ніж у сприйнятті клієнтів та членів їхніх сімей; загальне поліпшення ситуації клієнта перевищуватиме оцінку окремих результатів; ефект соціального функціонування пацієнта в реальних життєвих умовах буде нижчим, ніж в експериментальних.

На відміну від психіатрії, яка пов'язує свої дослідження із біологічною природою хвороб та необхідністю їх біологічного лікування (психофармакологією та нейробіологією), психотерапія націлена на вивчення психопатології страждання. Це зумовлює необхідність вдаватися до аналізу змісту, значення та смислу переживань, застосовувати значно більше якісних методів дослідження, ніж у психіатрії. Такі дослідження — надзвичайно трудомісткі, однак вони дають змогу краще осягнути можливості та ефективність психотерапії, реально планувати психотерапевтичні форми допомоги пацієнтам у психіатричній і загальній медичній практиці.

Встановлено, що позитивний ефект лікування залежить від успішного терапевтичного (робочого) альянсу між терапевтом і пацієнтом та їх особистісних характеристик. Не знайдено залежності ефективності терапії від теоретичної кваліфікації психотерапевта. Результати різних видів психотерапії практично еквівалентні.

Реалії сучасного гуманістичного пізнання засвідчують, що психотерапія — це певне явище культури, яке виникло для реалізації нового сенсу для людини в новітніх умовах її життя — сенсу розбудови свого внутрішнього світу, кращого розуміння себе та інших, самореалізації. Будь-яка терапія працює завдяки активно-

сті клієнта, тому всі процедури або методики мають бути спрямовані на те, щоб допомогти клієнтові взяти на себе відповідальність за своє життя.

Запитання. Завдання

1. За якими критеріями класифікують психотерапевтичні напрями?
2. Охарактеризуйте основні моделі психотерапевтичної допомоги
3. Вкажіть методи оцінювання ефективності та наслідків психотерапії
4. Охарактеризуйте поняття «психотерапевтична модель», «психотерапевтичний метод».
5. Назвіть класифікації психотерапевтичних напрямів за різними критеріями.

1.3. Психотерапевтичний процес як основа психотерапії

Ключовими фігурами психотерапії є клієнт (людина або група, що має певну проблему, прагне полегшити страждання) і психотерапевт (людина, яка може надати кваліфіковану допомогу). Їх взаємодія відбувається під час психотерапевтичного процесу.

Психотерапевтичний процес — вид міжособистісної взаємодії між психотерапевтом та клієнтом, у процесі якої клієнтам надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем і труднощів психологічного характеру.

У будь-якому психотерапевтичному напрямі дуже важливі *терапевтичні стосунки*, які виникають між психотерапевтом та клієнтом у процесі психотерапії і характеризуються наявністю договірних обов'язків між сторонами-учасниками, довірою та емпатією. Психотерапевт у процесі взаємодії з клієнтом прагне створити таку атмосферу, завдяки якій клієнт вчиться усвідомлювати власні потреби, ресурси та переживання, приймати відповідальність за свої вчинки та рішення, займати активну і творчу позицію щодо себе та своєї життєдіяльності, будувати продуктивні відносини, справлятися із травматичними ситуаціями та переживаннями тощо. Результатом є виникнення певних стійких позитивних змін у різних сферах життя клієнта. Зміни є також одним із головних моментів психотерапії (незалежно від психоте-

рапевтичного напрямку) та визначають ефективність психотерапевтичного процесу.

Психотерапевтичний процес передбачає послідовність певних етапів. Для будь-якого психотерапевтичного напрямку характерні такі етапи психотерапії:

1. Встановлення контакту, з'ясування мотивації, встановлення терапевтичних взаємин.
2. Діагностування проблеми, з'ясування (психотерапевтом і певною мірою клієнтом) причин і механізмів формування симптомів, емоційних чи поведінкових порушень.
3. Визначення «психотерапевтичних мішеней».
4. Застосування конкретних методик і технік, спрямованих на досягнення позитивних змін.
5. Закріплення досягнутих результатів;
6. Закінчення курсу психотерапії.

Загальним елементом стилю і стратегії поведінки психотерапевта на будь-якому етапі психотерапії є поєднання принципів «там-і-тоді» з «тут-і-зараз» (використання у роботі з клієнтом матеріалу, пов'язаного з його минулим, з актуальною поведінкою та взаємодією у процесі психотерапії).

Багато психотерапевтичних понять, які використовують у різних підходах, не є чіткими академічними термінами. Здебільшого це *метафори* (грец. *metaphora* — переміщення, віддалення) — розпливчасті концепти широкого змісту, за допомогою яких передають різноманітні, часто індивідуальні відтінки сенсу. Їх використовують для структурування досвіду, здобутого певною школою психотерапії. Наприклад, у психоаналізі це «лібідо» і «катексис»; у юнґіанстві — «індивідуація» і «архетип»; у неофрейдизмі — «броня» (панцир); у гештальттерапії — «усвідомлення» і «контакт»; у гуманістичній психотерапії — «пик-переживання» тощо. Метафори передають не тільки уявлення про об'єкти, явища чи процеси, а й ставлення до них, емоційну оцінку, особистісний сенс. Тому психотерапевтичне спілкування багате на метафори, а найуживаніші з них поступово набули поняттєвого характеру. Психотерапевтичні метафори дають необмежені можливості опису, структурування і трансформації людського досвіду, який є запорукою терапевтичних змін.

Потребу людини у психологічній допомозі, сформульовану в скаргах і бажаннях, називають запитом. Роботу терапевта з клієнтом — психотерапевтичним процесом, окрему зустріч — сесією (лат. *sessio* — засідання). Розклад психотерапевтичного процесу — кількість зустрічей на тиждень, їх тривалість і термін лікування — це сетинг (англ. *set* — встановлений). Сетинг та всі аспекти

стосунків «терапевт — клієнт» визначають в особливому контракті — терапевтичному альянсі.

Простір, у якому здійснюється психотерапевтична діяльність, має особливу архітектуру, де необхідно розрізнити зміст і форму; процеси; інтра- та інтерпсихічні механізми і чинники змін.

Архітектуру психотерапевтичного простору утворюють: реальний простір — поведінка, взаємодія, вербалізація (нарратив) учасників психотерапевтичного процесу; внутрішній простір — інтрапсихічна складова (конструкти, значення і цінності, власне мовлення); умовний простір — ігровий і мистецький компоненти.

Психотерапія — це перехідний простір від фантазії до дійсності і від дійсності до фантазії, тому має ознаки їх обох. Її структуру зумовлюють умови (рамки) і сплетіння реального, умовного та внутрішнього простору. Внутрішній простір є окремим, підконтрольним тільки його «власнику» (клієнтові і психотерапевтові). Реальний і умовний простори створюють усі учасники психотерапевтичного процесу. Зовнішнє структурування уявного простору здійснюється через специфічні психотерапевтичні техніки. Психотерапія частково будується за законами мистецтва та гри як специфічних діяльностей, що відрізняються від законів «реальності». Символи фіксують розуміння реального життя. Гра і мистецтво — умовні простори, але те, що відбувається в них, зачіпає глибокі мотиви і справжні емоції. Під час терапії створюють співбуттєвий простір, як і в грі та мистецтві.

У психотерапевтичному процесі є кілька *центральної тем*, навколо яких вибудовуються стосунки «психотерапевт — клієнт»: влада, контроль, співробітництво, відповідальність. Відповідно, учасники психотерапевтичного процесу можуть виконувати ролі рятувальника, жертви; лікаря (цілителя) і пацієнта (хворого); вчителя (гуру) й учня.

Представники різних напрямів психотерапії спираються на різні теоретичні положення про особистість та особливості її розвитку; обирають об'єктом впливу різні «психотерапевтичні мішені» та фокусують увагу на різних часових аспектах (минуле — теперішнє — майбутнє); по-різному розуміють здоров'я і патологічний процес. Це зумовлює особливості психотерапевтичного процесу: підбір діагностичного інструментарію; вибір технік і процедур зміни стану свідомості та руйнування патологічних зв'язків; особливості побудови психотерапевтичних взаємин та позицію психотерапевта; необхідні часові витрати; спосіб визначення ефективності психотерапії. Основні зміни відбуваються з клієнтом у процесі взаємодії з психотерапевтом (терапевтичні відносини). Порівняння конструктів психотерапевта у

взаємодії «психотерапевт — клієнт» у різних психотерапевтичних школах наведено у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Порівняння конструктів «психотерапевт — клієнт» в різних психотерапевтичних школах

Конструкти психотерапевта у взаємодії «клієнт — психотерапевт»	Напрями психотерапії
Директивність	Стратегічна сімейна; сугестивні напрями; традиційна вітчизняна; психотерапія В. Хелінгера
Дзеркало	Ранній психоаналіз
Експерт	Ранні школи психотерапії; вітчизняна медична терапія; вітчизняне психологічне консультування
Нейтральність	Міланська школа
«Об'єктивний натуралізм»	На певному етапі біхевіоральної, психоаналітичної, бойвіанської, стратегічної терапій
Зацікавленість	Роджеріанство
Креативність, агресивність (активність), здатність змінюватися	Конструктивізм Дж. Келлі
Емпатична співпраця, співтворство з клієнтами у створенні нових історій клієнта про себе	Наративна терапія

Психотерапевтом може бути спеціаліст (медик або психолог), який отримав відповідну кваліфікацію. У деяких країнах Європейського союзу можливість отримати психотерапевтичну освіту мають соціальні працівники, педагоги, фізіотерапевти, соціологи, філософи, священники. Згідно із Страсбурзькою декларацією (1990), психотерапію визнано самостійною наукою, а психотерапевтичну освіту надають спеціалістам, які мають попередню підготовку в різноманітних галузях гуманітарних та суспільних наук.

В Україні статус спеціаліста-психотерапевта юридично не визначений, що спричиняє постійні дискусії про належність психотерапії до певної теоретично-практичної галузі — передусім медицини чи психології. Відповідно, психотерапевтом вважають людину, яка має базову психологічну або медичну освіту та спеціальну психотерапевтичну підготовку в одній або кількох галузях психотерапії.

Залитання. Завдання

1. Дайте визначення процесу психотерапії та його етапів.
2. Охарактеризуйте основні поняття психотерапії: «залит», «сесія», «терапевтичний альянс».
3. Якими є конструкти психотерапевта у взаємодії «клієнт — психотерапевт»?
4. Назвіть основні напрями психотерапії.
5. Які ознаки архітекtonіки психотерапевтичного простору є основними?

1.4. Становлення психотерапії як науки

Історію розвитку психотерапії можна розглядати в межах двох основних періодів: донаукового (до XIX ст.) та наукового (XIX—XX ст.). Донауковий період пов'язаний здебільшого з релігійними та магічними практиками, оснований на міфологічних та теологічних віруваннях, інтуїтивних знаннях і магічних обрядах. На цьому етапі активно використовували такі засоби психологічного впливу, як навіювання, самонавіювання, введення в трансів стани тощо. Психотерапевтичні практики здійснювались високоосвіченими і кваліфікованими фахівцями: цілителями, жрецькими і шаманами. Історія психотерапії і медицини свідчить, що ефективність цих технік була і дотепер залишається високою.

У XVIII ст. закладено наукові передумови розвитку психотерапії. Саме в цей час почали звертати увагу на несвідомі причини симптомів психічних і психосоматичних розладів. Так, у 1776 р. австрійський лікар Фрідріх-Антон Месмер (1734—1815) здійснив спробу науково пояснити лікувальний вплив навіювання, створив теорію «тваринного магнетизму» — особливий психічної активності, зумовленої дією флюїдів, які надсилає людина. Сучасники активно критикували вчення Ф.-А. Месмера, однак він першим спробував експериментально дослідити психотерапевтичні стосунки, а його вчення дало поштовх для використання з лікувальною метою гіпнозу, ефектів навіювання та самонавіювання, а також рапорту (позитивного емоційного зв'язку, контакту між людьми).

Виникнення психотерапії як науки пов'язане з ім'ям Йоганна-Крістіана-Августа Хейнротта (1773—1843), який був призначений у 1811 р. на посаду професора психотерапії у Лейпцигу. До середини XX ст. психотерапією займалися переважно лікарі-неврологи, а потім психіатри. Більшість досліджень і напрацювань у XIX ст. здійснено в межах цих галузей.

Поява психодинамічної теорії П'єра-Марі-Фелі Жане (1859—1947) стала суттєвим етапом у розумінні психіки та психічного і відобразилась у вченнях З. Фрейда, Альфреда Адлера (1870—1937), Карла-Гюстава Юнга (1875—1961) та ін. Першою фундаментальною школою психотерапії став психоаналіз, із якого у середині ХХ ст. виокремились інші глибинно-психологічні напрями. Паралельно розвивалися когнітивний, біхевіористичний, гуманістичний підходи та гештальтпідхід. На початку 30-х років ХХ ст. психоаналітичні інститути Європи та США на основі вивчення матеріалів своїх колишніх пацієнтів намагалися довести ефективність психотерапевтичного лікування.

У 1952 р. Ганс-Юрген Айзенк (1916—1997) у статті «Оцінювання впливу психотерапії» обґрунтував припущення, що психотерапевтичне лікування виявляється успішним у 67 % випадків. Саме з такою частотою у пацієнтів, які мають емоційні порушення, виникають спонтанні ремісії. Зібрані ним статистичні дані про поліпшення стану пацієнтів у процесі психотерапії та без психотерапевтичного впливу натякали на «нерентабельність» психотерапії, передусім психоаналізу. Дослідження Айзенка та наступні критичні публікації стали важливим поштовхом до пошуку науково обґрунтованих методів оцінювання ефективності психотерапії.

Новий етап у розвитку психотерапевтичних досліджень ознаменували два масштабні проекти у США: «Мевінгерівський проект» (місто Топек штату Канзас, 42 пацієнти) та «Пенсільванське дослідження психотерапії», в якому брали участь 73 непсихотичні пацієнти, з якими працювали психотерапевти психодинамічної орієнтації. Мета досліджень полягала у з'ясуванні спроможності психотерапевтичної роботи забезпечити передбачуваний результат, а якісна оцінка терапевтичних стосунків (альянсу) є запорукою успішної психотерапії. Найважливіший результат цих досліджень — підтвердження ефективності психотерапії.

Пізніше назріла необхідність порівняння ефективності різних психотерапевтичних методів, а також вивчення впливу різних факторів на результат психотерапії. Однак дотепер нікому не вдалося довести однозначні переваги жодного психотерапевтичного методу. Більшість дослідників погоджуються щодо так званого *парадоксу еквівалентності*, згідно з яким різні за теоретичними конценціями і технікою методи психотерапії виявляють приблизно однакову ефективність. Логічним продовженням цієї роботи були розпочаті у 50-ті роки ХХ ст. проекти Університету Вандербільт (США).

Метою групи «Вандербільт I» було порівняння впливу професійних навичок і позитивного ставлення психотерапевта на

результат лікування. З однією групою студентів (15 пацієнтів) працювали досвідчені психотерапевти, а з іншою (15 пацієнтів) — звичайні університетські викладачі з позитивним ставленням та розумінням. В обох групах було зафіксовано однакове покращення з незначним переважанням у професійних психотерапевтів. Дослідження «Вандербільт II» мало на меті вивчити вплив підготовки психотерапевтів на результативність короткочасної динамічної психотерапії. У ньому взяли участь 16 психотерапевтів та 32 пацієнти. Гіпотеза полягала у тому, що додаткове навчання психотерапевтів методиці короткочасної динамічної психотерапії сприятиме поліпшенню результатів терапії. Це припущення не підтвердилося — результати обох проектів «Вандербільт» змусили Ханса-Германа Струппа засумніватися в перевагах психоаналітичної техніки і переконали, що незаперечними чинниками успіху терапії є насамперед безумовне позитивне прийняття, емпатія та конгруентність терапевта, його індивідуальна майстерність та досвід, а також успішне формування терапевтичного альянсу. Подібних висновків дійшов й американський психотерапевт Карл Роджерс (1902—1987), засновник клієнт-центрованої психотерапії. Під час ще одного масштабного проекту — Шеффільдського — порівнювали ефективність когнітивно-поведінкової (прескриптивної) і розмовної (експлоративної) психотерапій у групі із 40 пацієнтів, кожен з яких послідовно отримував обидва види терапії (по 8 сеансів). Результати показали вищу ефективність прескриптивної (когнітивно-поведінкової) терапії, однак лише у 7 випадках результати були клінічно значущими.

За час розвитку психотерапії як науки сформувалося багато варіантів і форм теорії та практики психотерапевтичної допомоги, які фахівці Європейської асоціації психотерапії (ЕАП) об'єднують у такі основні групи:

- 1) психоаналітична психотерапія, що розглядає життєві проблеми як наслідки неусвідомлених конфліктів та аспектів розвитку;
- 2) когнітивна і поведінкова терапія, яка визначає джерелом життєвих проблем неправильні навчання і мислення;
- 3) гуманістична психотерапія, що розглядає життєві проблеми як наслідок блокування почуттів;
- 4) системна психотерапія, котра вбачає причини життєвих проблем у порушенні функцій системи або групи, до якої належить особистість;
- 5) екзистенційна психотерапія, що пояснює життєві проблеми як наслідок недостатнього розуміння умов людського існування.

Важливою закономірністю розвитку психотерапії як науки є її спрямованість на вироблення єдиної теорії. Кожна із психотерапевтичних шкіл претендувала на статус такої теорії, заперечуючи попередні. Однак дотепер жоден з існуючих підходів не задовольняє вимог єдиної теорії, а формування єдиного теоретико-методологічного підґрунтя психотерапії лише починається.

Запитання. Завдання

1. Назвіть етапи становлення психотерапії як науки.
2. Охарактеризуйте донауковий період розвитку психотерапії.
3. Охарактеризуйте науковий період розвитку психотерапії.
4. Охарактеризуйте етапи розвитку психотерапевтичних досліджень.
5. Назвіть засновників основних напрямів психотерапії.

1.5. Етичні основи психотерапії

Етика і мораль — системи, що визначають якість людської поведінки і людських стосунків. Імануїл Кант (1724—1804) обґрунтував категоричність (неухильність) дії моральних законів у суспільстві. Альтернативою моральним заборонам є свобода волі у виборі дій і відповідальність за них. Свобода волі становить основу етики. Сукупність етичних вимог до психотерапевтичної діяльності містить Кодекс принципів Американської психологічної асоціації (1981), оновлений у 1992 р. У 1993—1995 рр. етична комісія Європейської асоціації психотерапії адаптувала його до європейських умов, і в 1995 р. було прийнято етичні принципи ЄАП. Прийнятий у 1998 р. Українською спілкою психотерапевтів (УСП) етичний кодекс цілком відповідає всім вимогам ЄАП.

Потреба в етичних принципах виникла внаслідок прагнення психотерапії виокремитися в незалежну професійну діяльність. Самодостатня діяльність можлива за наявності специфічних методів психотерапії і розвинутих функціональних структур, а також власних дисциплінарних заходів, що дають змогу наблизитися до законодавчого регулювання психотерапії у кожній країні. Етичні принципи мають на меті:

- захист клієнта (пацієнта) від неетичного застосування психотерапії, консультування та освіти;
- захист психотерапевта і консультанта від посягань на його права, професійну честь і гідність;

- встановлення стандартів професійної поведінки для практикуючих психотерапевтів;
 - формування принципів вирішення дискусійних питань. Основу етичних принципів психотерапії утворюють:
- 1) привілей — законне право споживачів медичних і психотерапевтичних послуг не надавати про себе інформацію, якщо вони не впевнені в її захищеності і неможливості будь-якого використання. Ця позиція закріплена в Конституції України (стаття 63), а її порушення переслідується законом («Особа не несе відповідальності за відмову давати пояснення щодо себе або членів родини»);
 - 2) надійність — довіра клієнтів (пацієнтів) до психотерапевта або консультанта. Психотерапевти і допоміжний персонал зобов'язані поважати та гарантувати конфіденційність;
 - 3) автономність — право клієнта брати участь у психотерапевтичному процесі тільки на добровільній основі. У зв'язку з цим психотерапевт повинен чітко і докладно інформувати його про методи психотерапії, підтверджувати володіння ними відповідними документами (сертифікатами терапевта). Клієнта необхідно проінформувати про всі рамкові умови психотерапії, його право відмовитись від конкретного психотерапевта або від психотерапії взагалі;
 - 4) результативність і якість психотерапії — зобов'язання сприяти благополуччю клієнта (пацієнта) в результаті змін, що поліпшують його життя в процесі психотерапії. Будь-які зміни повинні відповідати системі цінностей клієнта. Такі зобов'язання перед клієнтом вимагають від терапевта постійного підвищення своєї кваліфікації і особистісного зростання;
 - 5) неспричинення шкоди — неприпустимість зловживання довірою клієнта (пацієнта) задля задоволення психотерапевтом власних потреб та інтересів (соціальних, фінансових, емоційних, сексуальних). Спеціаліст повинен намагатися зменшити ймовірність будь-якої шкоди, що може виникнути непередбачувано. Професійні помилки у вигляді невміння розпізнавати нюанси у стосунках можуть завдати шкоди пацієнтові й авторитету професії психотерапевта;
 - 6) особистісні та професійні якості — головними в психотерапії є стосунки клієнта з терапевтом у процесі терапії, а не напрям чи технічний прийом, ідея чи погляд;
 - 7) професійні стосунки з колегами — психотерапевт ніколи не керуватиметься висловлюваннями клієнта, який може звинувачувати у своїх проблемах попередніх фахівців;

8) наукові дослідження — науково-дослідницька діяльність психотерапевта. Психотерапевтичні дослідження, а також публікації їх результатів повинні відповідати етичним вимогам і не суперечити інтересам клієнтів. Використання результатів досліджень з науковою чи навчальною метою можливе тільки за згодою клієнтів. Жодна людина без її згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідом (стаття 28 Конституції України).

Етичні норми визначають прийняття рішення, усвідомлення своїх бажань і вибір відповідальної поведінки. Етичний вибір важчий, ніж моральний, оскільки він не може бути автоматичним, а мусить підпорядковуватися певним нормам і принципам, які постійно оновлюються.

Потужна психотерапевтична хвиля останнього десятиріччя в Україні — це нове культурне явище, яке вносить певні етичні принципи, характерні для європейської ментальності. Тому важливо, щоб в Україні відбувалося опрацювання психотерапевтичних ідей та їх асимілювання до культурно-історичного простору, а водночас — вбудовування вітчизняної психотерапії в європейський простір.

Запитання. Завдання

1. З якою метою сформульовано етичні принципи психотерапії?
2. Які етичні психотерапії ви вважаєте основними?
3. Назвіть принцип захисту клієнта.
4. Охарактеризуйте принцип побудови професійних стосунків психотерапевта з колегами.
5. Сформулюйте сучасне визначення психотерапії, надане Європейською асоціацією психотерапії (ЕАП).

2.

Основні психотерапевтичні напрями

2.1. Психоаналіз

Початком становлення психоаналізу вважають публікацію праці «Нариси про істерію» (1895). З. Фройд та Йозеф Бресер (1842—1925) виклали у ній свої погляди на невротичні розлади. Деякі симптоми вони розглядали як компромісний результат розв'язання неусвідомлюваних пацієнтом інтрапсихічних конфліктів. Отже, психоаналіз зорієнтований на виявлення прихованих смислів конкретних проявів людської діяльності, неусвідомлюваних думок та почуттів.

Психоаналіз — 1) напрям глибокої психології, що розглядає несвідоме як детермінанту розвитку і функціонування особистості; 2) психотерапевтична система, в основі якої — виявлення особливостей переживань і дій людини, зумовлених неусвідомлюваними мотивами.

Людську психіку З. Фройд порівняв з айсбергом, у якому лише незначна частина виступає над водою (свідоме), а все інше залишається невидимим (несвідоме). Він стверджував, що люди перебувають у стані безперервного конфлікту, виток якого — в неусвідомлюваних сексуальних та агресивних потягах. Психіка людини — своєрідне «поле бою», взаємодія між непримиренними силами потягів, розуму і свідомості. Поняття «динаміка» стосовно особистості передбачає, що поведінка людини є радше детермінованою (зумовленою різними чинниками), ніж випадковою чи довільною. Головну роль у регулюванні поведінки відіграють неусвідомлювані психічні процеси.

Теоретичні основи психоаналізу

Концепція особистості З. Фрейда передбачає існування трьох рівнів свідомості (топографічна модель):

- 1) рівень свідомого. Формується із думок і переживань, усвідомлюваних на певний момент;
- 2) рівень позасвідомого. З. Фрейд застосував його для опису місця збереження недоступних для усвідомлення психічних структур і процесів унаслідок діяльності витіснення — процесу, який утримує в позасвідомому загрозові, пов'язані із забороненими потягами думки, образи, емоції. Витіснення є універсальним психічним процесом, що значною мірою формує позасвідоме — окрему частину (ділянки, зони) психіки, яка містить неусвідомлювані потяги, інстинкти (біологічна, вроджена частина позасвідомого) і витіснені потяги, думки та бажання;
- 3) рівень передсвідомого. Розташований між рівнями свідомого та позасвідомого, містить неусвідомлювані в конкретний момент психічні продукти, які легко згадуються за мінімальних зусиль або спонтанно.

Концепція З. Фрейда передбачає також наявність трьох особистісних структур (структурна модель):

1. Ід (Воно). Найдавніша структура людської психіки, вмістом якої є психічні позасвідомі репрезентанти потягів. Це примітивні і витіснені, а також успадковані інстинктивні аспекти особистості, що ніколи не стануть усвідомленими. Ід весь час перебуває у позасвідомому. Це резервуар психічної енергії, що функціонує за принципом задоволення — задовольняє потребу в негайній розрядці психічної енергії. Постійне стримування без необхідної розрядки спричиняє напруження в особистісному функціонуванні. Ід підкоряється тільки цьому принципу, ігноруючи інших людей чи власне самозбереження; воно ірраціональне, хаотичне, не знає правил та умовностей. Ід — місток між соматичними і психічними процесами в організмі. Особистість від напруження Ід позбавляється, використовуючи такі процеси:

- a) рефлекторні дії — автоматичні дії у відповідь на сигнали збудження (наприклад, кашель при подразненні верхніх дихальних шляхів);
- b) первинні процеси — створення у разі невідомості рефлекторних дій Ід фантазійного психічного образу об'єкта, здатного принести задоволення. Це нелогічна, ірраціональна фантазійна форма діяльності психіки, що характеризується

нездатністю пригнічувати імпульси, розрізняти реальне та нереальне, «себе» та «не-себе». Первинні процеси проявляються у сновидіннях, галюцинаціях, психозах, а також у психічній діяльності новонароджених малюків. Здатність до відтермінування задоволення у дітей з'являється тоді, коли вони починають розуміти, що, крім їхніх бажань та потреб, існує і зовнішній світ. Із появою цього знання виникає наступна структура особистості — Его (Я).

2. Его (Я). Це компонент психічного апарату, відповідальний за прийняття рішень. Его підпорядковується принципу реальності, метою якого є збереження цілісності організму шляхом відтермінування задоволення потягів до появи нагоди досягнути розрядки безпечним способом. Завдяки логічному процесу, названому Фрейдом вторинним процесом, Его здатне скерувати поведінку на задоволення потреб безпечним для індивідуума та інших людей способом. В Его розрізняють переживальну та спостережну частини.

3. Супер-Его (Над-Я). Це хронологічно останній компонент особистості — інтерналізована версія суспільних норм і стандартів поведінки. Супер-Его формується у процесі дорослішання дитини, шляхом відображення батьківських очікувань, а згодом — очікувань соціуму. Супер-Его утворюють субструктури — Свіість та Его-ідеал.

Психоаналітична теорія ґрунтується на почерпнутому з фізики уявленні, що люди є складними енергетичними системами, а їхня поведінка мотивується потребою в розрядці енергії збудження. За Фрейдом, психічні образи тілесних потреб, виражені як бажання, називають *потягами* (теорія потягів, теорія трібів, теорія драйвів). Потяги завжди несвідомі. Їхній вплив може бути як очевидним, прямим, так і непрямим, «замаскованим».

Основними потягами є *сексуальний потяг (Ерос)* і *потяг смерті (Танатос)*. Енергію сексуального потягу називають *лібідо*. Енергія потягу смерті — *мортідо* — у процесі розрядки становить основу всіх проявів агресії, жорстокості й убивств. Характеристиками потягів є джерело, мета, об'єкт.

Джерело потягу — соматичний або гормональний субстрат. Усе тіло людини може бути джерелом потягу. Психоаналітична теорія особливого значення надає трьом зонам — рот, анус і геніталії. Кожна з них відіграє провідну роль у певний період розвитку індивідуума — на різних стадіях психосексуального розвитку. Під впливом вродженого інстинкту виникає психологічний представник соми у психіці — потяг, який спричиняє

виникнення напруження. Маніпуляції у цих зонах сприяють зниженню напруження шляхом розрядки енергії, що і призводить до реалізації *мети потягу* — задоволення. Існують різні шляхи досягнення цього задоволення. *Об'єкт потягу* — особа, використовуючи яку або стосовно якої потяг може досягнути своєї мети — енергетичної розрядки. За надмірного задоволення потреби або за надмірної фрустрації частина енергії затримується, не вивільняється, а прикріплюється до певних психічних уявлень відповідного періоду розвитку. Такі пункти затримання вивільнення енергії називають *точками фіксації*. У майбутньому точки фіксації корелюють із типами характеру.

Для забезпечення власної цілісності і стійкості Его використовує *захисти*, функціями яких є зменшення тривоги Его та підтримання нарцистичної самоповаги. На межі Его та зовнішнього світу функціонують *первинні (примітивні) захисти*. Вони діють на довербальному рівні; для них характерні недостатній зв'язок із реальністю, а також неадекватна оцінка відокремленості та константності об'єктів, що перебувають за межею Его. До примітивних захистів належать:

- 1) примітивна ізоляція — психічний процес, що полягає у відході від напруги в інший психічний стан. Захисне або аутистичне фантазування можна розуміти як форму примітивної ізоляції;
- 2) заперечення — активне неприйняття особистістю болючих для неї реальних фактів, що часто супроводжується брехнею і фантазією. Заперечення розглядають як один з первинних способів психологічного захисту;
- 3) всемогутній контроль — сприйняття себе як причини всього, що відбувається у світі. Виявляється в несвідомому сприйнятті людиною себе як причини всього, що відбувається в навколишньому світі. Найпомітнішими проявами роботи цього механізму є відчуття відповідальності за все навколо і спроби все контролювати. Якщо контролювати не вдається — виникає почуття провини;
- 4) примітивні ідеалізація та знецінення — переоцінка людиною своїх або чужих особистісних якостей, які такій оцінці не відповідають. Ідеалізація сприяє підвищенню почуття самоповаги, почуття міжособистісної надійності при загрозі їх порушення. Примітивне знецінення — неминучий зворотний бік потреби в ідеалізації. Оскільки в людському житті немає нічого досконалого, архаїчні шляхи ідеалізації неминуче призводять до розчарування. Чим сильніше ідеалізується об'єкт, тим радикальніше

знецінення його чекає; чим більше ілюзій, тим важче переживання їх краху;

- 5) проєктивна та інтроєктивна ідентифікація — приписування особистістю навколишнім неприйнятних для себе думок, бажань, тенденцій, мотивів, станів і якостей; убагачення причини своїх невдач в інших людях, «об'єктивній» ситуації. Внаслідок таких дій людина тимчасово йде від визнання власних негативних проявів, що допомагає їй зберігати почуття своєї цілісності, високу самоповагу і не дезорганізуватися;
- 6) розщеплення Его — психологічний процес, що належить до механізмів психологічного захисту і який можна коротко описати як мислення «в чорно-білому кольорі»: «хороший» чи «поганий», «всемогутній» або «безпорадний» тощо;
- 7) дисоціація — процес збереження особистістю своїх суперечливих мотивів і якостей, які не можуть бути відкинуті (через набуття ними певної значущості) і не можуть бути інтегровані (через притаманну їм суперечливість). Дисоціація дає змогу особистості до певного часу зберігати зовні взаємовиключні форми поведінки без істотної шкоди для своєї діяльності і почуття самоповаги.

Вторинні захисти функціонують інтрапсихічно — на межі між Его, Супер-Его, Ід, а також між частинами Его, які спостерігають і відчувають. Вторинні захисти утворюють:

- 1) витіснення — зміщення, усунення особистістю неприйнятних переживань, тенденцій, спонукань зі сфери усвідомлених переживань на рівень неусвідомлюваної психічної діяльності, що, як правило, супроводжується функціональною амнезією;
- 2) регресія — повернення особистості у важкій ситуації до колишніх поведінкових шаблонів, які в минулому були адекватні для вирішення труднощів, але нині уже не є адекватними ситуації, віку особистості, рівню її розвитку тощо; прагнення замінити важкі завдання легшими; процес повернення особистості до більш раннього етапу її розвитку. За своїми проявами регресія може бути парціальною і тотальною;
- 3) ізоляція — механізм, який проявляється в декількох видах: відділення, відмежування хворобливих переживань від власного Я; уникнення, відгородження від контактів, які можуть вивести особистість зі стану рівноваги;
- 4) інтелектуалізація — спосіб активної інтелектуальної переробки емоційних конфліктів; активне приховування особи-

стістю своїх справжніх тенденцій і думок за допомогою інтелектуальної активності;

- 5) раціоналізація — свідоме чи несвідоме висунування особистістю не істинної, а помилкової причини своїх бажань, намірів і вчинків з метою виправдатися перед собою та оточенням; зниження цінності бажаних об'єктів, досягнень, якостей, якими особистість не може володіти (або володіє незначною мірою);
- 6) моралізація — механізм психологічного захисту, подібний до раціоналізації, який виражається в несвідомому пошуку способу переконати себе в моральній необхідності того, що відбувається. Той, хто раціоналізує, намагається знайти логічне обґрунтування, а той, хто моралізує, — морально-етичну необхідність;
- 7) компарменталізація мислення — механізм психологічного захисту, який проявляється в упертому запереченні суперечностей між ідеями, думками, відношеннями або формами поведінки, небажаним усвідомлювати ці суперечності;
- 8) анулювання — несвідома спроба «скасувати» ефект негативної події шляхом створення позитивної;
- 9) повернення проти себе — перенаправлення негативного афекту до зовнішнього об'єкта на самого себе;
- 10) зміщення — задоволення потреб особистості за рахунок «нейтрального» об'єкта за неможливості їх прямого задоволення. Воно проявляється в різноманітних вербальних, емоційних, рухових реакціях особистості, які спрямовані не на об'єкт, що викликав напругу, а на зовсім нейтральний, випадковий об'єкт;
- 11) реактивне утворення — вироблення особистістю поведінки або властивості, підкреслено протилежної щодо тих якостей особистості та форм поведінки, які у неї стійко існують, але розцінюються самою особистістю (або суспільством) як неприйнятні;
- 12) реверсія — програвання життєвого сценарію зі зміною в ньому місць об'єкта і суб'єкта;
- 13) ідентифікація — наслідування або ототожнення особистістю себе з реальними чи уявними людьми, «гідною справою», соціальною мікрогрупою тощо, тобто з тими, хто має якості, якими особистість не наділена, але які вона прагне мати. Ототожнення здійснюється шляхом наслідування і копіювання манери поведінки, поглядів, суджень, настанов авторитетних для особистості осіб. Ідентифікація

сприяє підвищенню почуття впевненості, безпеки і надійності у важких для особистості ситуаціях;

- 14) відреагування — дії, адресовані психотерапевту, які клієнт із різних причин (страх, повага, несміливість, трансферентна закоханість) спрямовує на своє оточення;
- 15) сексуалізація — перетворення чогось негативного на позитивне за рахунок приписування йому сексуальної складової. Один з небагатьох інстинктів, що практично не втратили своєї сили у людини;
- 16) сублимація — своєрідне переключення неприйнятних для особистості і суспільства імпульсів та тенденцій у суспільно схвалювані види діяльності, форми вчинків.

Кожна людина надає перевагу певному «набору» захистів, які стають частиною індивідуального стилю боротьби із труднощами, визначають індивідуальний характер. Вибір захистів зумовлений вродженим темпераментом, стресами дитинства, прикладами захистів значущих для індивіда осіб, емпіричним відбором впродовж життя дієвих захистів.

Метою психічної діяльності є уникнення невдоволення і досягнення задоволення. Досягти її допомагає *принцип постійності*, згідно з яким психічний апарат прагне підтримувати збудження на якомога нижчому рівні. Постійність досягається розрядкою вже наявної енергії неприємного збудження та униканням всього, що може його посилити. Також відбувається обмін та перерозподіл енергії потягів між різними структурами та рівнями особистості (рис. 2.1).

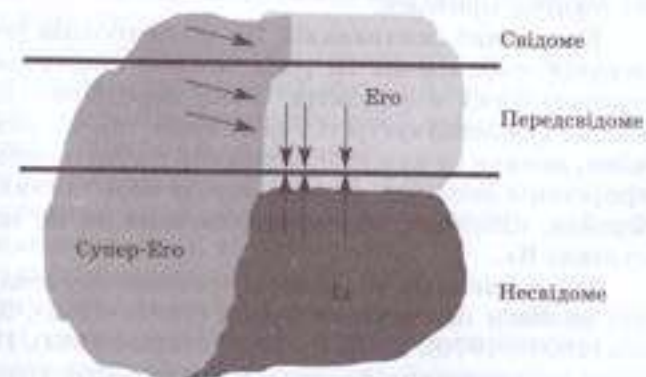


Рис. 2.1. Перерозподіл енергії потягів між рівнями особистості

Людську поведінку зумовлюють і *конфлікти* — протилежні суперечливі інтрапсихічні потреби суб'єкта. Конфлікти бувають явними (між бажаннями та моральними заборонами) або

прихованими, що спотворено проявляються як симптоми, порушення поведінки, проблемний характер та ін.

Невротичний конфлікт є позасвідомим конфліктом між потребою Ід у розрядці та ригідними захистами Его, що перешкоджають розрядці або не допускають її до усвідомлення. Конфлікт спричинює посилення потягів, унаслідок чого Его може бути пригнічене, відбуватимуться мимовільні «розрядки», що проявляються як симптоми неврозу (психоаналітична модель неврозу). Функція Супер-Его нагітає почуття провини навіть за символічні та спотворені прояви активності потягів. Захищаючись від цього почуття, Его ще більше посилює захисти, а це ще більше посилює потяги. Патогенетичний вплив невротичного конфлікту полягає у необхідності постійного витрачання енергії на недопускання потягів до усвідомлення чи моторики. Це виснажує Его, стимулює «прорив» потягів з Ід у свідомість і формування невротичної симптоматики.

Основні напрями психоаналізу

У межах психоаналізу виокремлюють класичний психоаналіз, Его-психологію, теорію об'єктивних стосунків, інтрасуб'єктивний аналіз, психологію Самості та інші напрями. Кожен із них оперує базовими поняттями, завдяки чому перебуває у полі психоаналізу, однак по-різному розставляє деякі теоретичні акценти, що безпосередньо впливає на психотерапевтичні стратегії і специфічні технічні прийоми.

Класичний психоаналіз. Це довгострокова інтерпретативна терапія, спрямована на усвідомлення пацієнтом витіснених внутріпсихічних конфліктів. Вона передбачає щоденні (4—5 разів на тиждень) зустрічі з пацієнтом, під час яких він вільно асоціює, лежачи на кушетці. Основним інструментом аналітика є інтерпретація захистів, опору, неврозу перенесення. За словами З. Фрейда, класична техніка спрямована на те, щоб «на місці Воно стало Я».

Его-психологія. Як напрям психоаналізу вона сформувалася під впливом праць Анни Фрейд (1895—1982), Хайнца Хартманна (1894—1970), Еріка Еріксона (1902—1994). На відміну від класичного психоаналізу, вона відводить першочергову роль у функціонуванні психіки не потягам, несвідомому та інтрапсихічним конфліктам, а структурі Я (Его), що відповідає за адаптацію особистості до реальності. «Его» та «адаптація» є ключовими поняттями, навколо яких вибудовується підхід до психоаналітичного розуміння психічного розвитку. Вважають, що функції Его

не залежать від потягів, вони працюють автономно, а зрілість Его визначається успішністю та пластичністю доступних йому механізмів захисту/адаптації.

Згідно із твердженням Х. Хартманна, «вільне від конфлікту Его» у своєму розвитку не залежить від конфліктів між Воно та Супер-Его, а дозріває поступово з дорослішанням дитини. Це автономне Его забезпечує безконфліктну адаптацію до реальності, є носієм «нейтралізованої енергії» лібідо, позбавленої агресивних компонентів. Первинні функції Его є вродженими та гарантують певний (базовий) рівень адаптації до «середньоочікуваного оточення». Із розвитком людини Его збагачується «вторинними автономними функціями», які утворюються в результаті трансформації (десекуалізації) інстинктивних потягів. Первинні і вторинні автономні функції Его створюють буфер незалежності Его від потягів, що й забезпечує адаптацію до реальності. Цей підхід доповнює поняття «дефіцит Его», котре описує недостатність адаптаційних можливостей Его внаслідок поєднання вродженої предиспозиції та впливу оточення.

Его-психологія тісно пов'язана з теорією психологічних захистів Анна Фрейд, котра доповнила класичні психоаналітичні погляди на витіснення як базовий механізм психічної регуляції описом інших захистів: регресії, пригнічення, реактивного утворення, ізоляції, знищення, проєкції, інтроєкції, повернення проти себе, реверсії, а також найбільш зрілого захисту — сублимації.

Згідно з віковою періодизацією Е. Еріксона, розвиток людини проходить 8 стадій:

- 1) орально-сенсорну стадію (від народження до 1 року);
- 2) м'язово-анальну стадію (від 1 року до 3 років);
- 3) локомоторно-генітальну стадію (від 3 до 5 років);
- 4) латентну стадію (від 6 до 11 років);
- 5) стадію статевої зрілості (від 12 до 18 років);
- 6) стадію ранньої дорослості (від 18 до 45 років);
- 7) стадію дорослості (від 45 до 65 років);
- 8) стадію пізньої дорослості (від 65 років).

На відміну від класичного психоаналізу, який протиставляє людину і суспільство, модель Еріксона підкреслює біосоціальну природу формування особистості, її орієнтацію на адаптивну взаємодію з мікро- та макросоціумом. Різка зміна соціокультурних умов може спричинити втрату психосоціальної ідентичності й тяжкі невротичні порушення. Тому метою психотерапевтичної роботи є повернення пацієнту втраченого почуття ідентичності.

Останніми десятиріччями концепції Его-психології критикували за механістичність, недостатню увагу до емпатичного співпереживання, суб'єктивного, внутрішнього досвіду людини. Попри те, вони відчутно вплинули на розвиток теорії і практики психоаналізу, збагативши їх поняттями «первинна автономність Его», «вторинна автономність Его», «вроджені соціальні здібності», «механізми реалізації взаємозв'язку індивідуального розвитку та соціального оточення».

Психологія Самості. Цей напрям психоаналізу започаткував у 60-ті роки ХХ ст. Хайнц Кохут (1913—1981). Передумовою його становлення стали зміни в симптоматиці пацієнтів, котрі зверталися до психоаналітиків. Серед них було дедалі менше хворих на класичні неврози в розумінні З. Фройда, більшість скаржилась на відчуття порожнечі, ізольованості, відчуження, безмістовності життя, депресію. Згідно з концепцією Х. Кохута, ці симптоми свідчать про розлади Самості.

На відміну від класичного психоаналізу та Его-психології, психологія Самості ключову роль відводить не внутріпсихічному конфлікту чи стратегіям адаптації, а внутрішній реальності пацієнта — її аналітик пізнає за допомогою емпатії. У психології Самості технічна доброзичлива нейтральність аналітика не є необхідною передумовою психотерапії. Більше того, вважають, що відсторонено-нейтральний аналітик неспроможний пізнати внутрішній світ клієнта. Це можливо лише за рахунок емпатичного вчування, вникнення в монолог клієнта, а також емпатичного вчування у перенесення клієнта, котре має дві протилежні форми. В одному випадку пацієнт сприймає аналітика як окремого індивіда, об'єкт своїх інфантильних імпульсивних бажань. У другому випадку клієнт не бачить персонального розмежування між аналітиком і собою, сприймає психотерапевта як частину себе. Цей тип перенесення Х. Кохут кваліфікував як «об'єктне перенесення Самості», вважав його надзвичайно важливим для розвитку навичок нарцистичної саморегуляції пацієнта.

Відтворювані аналітиками у перенесенні об'єкти Самості формуються в ранньому дитинстві та задовольняють три основні її потреби:

- 1) потребу в дзеркальних об'єктах, що відображають відчуття сили та спроможності дитини/клієнта, підтверджуючи обґрунтованість, легітимність цих її/його відчуттів (дзеркальне перенесення);
- 2) потребу в ідеалізованих батьківських імаго (виникають як результат взаємодії батьків і специфічних реакцій дитини), котрі пацієнт в перенесенні починає «бачити» в аналітикові

і на які, будучи дитиною, він міг дивитись із захопленням, зливаючись з ними та асимілюючи їхні риси (спокій, справедливість, силу (ідеалізоване перенесення));

- 3) потребу у відчутті подібності на інших, потребу в Альтер-Его (близнюкове перенесення).

Об'єкти Самості залишаються значущими протягом усього життя людини, задоволення потреби в їх наявності необхідне для підтримання нормального психічного стану. У процесі психоаналізу потреба клієнта в об'єктах Самості, придушена в дитинстві, відновлюється та ініціює комфортне для пацієнта перенесення. Руйнування дзеркального чи ідеалізованого перенесення внаслідок недостатності в аналітика емпатії викликає гострі емоційні реакції пацієнта і стає основою для роботи з його інфантильними потребами. Мета психотерапії у контексті цієї парадигми полягає в допомозі клієнтові подолати фантазії про симбіотичне злиття з ідеалізованими об'єктами Самості (аналітиком, значущими особами з оточення), відокремитися від емоційно значущих осіб і сформувавши більш зріле ставлення до себе. У результаті Самість пацієнта стає інтегрованою, стабільною, витривалою до стресів, розвиває здатність до емпатії, реалістичного оцінювання емоційних аспектів значущих стосунків.

У психології Самості концептуалізується інтрапсихічний конфлікт, інший за змістом, ніж конфлікт як його бачить класичний психоаналіз. Вважають, що Самість має біполярну структуру: з одного боку психічної цілісності — прагнення людини до влади й успіху, закорінене в архаїчних фантазіях всемогутності, з іншого — сукупність ідеальних уявлень/прагнень, які відповідають ідеалізованам батьківським імаго. Між цими полюсами виникає напруження, котре й спонукає індивіда залучати всі можливі ресурси задля досягнення компромісу, підтримання психічної рівноваги й задоволення обох типів потреб — володіння ресурсами (мати силу, владу, успіх), відповідність власним ідеалам (не обов'язково узгодженим із честолюбними мріями чи засобами їх реалізації).

Теорія об'єктних стосунків. За твердженням її представників (Мелані Кляйн, Маргарет Малер, О. Кернберг), фундаментальним життєвим мотивом людини є потреба мати максимально задовільні (комфортні, підтримувальні, захисні тощо) стосунки. Ця потреба визначає напрям і зміст психічного розвитку з раннього дитинства. Комплексний розвиток особистості (у т. ч. інтеграція Его, розвиток захисних механізмів, становлення та диференціація об'єктних стосунків) долає дві стадії, які не мають чітких хронологічних меж, функціонують як певні психологічні позиції, активні впродовж усього життя людини:

1. Паразоїдно-шизоїдна стадія. Переважає розщеплене переживання себе та об'єктів, яке виконує захисну функцію: оберігає позитивні частини себе та об'єктів від атак агресивних, задрісних, нищівних частин себе та об'єктів. Основним механізмом захисту на цій позиції є проєктивна ідентифікація, яка дає змогу «вкласти» негативні частини себе в об'єкт (проєкція) та одночасно ідентифікуватись з ними, переживаючи об'єкт як самого себе. Фіксація на рівні параноїдно-шизоїдної позиції притаманна тяжко ураженим пацієнтам, з нечіткими межами Я, переважанням архаїчних, примітивних захистів.
2. Депресивна стадія. Вона зріліша, хронологічно пізніша, для неї характерні реалістичніше (цілісне) сприйняття себе та об'єкта, здатність співпереживати, відчувати провини, а також пом'якшувати агресивні імпульси лібідозними (стишувати ненависть любов'ю), загладжувати свої провини та компенсувати завдану об'єктам психологічну шкоду.

Психологічний розвиток і дитини, і дорослої особи відбувається як гостієне коливання між цими позиціями.

Теоретик об'єктних стосунків Маргарет Малер (1897—1985) виокремила в їх розвитку такі стадії: інфантильний аутизм, симбіоз, сепарація-індивідуація, об'єктна стабільність. У цьому процесі поступово кристалізуються уявлення про Я-реальне та Я-ідеальне, а також про реальні та ідеальні об'єкти. У три перші роки життя відбувається формування базових структур психіки — Я, Над-Я та Воно.

Інтерналізація об'єктних стосунків відбувається як діадний процес: інтерналізуються не лише образи значущих об'єктів, а й афект, який супроводжує стосунки з об'єктом; інтерналізується ставлення Я до об'єкта (афект, який скріплює пару «Я — об'єкт»). У контексті теорії об'єктних стосунків несвідомі інтрапсихічні конфлікти пов'язані з амбівалентними уявленнями про Я та об'єкти. Як і в класичному психоаналізі, вважається, що ці конфлікти генерують невротичні симптоми та риси особистості. У процесі психоаналізу розвивається перенесення, котре реактивує ранні об'єктні стосунки. Пацієнт може проєктувати на аналітика окремі аспекти свого розщепленого Я та інтерналізованих об'єктів; аналітик, користуючись власною емпатією, може досліджувати суперечливі аспекти цих проєкцій. Емпатія особливо важлива в роботі із сильно ураженими пацієнтами, але навіть у таких випадках вона не заміняє інтерпретацію, а є підготовчим етапом для неї.

Головна мета психотерапії, згідно з теорією об'єктних стосунків, полягає у трансформації архаїчних перевесень пацієнта у

більш зрілі, відтак — трансформації розщеплених, суперечливих, поляризованих його уявлень про себе та про значущих осіб у більш інтегровані, цілісні та послідовні. Завдяки цьому пацієнт може сприймати себе і тих, хто його оточує, реалістичніше, послідовніше і цілісніше, з урахуванням позитивних і негативних якостей особистості.

Симптоми та рівні особистісного розвитку

Кожен симптом у символічній формі реалізує витіснені бажання (*первинна вигода від симптому*). Він може бути «дешифрований» — для його тілесних і психічних аспектів можна віднайти словесні еквіваленти. Кожен симптом виникає у конкретному мікросоціумі, завжди апелює до найближчого оточення індивіда. Наприклад, істеричні напади реалізують неусвідомлювані едипальні фантазії пацієнта, інсценізуючи статевий акт з бажаним і забороненим батьком. *Вторинна вигода від симптому* полягає в турботі та опіці, якою оточують хвору (стривожений та переляканий батько та/або чоловік), а позиція «жертви тяжкої недуги» допомагає нівелювати почуття провини за символічне задоволення табуованого бажання. Вважають, що причиною невроту є функціонування неадаптивних (ригідних) захистів Его. Більш глибокі ураження є наслідком недостатньої ефективності наявних захистів. Опис особистості із такими симптомами передбачає з'ясування: рівня особистісного розвитку (психотичний, межовий, невротичний, «нормальний»); захисних стилів і стратегій, характеру пацієнта (параноїдний, шизоїдний тощо).

Невротичний рівень організації. Передбачає використання особистістю зрілих захистів. Така особистість має інтегроване цілісне почуття ідентичності, добре тестує реальність і переживає свою патологію як щось Его-дистонне, чуже. При цьому демонструє здатність до терапевтичного розщеплення між частинами Его, які спостерігає та відчуває. Якщо певні її переживання є частково Его-синтонними, вона не вимагає від оточення безумовного визнання істинності цих переживань, а визнає їх індивідуальними, зумовленими ще не з'ясованими внутрішніми причинами. Наявність такої спостережної частини є передумовою успішної співпраці пацієнта і терапевта.

Особі невротичного рівня організації найгостріше переживають проблему ідентичності. Вони вже здобули відчуття базової довіри до світу та автономію, а характер їхніх проблем визначається конфліктами між потребою реалізації бажань і перешкодами, які, на їхній погляд, заважають цій реалізації. Характерними для них є тривоги покарання, пошкодження, втрати контролю.

1. Паразоїдно-шизоїдна стадія. Переважає розщеплене переживання себе та об'єктів, яке виконує захисну функцію: оберігає позитивні частини себе та об'єктів від атак агресивних, заздрісних, нищівних частини себе та об'єктів. Основним механізмом захисту на цій позиції є проєктивна ідентифікація, яка дає змогу «вкласти» негативні частини себе в об'єкт (проєкція) та одночасно ідентифікуватись з ними, переживаючи об'єкт як самого себе. Фіксація на рівні параноїдно-шизоїдної позиції притаманна тяжко ураженим пацієнтам, з нечіткими межами Я, переважанням архаїчних, примітивних захистів.
2. Депресивна стадія. Вона зріліша, хронологічно пізніша, для неї характерні реалістичніше (цілісне) сприйняття себе та об'єкта, здатність співпереживати, відчувати провини, а також пом'якшувати агресивні імпульси лібідозними (стишувати ненависть любов'ю), загладжувати свої провини та компенсувати завдану об'єктам психологічну шкоду.

Психологічний розвиток і дитини, і дорослої особи відбувається як гостійне коливання між цими позиціями.

Теоретик об'єктних стосунків Маргарет Малер (1897—1985) виокремила в їх розвитку такі стадії: інфантильний аутизм, симбіоз, сепарація-індивідуація, об'єктивна стабільність. У цьому процесі поступово кристалізуються уявлення про Я-реальне та Я-ідеальне, а також про реальні та ідеальні об'єкти. У три перші роки життя відбувається формування базових структур психіки — Я, Над-Я та Воно.

Інтерналізація об'єктних стосунків відбувається як діадний процес: інтерналізуються не лише образи значущих об'єктів, а й афект, який супроводжує стосунки з об'єктом; інтерналізується ставлення Я до об'єкта (афект, який скріплює пару «Я — об'єкт»). У контексті теорії об'єктних стосунків несвідомі інтрапсихічні конфлікти пов'язані з амбівалентними уявленнями про Я та об'єкти. Як і в класичному психоаналізі, вважається, що ці конфлікти генерують невротичні симптоми та риси особистості. У процесі психоаналізу розвивається перенесення, котре реактивує ранні об'єктні стосунки. Пацієнт може проєктувати на аналітика окремі аспекти свого розщепленого Я та інтерналізованих об'єктів; аналітик, користуючись власною емпатією, може досліджувати суперечливі аспекти цих проєкцій. Емпатія особливо важлива в роботі із сильно ураженими пацієнтами, але навіть у таких випадках вона не заміняє інтерпретацію, а є підготовчим етапом для неї.

Головна мета психотерапії, згідно з теорією об'єктних стосунків, полягає у трансформації архаїчних перенесень пацієнта у

більш зрілі, відтак — трансформації розщеплених, суперечливих, поляризованих його уявлень про себе та про значущих осіб у більш інтегровані, цілісні та послідовні. Завдяки цьому пацієнт може сприймати себе і тих, хто його оточує, реалістичніше, послідовніше і цілісніше, з урахуванням позитивних і негативних якостей особистості.

Симптоми та рівні особистісного розвитку

Кожен симптом у символічній формі реалізує витіснені бажання (*первинна вигода від симптому*). Він може бути «дешифрований» — для його тілесних і психічних аспектів можна віднайти словесні еквіваленти. Кожен симптом виникає у конкретному мікросоціумі, завжди апелює до найближчого оточення індивіда. Наприклад, істеричні напади реалізують неусвідомлювані едипальні фантазії пацієнтки, імпенізуючи статевий акт з бажаним і забороненим батьком. *Вторинна вигода від симптому* полягає в турботі та опіці, якою оточують хвору (стривожений та переляканий батько та/або чоловік), а позиція «жертви тяжкої недуги» допомагає нівелювати почуття провини за символічне задоволення табуованого бажання. Вважають, що причиною неврозу є функціонування неадаптивних (ригідних) захистів Его. Більш глибокі ураження є наслідком недостатньої ефективності наявних захистів. Опис особистості із такими симптомами передбачає з'ясування: рівня особистісного розвитку (психотичний, межовий, невротичний, «нормальний»); захисних стилів і стратегій, характеру пацієнта (параноїдний, шизоїдний тощо).

Невротичний рівень організації. Передбачає використання особистістю зрілих захистів. Така особистість має інтегроване цілісне почуття ідентичності, добре тестує реальність і переживає свою патологію як щось Его-дистонне, чуже. При цьому демонструє здатність до терапевтичного розщеплення між частинами Его, які спостерігає та відчуває. Якщо певні її переживання є частково Его-синтонними, вона не вимагає від оточення безумовного визнання істинності цих переживань, а визнає їх індивідуальними, зумовленими ще не з'ясованими внутрішніми причинами. Наявність такої спостережної частини є передумовою успішної співпраці пацієнта і терапевта.

Особі невротичного рівня організації найгостріше переживають проблему ідентичності. Вони вже здобули відчуття базової довіри до світу та автономію, а характер їхніх проблем визначається конфліктами між потребою реалізації бажань і перешкодами, які, на їхній погляд, заважають цій реалізації. Характерними для них є тривоги покарання, пошкодження, втрати контролю.

Основний конфлікт розвитку — едипальний. Здатність до об'єктних стосунків — триадна. Почуття власного Его — відповідальне.

Психотичний рівень організації. Його характеризує використання особистістю архаїчних захистів. Осіб психотичного рівня організації переслідують проблеми власної ідентифікації та неадекватне тестування реальності. Центральна проблема таких осіб пов'язана з безпекою. Їх переслідують тривога знищення. Основний конфлікт розвитку — симбіотичний. Здатність до об'єктних стосунків — монадна.

Межовий рівень організації. Його виявляють використання особистістю незрілих захистів, проблеми власної ідентичності при загалом адекватному тестуванні реальності. Центральна проблема осіб межового рівня організації — проблема автономії. Характерною тривоною є сепараційна тривога. Основний конфлікт розвитку — сепарації-індивідуації. Здатність до об'єктних стосунків — діадна. Почуття власного Его — втягнуте в боротьбу.

Завданням психоаналітичної психотерапії є допомога пацієнтові в усвідомленні символічного значення його симптомів і природи неусвідомлюваних бажань.

Основні теорії психосексуального розвитку

Сучасні психотерапевти спираються на такі основні психологічні концепції: теорія психосексуального розвитку З. Фрейда; теорія психосоціального розвитку Е. Еріксона; теорія сепарації-індивідуації Маргарет Малер; теорія прив'язаності Дж. Боулбі. Ці концепції відображають процес становлення сучасних поглядів на особливості психосексуального та психосоціального розвитку особистості.

Теорія психосексуального розвитку З. Фрейда. Психосексуальний розвиток — це біологічно детермінована послідовність розгортання вроджених інстинктивних програм, що активізуються з раннього дитинства, за притаманним для всіх людей алгоритмом незалежно від культурних, соціальних, етнічно-національних та інших особливостей середовища, в якому індивід виростає. На кожній стадії психосексуального розвитку біологічні потреби дитини реалізуються в соціальному оточенні, яке у певний спосіб відгукується на них. Взаємодії дитини з найближчим оточенням зумовлюють долання стадій психосексуального розвитку — його успішність чи «збої», внаслідок чого відбуваються фіксація психосексуального розвитку, спотворення у формуванні характеру (особистості). У психосексуальному розвитку З. Фрейд виокремив п'ять фаз:

1. Оральна фаза (0—18 місяців). Лібідозосереджується на ротовій зоні (губи, язик, слизова ротової порожнини, а також ніс і щоки — «рильце», за Р.-А. Спіцом). Дитина отримує задоволення від оральних активностей — смоктання, кусання, жування, тертя шкіри грудей, пляшечки тощо об губи, щоки і ніс. Фіксація на цій стадії розвитку спричинює формування орально-пасивного (залежність, жадібність, постійне відчуття «недогодованості» у стосунках) або орально-активного (іронічність, критичність, схильність утримувати стосунки не через залежність, а через конфлікти, суперечки зі значущими особами) типів характеру.
2. Анальна фаза (1,5—3 роки). Лібідозосереджене на слизовій оболонці анального отвору. Дитина отримує задоволення від самостійного регулювання випорожнення — випорожнюється не тоді, коли батьки садять її на горщик, а коли сама цього хоче. На цьому етапі в дитини починає формуватись амбівалентне (двоєке) ставлення до себе та інших, виникають передвісники внутрішніх конфліктів між задоволенням і соромом, садистично-анальною діяльністю і страхом. Наслідком фіксації на цій стадії є анально-утримувальний (впертість, скупість, ригідність, пунктуальність) або анально-виштовхувальний (деструктивність, імпульсивність, жорстокість) типи характеру.
3. Фалічна фаза (3—5 років). Розкрітає інфантильна сексуальність. Дитину починають цікавити статеві органи, розвивається інфантильна мастурбація, кристалізується едипальний конфлікт — ніжне ставлення до особи протилежної статі з батьківської пари і конкуренція з особою однакової статі. Дитина виявляє, що не у всіх людей є пеніс, і це відкриття провокує розвиток комплексу кастрації, що має вирішальне значення для переходу до наступної фази психосексуального розвитку. Для хлопчиків конфлікт між любов'ю до матері і страхом кастрації розв'язується шляхом витіснення сексуальних бажань та ідентифікації з батьком. Дівчатка, на думку З. Фрейда, переживають у цьому віці заздрість до пеніса, який є в батька та відсутній у матері. Цей конфлікт (комплекс Електри) вони розв'язують шляхом ідентифікації з матір'ю, що дає надію вийти колись заміж за чоловіка, подібного на батька. У дівчаток і хлопчиків комплекс кастрації закладає основи для розвитку Супер-Его. Фіксація на фалічній фазі стимулює формування надмірно виражених конкурентних рис і в жінок, і в чоловіків.

4. Латентна фаза (5—12 років). Спадає сексуальна активність і дослідницький інтерес у цій сфері, що може бути наслідком впливу комплексу кастрації, який асоціюється зі страхом покарання за неприйнятні бажання. Сексуальність дитини не зникає, поступово набирає іншої форми, реалізується через сублимацію (навчання, творчість), приєднується до соціальних стосунків — дитина вчиться любити осіб зі свого оточення.
5. Генітальна фаза (починається у пубертатному віці). Основна її ознака — поступове формування зрілої сексуальності. Згідно з концепцією З. Фрейда, початкові етапи цієї фази є гомосексуальними, про що свідчить тенденція підлітків об'єднуватися в одностатеві групи. Але поступово об'єктом сексуального інтересу стають особи протилежної статі, індивід починає вибудовувати повноцінні сексуальні стосунки, інтегруючи в статевий потяг усі часткові потяги, котрі визначали його розвиток на попередніх етапах. Генітальна фаза є кінцевою метою повноцінного розвитку, її досягнення, здатність індивіда вступати в інтимні стосунки з особами протилежної статі є результатом більш-менш безпроблемного проходження попередніх етапів розвитку.

Теорія психосоціального розвитку Е. Еріксона. Ґрунтується вона на принципі взаємного доповнення поетапного розвитку особистості та позитивної реакції соціуму на її психічне дозрівання. Соціум використовує усталені схеми ставлення до зростаючих можливостей та потреб дитини, підлітка, дорослої людини, внаслідок чого відбувається кристалізація і трансформація базових рис особистості. Розвиток особистості відбувається і як розв'язання специфічних для кожної фази психосоціальних конфліктів.

Виокремлюють такі фази психосоціального розвитку особистості:

1. Орально-сенсорна фаза психосоціального розвитку особистості. Значною мірою вона тотожна аналогічній фазі за З. Фрейдом, однак Е. Еріксоном по-інакшому розставляє акценти. На його думку, йдеться не стільки про кількість, якість їжі чи безпосереднє задоволення оральних потреб немовляти, скільки про постійність, упізнаваність матері, її здатність передати дитині відчуття самототожності, довіри до себе та до світу. Послідовний і передбачуваний спосіб комунікації з опікуном допомагає дитині сформувати зачатки еґо-ідентичності — відчуття, що «я є собою і я можу стати таким, яким мене бачать». У процесі здійснення матер'ю повсякденного догляду за дитиною, «відгаду-

вання» її потреб та пристосування до них у дитини виникає відчуття власної цілісності, тотожності та безпечного перебування в такому стані. Порушення у формуванні базової довіри та ідентичності є основою психотичних розладів уже в дорослому віці. Тому, на думку Е. Еріксона, психотерапевтичне лікування психотичних розладів передбачає відновлення відчуття безпеки, на тлі якого пацієнти поступово можуть вибудовувати свою цілісну ідентичність.

2. М'язово-анальна фаза психосоціального розвитку особистості. У цей період розвиток м'язів надає в розпорядження дитини дві моторні модальності — утримування та відпускання, котрі поступово перетворюються на психосоціальні патерни взаємодії. Вони визначають такі особистісні риси, як впевненість, скупість, бережливість. Базовий для цієї фази конфлікт розгортається в парі протилежностей «самостійність — сором і сумніви». За конструктивного розв'язання конфлікту в людині формуються здатність до добровільного підкорення авторитетам, навички самоконтролю. В іншому разі можливі неусвідомлювані відчуття сорому, меншовартості, постійних сумнівів у собі. Дитина, батькам якої вдається втримати рівновагу між контролем і опікою, примусом і переконанням, має більше шансів конструктивно розв'язати базовий конфлікт цього етапу.
3. Локомоторно-генітальна фаза психосоціального розвитку особистості. У цій фазі значно зростають фізичні можливості дитини. Її здатність до «роблення» стає основою розв'язання базового конфлікту «ініціатива проти почуття провини». Український іменник «роблення» не має тих смислових конотацій, якими навантажений його англословний варіант «take»: отримання задоволення від процесу постановки цілей та їх досягнення (нападу та перемоги). Когнітивно-моторна модальність «take» стає ядром майбутніх підприємливості, кмітливості, конкурентності та конкурентоспроможності. На цю фазу припадають активізація та розв'язання едипального комплексу, що за нормального розвитку формує здатність хлопчиків/дівчаток ідентифікуватись із чоловічою/жіночою роллю (ідентичністю) батька/матері, а також допомагає прийняти власну ініціативність, управляти імпульсами щодо пізнання світу, розвинути відчуття активності, спроможності, достоїнності похвали. Почуття провини, яке може сформуватись на цьому віковому етапі, — наслідок негативного впливу батьків, які надмірно критикують чи обмежують активність дитини.

4. Латентна фаза (5—12 років). Спадає сексуальна активність і дослідницький інтерес у цій сфері, що може бути наслідком впливу комплексу кастрації, який асоціюється зі страхом покарання за неприйнятні бажання. Сексуальність дитини не зникає, поступово набирає іншої форми, реалізується через сублимацію (навчання, творчість), приєднується до соціальних стосунків — дитина вчиться любити осіб зі свого оточення.

5. Генітальна фаза (починається у пубертатному віці). Основна її ознака — поступове формування зрілої сексуальності. Згідно з концепцією З. Фрейда, початкові етапи цієї фази є гомосексуальними, про що свідчить тенденція підлітків об'єднуватися в одностатеві групи. Але поступово об'єктом сексуального інтересу стають особи протилежної статі, індивід починає вибудовувати повноцінні сексуальні стосунки, інтегруючи в статевий потяг усі часткові потяги, котрі визначали його розвиток на попередніх етапах. Генітальна фаза є кінцевою метою повноцінного розвитку. Її досягнення, здатність індивіда вступати в інтимні стосунки з особами протилежної статі є результатом більш-менш безпроблемного проходження попередніх етапів розвитку.

Теорія психосоціального розвитку Е. Еріксона. Ґрунтується вона на принципі взаємного доповнення поетапного розвитку особистості та позитивної реакції соціуму на її психічне дозрівання. Соціум використовує усталені схеми ставлення до зростаючих можливостей та потреб дитини, підлітка, дорослої людини, внаслідок чого відбувається кристалізація і трансформація базових рис особистості. Розвиток особистості відбувається і як розв'язання специфічних для кожної фази психосоціальних конфліктів.

Виокремлюють такі фази психосоціального розвитку особистості:

1. Орально-сенсорна фаза психосоціального розвитку особистості. Значною мірою вона тотожна аналогічній фазі за З. Фрейдом, однак Е. Еріксон по-інакшому розставляє акценти. На його думку, йдеться не стільки про кількість, якість їжі чи безпосереднє задоволення оральних потреб немовляти, скільки про постійність, упізнаваність матері, її здатність передати дитині відчуття самототожності, довіри до себе та до світу. Послідовний і передбачуваний спосіб комунікації з опікуном допомагає дитині сформувати зачатки еґо-ідентичності — відчуття, що «я є собою і я можу стати таким, яким мене бачать». У процесі здійснення матер'ю повсякденного догляду за дитиною, «відгаду-

вання» її потреб та пристосування до них у дитини виникає відчуття власної цілісності, тотожності та безпечного перебування в такому стані. Порушення у формуванні базової довіри та ідентичності є основою психотичних розладів уже в дорослому віці. Тому, на думку Е. Еріксона, психотерапевтичне лікування психотичних розладів передбачає відновлення відчуття безпеки, на тлі якого пацієнти поступово можуть вибудовувати свою цілісну ідентичність.

2. М'язово-анальна фаза психосоціального розвитку особистості. У цей період розвиток м'язів надає в розпорядження дитини дві моторні модальності — утримування та відпускання, котрі поступово перетворюються на психосоціальні патерни взаємодії. Вони визначають такі особистісні риси, як впевненість, скупість, бережливість. Базовий для цієї фази конфлікт розгортається в парі протилежностей «самостійність — сором і сумніви». За конструктивного розв'язання конфлікту в людині формуються здатність до добровільного підкорення авторитетам, навички самоконтролю. В іншому разі можливі неусвідомлювані відчуття сорому, меншовартості, постійних сумнівів у собі. Дитина, батькам якої вдається втримати рівновагу між контролем і опікою, примусом і переконанням, має більше шансів конструктивно розв'язати базовий конфлікт цього етапу.

3. Локомоторно-генітальна фаза психосоціального розвитку особистості. У цій фазі значно зростають фізичні можливості дитини. Її здатність до «роблення» стає основою розв'язання базового конфлікту «ініціатива проти почуття провини». Український іменник «роблення» не має тих смислових конотацій, якими навантажений його англomовний варіант «take»: отримання задоволення від процесу постановки цілей та їх досягнення (нападу та перемоги). Когнітивно-моторна модальність «take» стає ядром майбутніх підприємливості, сміливості, конкурентності та конкурентоспроможності.

На цю фазу припадають активізація та розв'язання едипального комплексу, що за нормального розвитку формує здатність хлопчиків/дівчаток ідентифікуватись із чоловічою/жіночою роллю (ідентичністю) батька/матері, а також допомагає прийняти власну ініціативність, управляти імпульсами щодо пізнання світу, розвинути відчуття активності, спроможності, достоїнності похвали. Почуття провини, яке може сформуватись на цьому віковому етапі, — наслідок негативного впливу батьків, які надмірно критикують чи обмежують активність дитини.

4. Латентна фаза психосоціального розвитку особистості. Пов'язана з формуванням працьовитості. У дитини виникає відчуття, що вона може впливати на своє соціокультурне оточення, є в ньому значущою, достатньо впливовою за рахунок своїх досягнень.
5. Підліткова фаза психосоціального розвитку особистості. Перед дитиною по-новому постає криза ідентичності — знаходження власної totoжності шляхом взяття на себе певних зобов'язань перед суспільством внаслідок самостійних висновків. Зріла ідентичність вказує на те, що криза скінчилася, підліток знайшов певну ідентичність, на основі якої обирає для себе рід занять та світоглядну орієнтацію, відчуття самоідентичності, тобто власної визначеності, сформовано, і молода людина перейшла до самореалізації, взяла на себе відповідальність за своє життя як наслідок самостійного вибору.
6. Фаза ранньої зрілості. Усвідомивши власну ідентичність, людина може будувати близькі стосунки, дбати про створення сім'ї, народження та виховання потомства. Головна небезпека цього етапу розвитку полягає в униканні близьких стосунків, зосередженні на собі. Неадекватність будувати емоційно насичені, міцні стосунки призводить до збіднення внутрішнього життя, відчуження, виникнення відчуттів пустки й самотності, що відповідатиме реальності, якщо людина не творитиме свій мікросоціум.
7. Фази середньої та пізньої зрілості. У ці періоди перед особою постають такі екзистенційні завдання, як прийняття на себе відповідальності за майбутнє суспільства (середня зрілість), примирення з власною життєвою історією та невідворотністю смерті (пізня зрілість).

Теорія сепарації-індивідуації (Маргарет Малер). Вона обґрунтовує становлення і розвиток *ідентичності* — цілісного і стабільного переживання себе відокремленим від матері (особи, котра її заміняє). Маргарет Малер визначила такі фази раннього розвитку:

1. Нормальна аутична фаза (перший місяць життя). Дитина живе переважно у світі власних організмичних відчуттів, не сприймаючи нічого із навколишнього оточення. Її завданням (реалізує його завдяки матері) на цьому етапі є утримання рівноваги за рахунок переважно фізіологічних механізмів. Механізми впливу на оточення — крик і хаотична моторна активність, що сигналізують матері про проблеми.
2. Фаза нормального симбіозу (2—6 місяців життя). Характеризує стан злиття немовляти з матір'ю, коли не існує розді-

лення між Я і не-Я, а розмежування між внутрішнім і зовнішнім світами тільки починає проявлятися. Материнська турбота допомагає дитині дедалі більше відчувати власне тіло і краще чуттєво сприймати зовнішній світ. У дитини зароджується розуміння того, що підтримання тілесної рівноваги залежить від особи, котра доглядає за нею, що зміцнює дихотомію, увиразнює взаємозв'язки внутрішнього і зовнішнього. Внутрішнє відчуття створює ядро Самості, зумовлює переживання власного Я, навколо якого згодом буде формуватися відчуття ідентичності. На піку цієї фази виникає реакція уємішки, котра свідчить, що дитина реагує на свого «симбіотичного партнера».

3. Фаза сепарації-індивідуації. Має 4 етапи: диференціації, практики, повторного зближення (возз'єднання) та сепарації.

На *етапі диференціації (5—9 місяців)* дитина починає активно розглядати зовнішній світ, що сприяє формуванню в неї відчуття тілесної диференційованості від матері. У 7—9 місяців це відчуття поглиблюється, вона «відштовхується від матері та сповзає» з її колін на підлогу. Ці форми поведінки разом з поведінковими реакціями, які свідчать про збереження пам'яті про матір, коли її фізично немає поряд, корелюють з усвідомленням дитиною свого відокремлення від об'єкта. Паралельно з цим розгортається процес *індивідуації* — внутрішнього відчуття автономності. Ці процеси сягають кульмінації в інтерналізованому уявленні дитини про власне Я, котре відрізняється від образів материнського об'єкта.

Етап практики (9—16 місяців) безпосередньо пов'язаний зі здатністю дитини фізично віддалитись від матері — спочатку відповзти, а згодом і відійти. Посилення рухової активності дитини, котра починає ходити, розширює її світ, допомагає більше побачити, почути, відчути на дотик. Для формування ідентичності особливе значення має накопичення дитиною знань про власне тіло, його можливості та обмеження. Таке розширення можливостей справляє надзвичайно велике позитивне враження на дитину. Як зазначає Маргарет Малер, її нарцисизм виходить на пік.

На *етапі возз'єднання (16—24 місяці)* дитина «насичується» відчуттям самостійності та починає усвідомлювати свою відокремленість від матері. З цього моменту вона починає більше потребувати присутності матері, помітно переживати за її відсутності. Попередня окриленість свободою руху перестає захоплювати, дитина стає чутливішою до падінь і невдач. Джерело найбільшого задоволення зміщується в поле соціальних стосунків, генеруючи водночас конфлікт між бажанням зближення та автономії. На цьому етапі можливі незрозуміле вередування і незадоволення,

амбівалентне ставлення до матері (бажання втекти і залишитись поруч), страх перед незнайомими людьми, порушення сну, депресивні настрої. Адекватна реакція матері на це — емоційна доступність для дитини, передбачуваність поведінки, незалежно від настрою та поведінки дитини. Завдяки цьому вдається замінити характерні для фази практики нереалістичні переживання на реалістичну оцінку власної самостійності.

На етапі *сепарації* немовля поступово формує внутрішнісіхичну репрезентацію себе, відмінну і відокремлену від репрезентації його матері. Це не фізичне, просторове віддалення від батьків або розпад міжособистісних відносин, а розвиток інтрапсихічного почуття можливості функціонувати незалежно від матері.

Теорія прив'язаності (Дж. Боулбі). За її основу взято теоретичні та емпіричні здобутки етології. Згідно з нею нормальний емоційний розвиток людини детермінований її ранніми прив'язаностями — емоційно значущими, близькими стосунками з особами-опікунами. З еволюційного погляду, здатність немовляти формувати прив'язаність має принципове значення для виживання, бо в природному відборі виживали немовлята, які добре вміли це зробити — плачем, усмішкою, іншими діями «прив'язування» (лепетання, чіпляння, смоктання). Розвиток прив'язаності має такі стадії:

1. Стадія нерозбірливої реакції на людей (0—3 місяці). Малюк володіє такими засобами прив'язування опікуна, як усмішка (виникає на 5—6 тиждень) і плач. Природною реакцією на усмішку немовляти є емоційне піднесення, спонтанне бажання опікуна якось відповісти (щось сказати, усміхнутися, взяти дитину на руки). З еволюційного погляду, усмішка сприяє виживанню дитини, зростанню її здоровою та життєздатною. Подібний ефект на цій фазі мають рефлекси чіпляння, пошуковий та смоктання, які забезпечують взаємодію з матір'ю та підтримують життєво необхідну для дитини прив'язаність.
2. Фаза фокусування уваги на знайомих людях (3—6 місяців). Рефлекс чіпляння згасає, але соціальні реакції малюків стають розбірливішими, вони поступово перестають усміхатись стороннім, лепетати в присутності незнайомих людей.
3. Фаза інтенсивної прив'язаності та активного пошуку близькості (6 місяців — 3 роки). Прив'язаність дитини до опікуна стає дедалі інтенсивнішою та винятковішою. При розлуці з матір'ю дитина переживає гостру сепараційну тривогу, а при зустрічі після розлуки (якщо вона не була надто тривалою) дуже явно демонструє радість, бажання максимально наблизитись. У 7—8 місяців виникає феномен

«тривоги 8-місячних» — страх перед незнайомими людьми. З цього віку діти вже можуть повзати і завдяки цьому активно рухатися за матір'ю. Їхня поведінка починає набувати цілеспрямованості, орієнтації на перебування поруч з опікуном. Ближче до закінчення першого року життя на основі щоденного досвіду в дитини починає формуватися робоча модель об'єкта прив'язаності — загальне уявлення про доступність опікуна. Протягом другого і третього років дитина часто віддаляється від матері для того, щоб самостійно вивчати навколишній світ. Її потреба і здатність до самостійного перебування залежать від доступності матері, від переконаності, що мама завжди може бути емоційно та фізично доступною. Мати починає відігравати роль надійної «відправної точки» у пізнанні дитиною світу.

4. Закінчення дитинства, фаза партнерства (3 роки). На основі попередньо сформованої прив'язаності дитина переходить на якісно інший рівень самостійності. Вона вже може зрозуміти плани опікуна, уявити собі, що відбувається з матір'ю за її відсутності, тому з дитиною можна «домовитись». Стосунки із залежних поступово переростають у партнерські.

Теорію Дж. Боулбі розвинула Мері Ейнсуорт (1913—1999), доповнивши її кваліфікацією типів прив'язаності немовлят до опікунів, описавши типи дітей — «надійно прив'язаних немовлят», «невпевнених, схильних до уникання немовлят», «невпевнених, амбівалентних немовлят». За її спостереженнями, два останні (патологічні) типи прив'язаності виникають, якщо матері поведуться непослідовно, часто залишаються недоступними, відштовхують дитину, нечутливі до її потреб і настроїв. Унаслідок таких стосунків у парі «мама — дитина» формується дезорганізована прив'язаність.

Ранні емоційні стосунки матері і немовляти досліджував німецько-американський психолог Рене-Арпод Спітц, котрий емпіричним шляхом (дослідження немовлят із притулків) довів деструктивний вплив емоційної депривації дитини на її розвиток (на інстинктивне життя, систему інтерналізованих об'єктів, Его, моторні та когнітивні навички). За його переконаннями, між дитиною і матір'ю розгортається складний невербальний процес, специфічний афективний діалог, який створює поле для розвитку дитини і є необхідною передумовою конструювання лібідного об'єкта, яким для неї стає мати. У процесі формування об'єкта Р.-А. Спітц виокремив три стадії: дооб'єктна (безоб'єктна) стадія; стадія попередників (передвісників) об'єкта, котра починається із соціальної усмішки дитини в 2—3 місяці та пов'язана з розгортанням емоційних стосунків; стадія власне лібідного об'єкта.

Проходження стадій є кумулятивним та епігенетичним, тобто кожна наступна стадія вибудовується на основі попередньої, незалежно від того, наскільки успішно чи неуспішно вона була пройдена. Кожна наступна стадія містить формування «організатори» психіки, яких не було на попередніх, — соціальна усмішка, тривога як реакція на незнайомого, жест «ні» (перший прояв абстрактного мислення).

Методичні і технічні аспекти класичного психоаналізу

У 1896 р., зрозумівши, що можливість заглиблення пацієнтів у гіпнотичний стан не безмежна, З. Фройд відмовився від гіпнозу та навіювання і почав застосовувати метод вільних асоціацій, який дотепер є базовим у психоаналітичному лікуванні.

Метод вільних асоціацій (основа головного правила психоаналізу) полягає в тому, що пацієнтові під час сеансу пропонують розповідати аналітику всі без винятку думки, почуття, спогади і фантазії, нічого не додаючи і нічого не опускаючи в розповіді, навіть якщо інформація видається пацієнтові недоречною, смішною, неприємною. Вважають: все, що спадає на думку пацієнтові з приводу «чогось», обов'язково внутрішньо пов'язане із цим «чимось». Головне правило психоаналізу організовує аналітичну ситуацію, забезпечує доступ до позасвідомого вербальними засобами через його деривати (похідні), що проявляються у вільних асоціаціях, обмовках, помилкових діях та ін. Психоаналітик інтерпретує психічні продукти пацієнта, перешкоди на шляху асоціативного потоку і почуття, що виискають у пацієнта до психоаналітика.

Головним інструментом психоаналітичної техніки є *інтерпретація* — повідомлення пацієнту припущень психоаналітика про ймовірний зв'язок між його усвідомлюваними психічними і поведінковими патернами та їхніми позасвідомими детермінантами.

У психоаналітичному лікуванні витіснення проявляється як *опір* — протидія і спротив перетворенню позасвідомих процесів на усвідомлювані; перешкода на шляху потоку асоціацій та психоаналітичного. Опір може бути *Его-синтонним* — неочевидним для пацієнта, тому заперечуваним із його боку, та *Его-дистонним* — усвідомлюваним пацієнтом як щось чужорідне і невласне йому.

Почуття пацієнта до психоаналітика залежать від *трансферу* (*перенесення*) — процесу і результату переміщення на аналітика переживань, уявлень, ставлень, форм поведінки, неусвідомлено адресованих значущим особам у минулому досвіді пацієнта. Розрізняють позитивне і негативне перенесення. *Позитивне*

перенесення проявляється почуттям симпатії, любові та поваги до аналітика, *негативне перенесення* — у формі антипатії, гніву, ненависті й зневаги.

Спричинені перенесенням пацієнта зворотні переживання, емоції та реакції психоаналітика називають *контртрансфером* (*контрперенесенням*). Він може бути конкордатним (описує ситуацію, коли переживання терапевта подібні до відчуттів пацієнта, які він переживав у дитинстві стосовно раннього об'єкта) і комплементарним (описує ситуацію, коли почуття терапевта відповідають переживанням об'єкта стосовно самого пацієнта).

У психоаналітичному процесі в пацієнта спонтанно виникає та розвивається *невроз перенесення* — сукупність реакцій перенесення, в якій аналіз та аналітик стають центром емоційного життя пацієнта, а його невротичний конфлікт знову оживає в аналітичній ситуації (З. Фройд). Пацієнт по чергово наділяє аналітика якостями учасників цього конфлікту, перетворює аналітика на носія заборонених бажань і потягів або на носія моральних заборон. У неврозі перенесення раніше сформована невротична проблема пацієнта в аналітичній ситуації проявляється «тут-і-тепер» і стає можливою для спостереження. Інтерпретуючи невроз перенесення «тут-і-тепер», аналітик здійснює зв'язки із ситуацією «там-і-тоді». Завдяки цьому пацієнт отримує нагоду усвідомити спотворення у сприйнятті ним аналітичної ситуації і терапевтичних стосунків, що зумовлюють розв'язання неврозу перенесення та невротичного конфлікту загалом. Фройд наголошував, що перенесення, яке мало б стати найбільшою перешкодою для психоаналізу, стає наймогутнішим його союзником, будучи означеним і поясненим пацієнтові.

Важливе джерело інформації про позасвідоме пацієнта — аналіз його сновидінь. Фройд розрізняв явний та прихований зміст сну. *Явний зміст сну* — те, що є предметом галюцинацій у сні. *Прихований зміст сну* — те, що виявляється за вільного асоціювання і тлумачення сновидіння. Під час сну відбувається прорив позасвідомих заборонених імпульсів Ід (Воно). Щоб убезпечити Его (Я) від усвідомлення цих імпульсів, сновидіння здійснює специфічну роботу (*роботу сновидіння*). Головними закономірностями роботи сновидіння є: згущення, зміщення, регресивне перетворення думки на зорові образи. Завдання аналітика — тлумачення прихованого змісту сновидіння.

Класичний психоаналіз охоплює такі етапи:

- 1) продукування матеріалу пацієнтом. Основними його способами є вільні асоціації, сновидіння, фантазії, реакції перенесення та опір;

- 2) аналіз матеріалу аналітиком. Метою його є навчити пацієнта розуміти себе, а головною технічною процедурою — інтерпретація, у процесі якої здійснюються:
- a) прояснення — фокусоване дослідження аналітиком і пацієнтом у наданому матеріалі незрозумілих, суперечливих і загадкових деталей, їх відокремлення від решти матеріалу. Метою його є уточнення даних та оцінювання міри усвідомлення їх пацієнтом. Здійснюючи процедуру прояснення, аналітик обирає один із аспектів вербальної чи невербальної поведінки пацієнта на сеансі, фокусує на ньому увагу і пропонує його як матеріал для асоціації;
 - b) конфронтацію — демонстрацію пацієнтові суперечностей і невідповідностей аспектів асоційованого матеріалу; повертання уваги до раніше не усвідомлюваних пацієнтом фактів, які він вважав очевидними, попри їхню суперечливість. Як і прояснення, конфронтація адресується свідомому і передсвідомому рівням психіки пацієнта, готуючи основу для власної інтерпретації;
 - v) інтерпретацію — зв'язування усвідомлюваного та передусвідомлюваного матеріалу пацієнта із ймовірними поза-свідомими детермінантами. Її мета — досягнути терапевтичного ефекту, довести до усвідомлення пацієнта його неусвідомлювані мотиви і захисти, зняти суперечності повідомленого пацієнтом матеріалу. Інтерпретувати можна досвід пацієнта, його захисти, пов'язати матеріал із ймовірними позасвідомими переживаннями в минулому (генетичні інтерпретації).
- Інтерпретація має проводитись з дотриманням таких умов:
- інтерпретують передусім матеріал, що переважає під час сеансу. Вдаються до неї тільки тоді, коли пацієнтові не вдається зробити це самостійно;
 - спершу інтерпретують матеріал, ближчий до свідомого, далі — більш глибокий, менш усвідомлюваний. Тому аналітик спершу інтерпретує захисти, а згодом — прихований за ними зміст;
 - під час інтерпретування факту неусвідомлення пацієнтом події, явища аналітик повинен включати в інтерпретацію і можливі мотиви такого захисного «неусвідомлення»;
 - інтерпретація має містити опис конфліктної природи психічної динаміки пацієнта;
 - інтерпретація доречна лише тоді, коли аналітик може чітко її сформулювати; упевнений, що завдяки їй рівень самоусвідомлення пацієнта підвищиться, а помилкова

інтерпретація допоможе проясненню; є висока ймовірність, що пацієнт нездатний прийти до цього висновку самостійно. За відсутності таких передумов аналітик має мовчати або обмежитися проясненнями чи конфронтаціями. Наявність передумов означає необхідність інтерпретувати якомога швидше.

Процес інтерпретації не завершується тільки досягненням *інсайту* — емоційного переживання пацієнтом усвідомлення поза-свідомого патогенного матеріалу. За таким усвідомленням настає:

- a) опрацювання інтерпретації — подальше прояснення, що зумовлює зміни. На цьому етапі слід перебороти опір особистісним і поведінковим змінам. Опрацювання є процесом повторних інтерпретацій опору;
- b) формування робочого альянсу — відносно здорового, раціонального компонента, що забезпечує продуктивну роботу в аналітичній ситуації. Робочий альянс підтверджує здатність пацієнта опрацьовувати і неприємні інсайти, які завдають йому болю. Завдяки йому відбувається часткова ідентифікація Его пацієнта з аналітиком, постає перспектива перетворити Его-синтонні переживання на Его-дистонні.

Психоаналітичне лікування потребує особливого терапевтичного середовища — часу, простору, стосунків між психоаналітиком, пацієнтом і зацікавленими особами (у т. ч. фінансових). Сукупність правил такої організації називають *сетингом*.

Під час сеансу аналітик слухає пацієнта, намагаючись рівномірно розподілити свою увагу, не концентруючи її на конкретному матеріалі (правило вільно «плаваючої» уваги). Це дає змогу неупереджено оцінювати отриману інформацію, зіставляти її зі своїми асоціаціями і теоретичними знаннями. Аналітик дотримується *позиції технічної нейтральності* — перебуває на однаковій відстані від психічних сил, задіяних у психічному конфлікті пацієнта. Позиція нейтральності не передбачає байдужості аналітика, вона фіксує рівномірну зацікавленість усіма аспектами особистості пацієнта.

Психоаналітичну техніку характеризують: позиція технічної нейтральності аналітика; використання із терапевтичною метою спонтанного неврозу переносу і застосування інтерпретацій основного терапевтичного інструменту.

Груповий психоаналіз

Засновником групової психотерапії вважають Йозефа Пратта, який у 1906 р. розпочав групову роботу в туберкульозній лікарні. Подальший розвиток напряму пов'язаний із діяльністю

Т. Барроу, А. Айхгорна, А. Адлера, Я.-Л. Морено, С. Славсона, З. Фукса, В. Біона та ін. Виникнення його зумовила потреба охопити якомога більше осіб, яким необхідна терапія. Певну роль відіграла менша оплата пацієнтом послуг терапевта у групі. Груповий психоаналіз охоплює такі практики: психоаналіз у групі, психоаналіз групи і психоаналіз за допомогою групи. Таке розмежування є умовним, а на практиці під час сесії поєднуються усі ці види.

Розвиток групового психоаналізу перебуває під впливом напрацювань учених, які мали і досвід практичних спостережень. У статті «Груповий метод у психоаналізі» (1926) Т. Барроу запропонував термін «груповий аналіз», доводячи, що аналітичний процес у групі підпорядкований соціально зумовленому компонентові людської психіки (не біологічному, як у З. Фрейда). У цьому він убачав ключову особливість методу. У розкритті концепції він застосував поняття «соціетальності» — вроджена характеристика свідомості, зумовлена інстинктивною потребою в єдності людей. Людина інстинктивно потребує природного, первинного соціетального зв'язку з іншими людьми, якого досягнути неможливо, в т. ч. за рахунок «поверхневого буття разом» у псевдогрупах — клубах, товариствах. Висловлювання учасників таких псевдогруп, що характеризують загальноприйняті в соціумі стосунки, називаються *маніфестними смислами*, а теми висловлювань — *соціетальними кліше*, позаєвідомі змісти групової комунікації — *латентними смислами*.

Група є місцем, де відбувається спільна інсценізація, в якій відбувається розігрування типової тематички стосунків, прихованих за латентними смислами. Ці смисли, проявляючись через індивідуальні проблеми, є груповими, властивими всім учасникам групи. Тому в групі всі учасники та її ведучий рівноправні. Здійснюваний на основі перенесення індивідуальний аналіз опрацьовує онтогенетичні порушення розвитку індивідуума, а груповий — філогенетичні порушення соціетального життя. Завдання групового аналізу — виявити та опрацювати псевдогрупові соціетальні кліше. З цією метою Т. Барроу відводить усім учасникам роль спостерігача, за яким спостерігають, яка розвиває здатність до терапевтичного розщеплення Его, що спостерігає.

Терміном «групова терапія» послуговувався американський дослідник Самюель Славсон (1890—1981). Його концепція ґрунтується на твердженні, що всі індивідуальні, групові та соціетальні процеси слід розглядати через призму специфічного рівня організації людини (групізм), базовою моделлю якого є сімейний матрикс, що формується під впливом інстинктивного потягу (соціетального голоду). У груповій терапії група відіграє

роль матері, ведучий — батька. Головними її завданнями є: перерозподіл лібідо, підсилення Его, корекція Супер-Его, укріплення самооцінки.

Для характеристики групового процесу С. Славсон використовував терміни «модальність» (залучення всіх учасників до групової взаємодії), «центрування» (мобілізація зусиль групи навколо ведучого) та «антимодальність» (пасивність учасників і роз'єднання групи).

За результатами аналізу ранніх вражень комунікації та поведінки, що виникають на довербальних стадіях розвитку дитини, Вільфред Біон (1897—1979) запропонував розглядати функціонування групи на двох рівнях:

- 1) позасвідомому (регресивному) рівні, який регулюється потягами та принципом задоволення і зумовлений страхом, тривогою втрати власної ідентичності та автономії. Таку групу називають базово-позиційною;
- 2) поверхово усвідомленому рівні, на якому відображаються вторинні процеси. Таку групу називають робочою.

Обидва рівні перебувають у постійному динамічному протистоянні. В. Біон розглядав три базові позиції, що формуються при взаємодії обох рівнів функціонування групи: залежність, боротьба/втеча, утворення пар. Відповідно виокремлюють:

1. Групу «залежності». Члени групи наділяють терапевта «божественними» атрибутами, проєктуючи на нього власну архаїчну всемогутність. Вони прагнуть відчутти себе в безпеці, позбутися відповідальності і отримати від нього все, що їм потрібно. Ідеалізація лідера супроводжується немінучим паралельним знеціненням себе і відчуттям своєї неповноцінності й безпорадності, що, у свою чергу, ще більше посилює вимогливість, яка переростає в заздрість і неясність. Незважаючи на те що подібне сприйняття не відповідає реальності, члени групи поведуться, начебто так є насправді. Вони ніби говорять терапевту: «Ви тут фахівець, ну от і лікуйте нас!».
2. Групу «боротьби/втечі». Члени групи об'єднуються навколо ідеї про існування якогось могутнього і підступного ворога, якого слід або люто ненавидіти і боротися з ним, або боїтися і рятуватися втечею. Від терапевта очікують, що він буде контролювати і направляти групу, стежити за порядком, захищаючи від власної агресії і ворожості. Члени подібних груп схильні до уникнення, скаржаться на хронічну втому, роз'єднані і відчувають ненависть до будь-яких психологічних ускладнень.

3. Групу «утворення пар». Об'єднання відбувається на ґрунті віри в те, що всі існуючі проблеми в групі будуть автоматично вирішені в майбутньому кимось ще не народженим — «Месією». Деякі члени групи з мовчазного схвалення інших створюють пари, які виражають загальну надію всіх на щасливе і безтурботне вирішення труднощів. Обговорення в групі пов'язані із сексуальними та інтимними темами, оптимістичними надіями і планами на майбутнє, яке представляється в «рожевих» тонах.

Об'єктні стосунки в аналітичній групі формуються не так між учасниками, як між групою та ведучим. Через аналіз групової ситуації учасники можуть опрацювати свої актуальні приватні переживання, а також переживання, делеговані у спільний процес.

Найбільш теоретично обґрунтована концепція групового психоаналізу Зигмунда Фукса (1898—1976). В її основі — *трансперсональна групова матриця*, частинкою якої є індивід. Матриця — своєрідний «конденсатор» індивідуальних переживань у єдине колективне позасвідоме. Вона відображає всі важливі пласти функціонування групи: персональний (кожного учасника), трансперсональний (взаємодія учасників), цілісно-груповий (базових позицій), соціальний (сім'я, інституція, соціум, етнос). Концепція трансперсональної групової матриці передбачає наявність в особі базової потреби у спілкуванні і соціальній взаємодії.

За результатами аналізу роботи психотерапевтичної групи З. Фукс дійшов висновку, що інтрапсихічна динаміка окремих учасників відбувається лише на рівні інтерперсональних феноменів і виявляється як мвожинні перенесення. Групова дія відображає багатоособову мережу психічних конфліктів. Учасники групи одночасно продукують матрицю і виражають своїми переживаннями колективне позасвідоме групи. Тому, на його думку, висловлювання у групі не є вільними асоціаціями, це — вільно «плаваюча» дискусія, що центрується навколо безпосередніх стосунків у групі. Матриця створює безпечне поле для прямого вираження конфліктів. Груповий аналіз З. Фукс здійснював по чергово на рівнях цілісної матриці або окремих учасників.

За складом учасників З. Фукс поділяв на гетерогенні (неоднотипні) та гомогенні (однотипні). При формуванні гетерогенних груп дотримуються запропонованого ним «*принципу Ноя*»: для кожної властивості слід передбачити пару «близнюків»-учасників. За формою участі З. Фукс розрізняв відкриті, закриті та напіввідкриті групи. Стосовно властивих індивідуальному аналізу рамок умов він запропонував ще спосіб розміщення учасників групи, концепцію групової роботи з одним чи двома ведучими

(гомо- або гетерогенною парою ведучих), із змінними чи постійними ведучими. Дотримання рамок умов групи допомагає створити емоційне поле, яке стає для учасників своєрідним безпечним світом — поєднанням елементів реального буття (спільного і зрозумілого усім членам групи) та окремих фантазій і переживань, спроектованих кожним учасником у групову матрицю. Сетинг сприяє синхронізації переживань усіх учасників групи, полегшуючи інтерпретативний доступ до проявів групової матриці.

Запитання. Завдання

1. У чому полягають відмінності між класичним психоаналізом і психоаналітичною психотерапією; індивідуальним психоаналізом і груповим психоаналізом?
2. Опишіть теорії розвитку особистості.
3. Вкажіть основні напрями психоаналізу.
4. Охарактеризуйте рівні розвитку особистості.
5. Опишіть психоаналітичну техніку.
6. Охарактеризуйте груповий психоаналіз.
7. Дайте визначення поняттю «групова матриця».

2.2. Кататимно-імаґинативна психотерапія

Основоположником кататимно-імаґинативної психотерапії (КІП) був німецький психотерапевт, доктор медицини Ханскар Льюнер (1919—1996). Головним її методом є робота зі «сновидіннями наяву». Своєму підходу Х. Льюнер спочатку дав назву «кататимне переживання образів», пізніше — «символдрама», а в 1994 р., представляючи його як напрям глибинно-психологічно орієнтованої психотерапії, закріпив за ним назву «кататимно-імаґинативна психотерапія». Поява цього наукового напрямку пов'язана з діяльністю Х. Льюнера на базі клініки нервових хвороб Марбурзького університету у 1948—1954 рр.

Кататимно-імаґинативна психотерапія (КІП) — ієрархічна система методів, яка забезпечує практичний супровід сновидінь наяву та їх теоретичне осмислення в межах концепцій класичного і сучасного психоаналізу.

Це один з напрямів психотерапії, що ґрунтується на принципах глибинної психології. У ньому використовується особливий метод роботи з уявою — *імаґінація* — для того, щоб уявляти несвідомі бажання людини, її фантазії, конфлікти і механізми

захисту. Із відомих нині напрямів імагінативної психотерапії КПІ вважають найбільш систематизованим і технічно організованим методом, який передбачає дві основні психотерапевтичні процедури: здійснювану за підтримки психотерапевта активацію переживань пацієнта за допомогою кататимних імагінацій; когнітивне опрацювання переживань відповідно до глибинно-психологічних концепцій. Згідно з її основним принципом, виникнення оптичних феноменів у скеровуваних сновидіннях наяву є проєктивним процесом, який відповідає первісній здатності людини спонтанно зображувати у символічно-образній формі свої позасвідомі душевні стани.

КПІ спирається на ідею, що кататимні імагінації відображають несвідомі бажання людини, її внутрішні конфлікти, механізми захисту тощо, які можуть бути опрацьовані в психотерапії в контексті анамнезу та актуальної ситуації клієнта.

Становлення та розвиток кататимно-імагінативної психотерапії

Практика звернення людини до заглибленого споглядання власного внутрішнього світу відома протягом тисячоліть. Ведичні тексти фіксують *техніки медитації* — рефлексивного занурення та спрямованого споглядання людиною власного внутрішнього світу. Історія Давньої Греції свідчить про існування релігійних культових практик, які спонукали людину до уявлення образів сновидінь наяву. Переживання людиною таких сновидінь сприяло поліпшенню її психоемоційного та фізичного стану, стимулювало одужання від різноманітних захворювань. У VI ст. до н. е. в багатьох східних країнах набули поширення медитативні техніки, що нагадують спрямовану ретроспекцію внутрішнього світу людини. У IV ст. н. е. на території Єгипту перші християни практикували занурення у трансний сон і споглядання образів.

У римо-католицькій культурі медитацію з фіксацією на образах розвивали у XVI ст. іспанські містики: Ігнатій Лойола, Тереза Авільська та Джон Кросс. Такі медитації сприяли духовному зростанню, допомагали долати внутрішнє напруження. Діяльність цих містиків порівнюють із психотерапевтичною допомогою.

Науковий розвиток психотерапії та образних технік пов'язують з діяльністю З. Фрейда. Практика застосування імагінацій у психотерапевтичному процесі виникла в результаті аналізу ним ситуації Анни О. (пацієнтки Й. Бресера), яка у стані мимовільного спонтанного гіпнозу розгортала свій «приватний театр» образів. Фантазії пацієнтки значно поліпшували її стан.

З часом З. Фрейд, який застосовував гіпнотичні техніки, відмовився від них і для отримання позасвідомого матеріалу викликав у пацієнтів зорові уявлення за допомогою натиснення пальцями на чоло. Після цього він просив пацієнтів озвучувати все, що спадало їм на думку, і старанно фіксував такі сновидіння наяву. Фрейд був вражений результатами, яких вдавалось досягти за допомогою імагінативної техніки. Застосування у психотерапії вільних фантазій стало поштовхом до відкриття З. Фрейдом та Й. Бресером катарсичного методу. Спираючись на досвід З. Фрейда, імагінативну техніку в різних формах вивчали Х. Зільберер та Л. Франк.

Засновник аналітичної психології К.-Г. Юнг застосовував у своїй практиці *техніку активної уяви*: пацієнт уявляв ландшафт, потім «заходив» у нього і щось там «здійснював». Аналіз та інтерпретація уявлених пацієнтами образів ґрунтувалися на теорії архетипів і колективного несвідомого.

Один із засновників сучасної психіатрії Е. Кречмер, описуючи свою техніку «мислення кінокадрами», показав, що спонтанні імагінативні феномени підпорядковуються тим самим закономірностям, що й описані З. Фрейдом звичайні сновидіння. Й.-Г. Шульд на вищих ступенях автотренінгу застосовував техніку уявлення образів з метою отримання інформації про внутрішні порушення пацієнтів.

У 1932 р. німецький терапевт К. Хаппіх почав використовувати техніку імагінацій у межах клінічної психотерапії, розуміючи її як медитативне споглядання. Він просив пацієнтів уявляти гору, на вершині якої — церква, пропонував їм піднятися на гору, зайти до церкви і медитативно помолитися.

Французький психотерапевт Р. Дезуаль у 1938 р. розробив метод спрямовувального сновидіння наяву, подібний до кататимно-імагінативної психотерапії. Його метод спирався на вчення І. Павлова. Під час сеансу вчений застосовував техніку навіювання.

На сучасному етапі КПІ офіційно визнана у системах медичного страхування багатьох європейських країн. Вона поширена в Західній, Північній і Центральній Європі, її активно впроваджують і в країнах Північної Америки, у пострадянських країнах. До цього напрямку активно вдаються фахівці різних сфер психотерапевтичної практики: у психотерапії дорослих і дітей з різними видами залежності; для корекції статевої дисфункції у жінок і чоловіків, процесу становлення статевої свідомості; у роботі з сім'єю, в онкологічній практиці, подоланні проблем зайвої ваги.

Теоретичні основи кататимно-імагінативної психотерапії

Кататимно-імагінативна психотерапія спирається на глибинно-психологічні теорії, передбачає використання імагінацій та роботу із їх символікою.

Важливим теоретичним конструктом у концепції КП є поняття «контрольована регресія», покладене в основу технічних аспектів символдрами. Завдяки регресії, яка відбувається під наглядом психотерапевта, пацієнт має змогу повернутися в уві до подій свого життя, які передували певному конфлікту. У таких випадках часто проявляється *вікова регресія* — повернення до фаз раннього розвитку. Пацієнт потрапляє або у безконфліктну зону і може, задовольняючи свої архаїчні потреби, отримати ресурсне підживлення, або безпосередньо в зону конфлікту, і може, ще раз проживши сцену конфлікту, перестраждати і перебороти її. Отже, властива символдрамі контрольована регресія, перебуваючи на службі Еґо, сприяє терапевтичному процесу; в будь-який момент вона може бути зворотною.

Глибинно-психологічне опрацювання сновидінь наяву відбувається у кататимно-імагінативній психотерапії за допомогою технік стандартних мотивів або технік асоціювання, а також спеціальних технік і стилів інтервенції. КП має чітку структуру, яка охоплює виокремлення основного, середнього та вищого ступенів з притаманними їм стилями супроводу пацієнта, і потребує дуже уважного ставлення до його емоційних навантажень.

КП займає проміжне становище між розкривальними і підтримувальними її видами. *Розкривальний компонент* КП полягає у дозованому самодослідженні пацієнта і поступовому його саморозкритті, *підтримувальний* — в ситуації перенесення, якщо психотерапевт орієнтований на співучасть, співпереживання та емпатію. КП одночасно і перетворює структуру Еґо, і сприяє його творчому розширенню.

Як і психоаналітична терапія, КП використовує психоаналітичні або глибинно-психологічні концепції виникнення та розвитку психічних і психосоматичних розладів. Метою психотерапії є сприяння пацієнтові в розумінні зв'язку між актуальними проявами його конфліктних стосунків та їхніми ранніми коренями, що утворилися внаслідок труднощів у стосунках з первинними об'єктами, які він уже не усвідомлює. Усвідомлення і розуміння цього зв'язку відкриває для пацієнта можливість нового коригувального емоційного досвіду, а також зміни способів мислення і поведінки.

Характерним для КП є визнання як найважливіших чинників психотерапії розуміння пацієнта психотерапевтом і досвіду

їх позитивних стосунків. Попри те КП має і власну концепцію дієвих сил психотерапевтичного процесу — концепцію трьох складових частин символдрами, в яких втілюються три основні механізми психотерапевтичного впливу: усвідомлення та опрацювання внутрішніх конфліктів; задоволення архаїчних потреб і активізація ресурсів; розкриття творчого потенціалу.

При застосуванні методів КП надають великого значення перенесенню, контрперенесенню та опору в психотерапії. Найхарактерніша ознака символдрами — робота із сновидіннями наяву — зумовлює певні модифікації у використанні основних психоаналітичних понять — «регресія», «перенесення»/«контрперенесення», «опір» тощо.

У психоаналітичній і кататимно-імагінативній психотерапії за допомогою різних технік індукуються регресія до ранніх фаз розвитку. При цьому відбувається дисоціація рівня інтеграції Еґо. Психоаналітична терапія вимагає вербалізації конфліктів і досягнення їх розуміння, що передбачає вищий ступінь розщеплення та гнучкості Еґо, а тому доступна тільки певній групі пацієнтів. У символдрамі таких обмежень немає: навіть дітям без особливих труднощів вдається створювати безперервний сюжет імагінацій, йти за ним і описувати його.

Важливою особливістю КП є здійснення її на довербальному (імагінативному) рівні. При цьому використовують фантазію і символіку як дзеркало позасвідомих імпульсів, закорінених в архаїчне середовище, в якому домінує «первинний процес». Однак під час кататимного переживання образу завдяки зміцненню енергетичного наповнення його елементів можливе встановлення у зоні психічного конфлікту нового структурного порядку. При цьому символ переводить примітивно-архаїчну організацію Еґо в його зрілу вторинну форму. З цією особливістю КП також пов'язують його дієвість: психотерапія, здійснюючись на довербальному (імагінативному) рівні, сприяє трансформації незрілих невротичних компонентів Еґо у зрілі.

Аналіз стосунків перенесення в кататимно-імагінативній психотерапії не відіграє такої важливої ролі, як у психоаналізі. Це зумовлено особливостями КП, які гальмують розвиток неврозу перенесення. Такими особливостями є: структурування психотерапії, особливо на основному ступені, за допомогою стандартних мотивів і підтримувальних технік; виникнення *проективного неврозу* — проектування перенесення почуття пацієнта переважно на «екран» образу. На психотерапевта переноситься відносно слабкий імпульс, що дає змогу зберігати позитивні робочі стосунки. Короткотривалість терапії (здебільшого 15—30 сеансів) також не сприяє розвитку неврозу перенесення. Психотерапевт у КП

повинен брати до уваги перенесення/контрперенесення, розуміти їх роль, розпізнавати їх ознаки в кататимно-імагінативних сценах і в своїх почуттях стосовно пацієнта, а також аналізувати їх.

Більшість наукових досліджень методів, що використовують активне уявлення образів, спрямовані на виявлення їх ефективності у психологічному консультуванні та психотерапії, реабілітаційній медицині, охороні здоров'я, психосоматичній медицині тощо. У сферах психотерапевтичної практики та психологічного консультування дослідження зосереджені на обґрунтуванні їх ефективності в опрацюванні невротичних розладів, роботі з горем і спричиненими втратою станами, кризовому консультуванні, розладах поведінки та адикції у дітей і підлітків, психосоматичних розладах, розладах харчової поведінки (нервова анорексія, булімія) тощо. Кататимно-імагінативна психотерапія довела свою ефективність у психосоматичній медицині: лікуванні бронхіальної астми, захворювань шлунково-кишкового тракту, цукрового діабету, алергічних реакцій різної етіології тощо. Як допоміжний або альтернативний метод КПП застосовується у реабілітації спортсменів після травм і тривалої іммобілізації, у реабілітації онкологічних хворих, хворих, які перенесли інсульт або інфаркт міокарда, пацієнтів, що страждають на рекурентні абдомінальні болі.

Науковці та практики висловлюють різні погляди щодо подальшого розвитку теорії і практики КПП: від вузької інституціональної канонізації методу до вільного його розвитку з акцентом на відкритості, зовнішній орієнтації, процесах інтеграції з іншими методами, навіть не психодимічної парадигми, що загрожує перетворенню КПП на еклектичний підхід.

Методика індивідуальної кататимно-імагінативної психотерапії

Кататимно-імагінативна психотерапія є короткотривалою і може забезпечити результат уже протягом 3—5 зустрічей (в режимі «швидкої допомоги» — кризового втручання чи консультації) або 15—30 сеансів (підтримки, пошуку та отримання доступу до власних ресурсів, опрацювання актуального конфлікту). Для глибокого опрацювання потрібно 2—3 роки.

Перший етап роботи починається зі знайомства і створення умов для формування робочого альянсу. Важливе значення мають з'ясування причин, що спонукали пацієнта звернутися до психотерапевта, а також збір глибинно-психологічного анамнезу, домовленість про контракт. На цьому етапі пацієнтові пропонують спробувати працювати за методом КПП. Застосування спеціального тесту допома-

гає пацієнтові опанувати передбачені методом форми поведінки, а психотерапевтові — здійснити первинну експрес-діагностику пацієнта. Як правило, він оцінює загальну здатність особи до уявлення, символізації, розуміння умовностей, метафор; з'ясовує явне та приховане емоційне тло; висуває гіпотези щодо структури особистості.

На наступних етапах (якщо вирішено застосувати цей метод) відбувається психотерапевтичний пошук ресурсів, опрацювання внутрішніх конфліктів, розкриття потенціалу. Пацієнтові пропонують стандартні мотиви, які відповідають заявленим або латентним симптомам і проблемам, або метод вільних асоціацій. Мотиви основного ступеня широкої чи середньої структури спонукають до здійснення та опрацювання імагінативних проєкцій на «екран» сновидіння наяву. Пацієнт отримує доступ до «внутрішнього ландшафту, сцени», де у символічній формі знаходять собі місце події особистого досвіду, почуття та емоції, стосунки, уявлення, сподівання та побоювання. Мотиви середнього ступеня з вузькою структурою допомагають сфокусувати увагу на зоні конфлікту, усвідомити свої потяги, ставлення, здійснити зміни на символічному рівні. Мотиви вищого ступеня сприяють опрацюванню екзистенційних тем.

Механізмом терапевтичної роботи є символізація. Перенесення та опір, які виникають у стосунках із психотерапевтом, можна опрацьовувати аналітично і на символічному рівні в імагінаціях.

На останньому етапі психотерапії відбуваються аналіз, рефлексія шляху, осмислення досягнутого, опрацювання обрису майбутнього, сепарації. Можуть бути використані мотиви, які символізують збільшення дистанції від об'єкта, його самостійність й автономність (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Приблизна структура психотерапевтичного сеансу в межах основного ступеня КПП

	Бесіда	Розслаблення	Імагінація	Вихід із образу	Коротке обговорення	Малювання
	1	2	3	4	5	6
Сеанс з імагінацією	Попередня бесіда; обговорення актуальної ситуації, запити, подій дитинства, стосунків, сегменту; опрацювання малюнка з минулого сеансу.	Без образів, через тілесні відчуття	Мотиви: квітка, луг, струмок, узлісся, дім. Вільні асоціації	Через тілесні відчуття	Як Ви себе почуваете? Чи було у Вашому образі щось неприємне? Що в образі було найприємнішим? Чи було щось давнє, несподіване,	Вдома; інколи на сеансі

Закінчення таблиці 2.1

1	2	3	4	5	6	7
	перенесення та опору; інші теми				незвичайне, вражаюче?	
					Що було найважливішим?	
Сеанс без історіювання	Робота в актуальному станом, занитом, сегингом, перенесенням та опором; обговорення подій дитинства, стосунків, інших тем; опрацювання малюнка з минулого сеансу; «мовчазні сеанси»					

Частота зустрічей в КПТ становить 1—2 рази на тиждень. Можливо працювати й у більш або менш щільному режимі: 5 сеансів на тиждень, якщо це передбачає психоаналітичний контракт або 1 сеанс на 2—3 тижні (підтримувальна терапія). Імагінації можна застосовувати 1 раз протягом 2—10 сеансів, а за довготривалої терапії їх частота менша.

Сеанс зазвичай триває 50 хвилин, на імагінацію відводять від 2—3 до 30—40 хвилин. Закінчувати її потрібно не пізніше як за 10 хвилин до завершення сеансу. Під час сеансу пацієнт лежить на кушетці або сидить у кріслі, а психотерапевт займає місце біля узголів'я кушетки або під кутом до крісла пацієнта. На початку сеансу імагінації психотерапевт просить пацієнта зручно влаштуватися, розслабитися (можна застосовувати прийоми нетривалої релаксації) та уявити собі, наприклад, квітку. Залежно від цілей, етапу терапії і структури особистості пацієнту пропонують стандартний мотив або вдаються до методу вільних асоціацій: «Чи могли б Ви уявити квітку? Будь-яку квітку, яку бачили, або яку малює Ваша уява... Розкажіть, що Ви уявили? Усе, що Ви уявили, це добре, ми можемо працювати з будь-яким образом».

Психотерапевт просить уважно роздивитися квітку та описати її вголос, не розплющуючи очей. При цьому застосовує «відкриті» питання: «Як виглядає ця квітка? Якого вона розміру, кольору? Скільки має пелюсток? Чи можна зазирнути в середину квітки? Уявіть, що Ви легенько торкаєтесь пелюсток рукою? Які відчуття? Яка ця пелюстка на дотик? Прислухайтесь, можливо, зможете відчувти запахи, звуки? Спробуйте побачити, де починається стебло? Як виглядає стебло? Чи могли б Ви доторкнутись до стебла? Які відчуття? Спробуйте провести рукою вниз по стеблу. Як виглядає нижня частина? Де ця квітка? Що це за місце? Які почуття викликає у Вас ця квітка? Який настрій? ... Щоб Вам хотілось зробити? ... Зробіть це».

Якщо під час першого сеансу в пацієнта виникають деструктивні бажання, психотерапевт не спонукає до їх виконання,

я відволікає увагу на деталі, щоб по завершенні імагінації обговорити їх: «Перед тим як закінчити образ, спробуйте відчувти, чи зручно квітці в цьому місці? /Якщо — ні/ Де б квітці було б зручно і затишно? Як можна було б це зробити? Чи можна було б зробити ще яку-небудь приємність для квітки? Зробіть це. Знайдіть і для себе приємне місце, щоб трошки відпочити та згодом повернутися в цю кімнату. Ви маєте достатньо часу. Коли будете готові, попрощайтесь на сьогодні з образом, напружте м'язи, потягніть-ся, як після сну, та повільно розплющуйте очі».

Як Ви себе відчуваєте? Чи було щось неприємне в образі? Чи було щось несподіване, незвичне? Що було найприємніше? Чи було щось таке, про що Ви не розказали? Чи могли б Ви розказати? Намалюйте свій образ, свою квітку».

Зазвичай пацієнти малюють вдома, але після першої імагінації можна зробити малюнок безпосередньо під час сеансу.

Інтерпретацію подій і деталей образу можна здійснювати на суб'єктивному та об'єктивному рівнях. На *об'єктивному рівні* квітка та інші об'єкти в образі й на малюнку, їх властивості, стани, взаємозв'язки можуть символізувати особливості актуальних соціальних стосунків особи та її стосунків з первинними об'єктами в ранньому дитинстві. Психотерапевт перевіряє, чи не збігаються структури стосунків, розгорнуті в імагінації, з актуальними стосунками пацієнта та його симптомами, а також із стосунками в амнезії та перенесенні. На *суб'єктивному рівні* квітка може символізувати особу пацієнта та його тілесність. Ці гіпотези не обов'язково обговорювати з пацієнтом.

Стилі супроводу. Психотерапевт голосом супроводжує пацієнта, який сидить або лежить, заплющивши очі. Слова та звуки «Так», «Мг», уточнювальні питання, питання про відчуття та бажання, інші інтервенції, уважна інтонація допомагають пацієнтові повсякчас відчувати зв'язок із психотерапевтом. Особливе значення мають паузи. Психотерапевт мусить створити простір і надавати час для саморозкриття пацієнта, не втрачаючи з ним контакту.

У сучасній символдрамі можна виокремити протективний (дружньо-стриманий) та аналітичний (дистантний) стилі психотерапевтичного супроводу, а також радикальне кризове втручання та конфронтаційний стиль. Усі вони ґрунтуються на уважному, доброзичливому і шанобливому ставленні до пацієнта, однак допускають конфронтацію із симптомом. У більшості випадків психотерапевт очікує, а не керує. Під час першого досвіду сновидіння наяву стиль супроводу є більш щільним, імагінацію структурують інтервенції. Психотерапевт приділяє увагу деталям,

розпитує про всі подробиці й емоції, що супроводжують образ, пропонує пацієнту здійснити свої бажання. Надалі вибір стилю супроводу залежить від актуального стану та структури особистості пацієнта, запиту й етапу роботи.

У символдрамі можливі власні (специфічні) та запозичені із психоаналізу техніки. Психоаналітичні техніки набувають деякої специфіки, використовуються переважно на середньому та вищому ступенях.

Асоціативна техніка в імагінаціях передбачає аналітичний стиль супроводу, неструктурованість, високий ступінь свободи, широкий простір сприйняття.

Техніка роботи зі стандартними мотивами та техніка «конфронтації символів» спрямовують увагу на специфічні зони символізованого позитивного досвіду (отримується ресурс) і конфлікту. Структура мотивів — широка (ландшафтні мотиви) або звужена.

Стандартні мотиви. Під час експериментальних досліджень у стаціонарі клініки нервових хвороб Марбурзького університету Х. Льюїнер виявив, що більшість пацієнтів спонтанно уявляє природні ландшафти, які за настроєм і структурою подібні до актуальної ситуації сновидця, його структури особистості. Пацієнти переживали, діяли в сновидінні наяву та описували свій «сон» психотерапевту. Завдяки цьому відбувалось полегшення симптоматики або одужання. Через зіставлення особливостей імагінативних ландшафтів, анамнезу пацієнтів та їхньої симптоматики вдалося виокремити теми, які відповідали проблемним зонам досвіду пацієнтів. Х. Льюїнер назвав ці теми стандартними мотивами, виокремивши серед них: тестові («Квітка», «Дерево»); мотиви основного ступеня («Луг», «Струмок», «Гора», «Дім», «Узлісся»); мотиви середнього ступеня («Значуща особа», «Кущ троянд», «Під'їхати попутним транспортом», «Лев», «Дика кішка», «Ім'я людини тієї самої або протилежної статі»); мотиви вищого ступеня («Печера», «Вікно на болоті», «Вулкан», «Фоліант»); мотиви для роботи з психосоматикою («Інтроспекція тіла», «Хмара»); мотиви для роботи з дітьми та підлітками («Три дерева», «Сім'я тварин», «Тварини, які ходять в гості»).

Асоціативний метод в імагінаціях. Уже на основному ступені, після пропозиції пацієнтові уявити стандартний мотив можна спонукати його рухатися за асоціаціями, що виникають. Це сприятиме спонтанному розкриттю пацієнта і його потягів. Х. Льюїнер вважав, що вільні асоціації можуть розгортатися на рівні думок і фантазій, а також на рівні образного мислення та почуттів. Основною метою асоціативного методу він називав вищу самостійність і зрілість пацієнта.

Асоціативний потік може починатись по-різному: після прохання уявити стандартний мотив, «додивитись» нічне сновидіння; відштовхуючись від тілесних відчуттів — при роботі з психосоматикою («Уявіть, як могла б виглядати зона болю/тілесного дискомфорту? Яких вона форми, кольору, розміру? На що це схоже? Що це Вам нагадує?»; як спонукання до вікової регресії («А раніше ви вже переживали подібні відчуття/почуття?»; без тематизації («Уявіть собі що-небудь»).

У символдрамі можна розрізнити два типи імагінацій: кататимні та ментальні. *Кататимні імагінації* відповідають глибинним переживанням людини та здійснюються здебільшого на рівні первинного процесу. *Ментальні імагінації* відбуваються «на поверхні» психіки, переважно на рівні вторинного процесу, коли пацієнт придумує і структурує образ. Протягом одного сеансу рівень заглиблення може змінюватися. Психотерапевт має змогу сприяти або глибшому зануренню у несвідомі фантазії та почуття, або зворотному процесові.

Особливості перенесення в КПД. У символдрамі перенесення проявляється не тільки у стосунках поза імагінацією, а й на «екрані» проєкцій.

Приклад 1. Пацієнтка в образі потрапила до глибокої, просторої печери з високим склепінням. Хотіла, та не могла знайти спосіб вибратися назовні. Відчувала напругу і тривогу. Високо у стелі було видно невеликий отвір, через який проглядало сонце. Після значних зусиль і тривалих безуспішних пошуків способів звільнення з'явився великий чорний ворон, який дозволив пацієнтці сісти на свою спину та виніс її назовні через отвір. Настало полегшення та відчуття радості. Намалювавши птаха, пацієнтка раптом побачила в ньому риси свого психотерапевта, здивувалась, збентежилась та зраділа. Через певний час їй спало на думку, що психотерапевт своєю статуєю і ставленням нагадує її померлого діда і навіть має однакове з ним ім'я.

Цю символізацію можна кваліфікувати як прояв позитивного перенесення. Психотерапевт сприймається як помічник і рятівник. Відкривається можливість отримання ресурсу.

Приклад 2. Пацієнтка бачить серію нічних сновидінь, де виникає загроза пограбування її батьківського помешкання. Хтось чужий має ключі від квартири, може туди прийти і забрати цінне. Відчуваються тривога, страх. У процесі опрацювання виникає ідея, що на цьому етапі психотерапевт загрожує позбавити пацієнтку деяких «зручних», милих серцю дитячих ілюзій, і це викликає тривогу та опір.

Таку символізацію можна розуміти як прояв негативного перенесення та опору. Психотерапевта сприймають як загрозу. Отже, процеси змін в уявленнях про світ і про себе у світі можуть викликати у клієнта в цей період психотерапії почуття невпевненості та тривоги.

Особливості застосування символдраматичної техніки

Кататимно-імагінативна терапія ефективна при терапії психоневрозів, неврозів характеру та психосоматичних порушень, добре зарекомендувала себе в роботі з різними категоріями пацієнтів, навіть із тими, з якими зазвичай виникають значні труднощі, коли йдеться про глибинно зорієнтовані підходи: пацієнтами з жорсткими захисними структурами, яким складно звертатися до власної емоційної сфери або не вистачає досвіду глибокої рефлексії та терапевтичного розщеплення Я; пацієнтами, для яких опір психотерапії проявляється у соматичних симптомах і які не сприймають це як конфлікт. Здійснюють її в індивідуальній, груповій формі та у формі психотерапії пар; з дорослими пацієнтами, дітьми та підлітками.

Класичну символдраму можна застосовувати в роботі з дітьми, починаючи з 7–8 років. У цьому віці імагінація триває кілька хвилин, а основне спілкування відбувається у формі гри, малювання, лялькової, піскової психотерапії та ін. Таку форму роботи є сенс вважати кататимно-імагінативною психотерапією за умови, що психотерапевт аналізує всі форми активності пацієнта на сеансі як кататимні імагінації, шукає символічне навантаження певних дій і симптоматичних проявів дитини. У роботі з дітьми молодшого віку діє аналогічний принцип: якщо спостереження за грою дитини або гуртову гру психотерапевт використовує як «сцену» проєкцій та символічних дій, таку роботу слід вважати символдрамою.

У роботі з підлітками часто на перший план виходять екзистенційні питання, а КІП набуває ознак екзистенційного аналізу, використовує мотиви і стилі супроводу вищого ступеня. Особливо важливим, ефективним і болючим є опрацювання теми гідності й поваги, в якій віддзеркалюються актуальні для підлітків символи кордонів, сепарації, трансценденції, пошуку ідентичності.

З дітьми та підлітками можна використовувати стандартні та додаткові мотиви: «Три дерева», «Сім'я тварин», «Космічний корабель» та ін. Особливою формою роботи є імагінація в парі: тато (або мама) і дитина. У цьому разі застосовують розроблений німецьким психотерапевтом Гюнтером Хорном мотив «Тварини,

які ходять одне до одного в гості». Психотерапевт зазвичай розташовується поряд з дитиною.

Під час роботи з дітьми кожен четвертий сеанс необхідно зустрічатися з батьками. Для роботи з батьками в дитячій психотерапії розроблено окремі мотиви: наприклад, мотив «М'яч» створює умови для вікової регресії та сприяє неопосередкованому спілкуванню дорослого з дитиною. Психотерапевт періодично збирає на сеансі і всю сім'ю для психотерапевтичних ігор, що мають діагностичну і терапевтичну спрямованість. Наприклад, гра «Млинчик» створює передумови для безпечного висловлювання одне одному своїх образ, незадоволень і гніву, які партнери приймають відповідно до правил гри; для набуття комунікативної та емоційної компетентності, кращого знайомства одне з одним на глибинному рівні.

Особливо ефективна кататимно-імагінативна психотерапія у роботі з кризовими станами, депресивними неврозами, фобіями, проблемами адаптації, спричиненими неврозом характеру; обсессивно-компульсивним неврозом і кардіоневрозом; анорексією, бронхіальною астмою; психогенними функціональними розладами органів, гострим запаленням товстого кишківника, психогенними статевими порушеннями, логоневрозом і синдромом подразненого сечового міхура, енкопрезом.

Застосування цього методу потребує обережності щодо пацієнтів, які мають слабкі захисні механізми Еґо, оскільки їм складно впоратися з «розгойдуванням» захисних структур під час терапії. У таких випадках може виникнути небезпека «затоплення» Еґо великою кількістю несвідомих імпульсів. Відносне протипоказання для роботи за методом символдрами мають такі порушення пацієнтів: тяжкі депресивні розлади, яскраво виражені істеричні розлади, тяжкі нарцисичні розлади, межовий рівень організації особистості. З ними повинні працювати досвідчені психотерапевти, які набули додаткової спеціалізації.

Кататимно-імагінативну психотерапію недоцільно застосовувати стосовно пацієнтів, які мають: недостатній інтелектуальний розвиток (IQ нижче 85); гострі та хронічні психози (через неефективні захисні механізми Еґо); яскраво виражені неврози характеру, що потребують тривалого курсу психотерапії (пацієнти з шизоїдною, істеричною та депресивною структурою); тяжкі порушення соціальної адаптації; тяжкі афективні порушення на ґрунті розгальмовування, зумовленого станом церебральної системи; недостатню мотивацію до психотерапії.

Отримати право самостійно здійснювати глибинно-психологічно орієнтовану психотерапію із застосуванням кататимно-імагінативної психотерапії можна за наявності вищої психологіч-

ної, соціально-педагогічної або медичної освіти. Навчання зазвичай триває близько чотирьох років й охоплює такі форми: персональна психотерапія у межах навчальної індивідуальної та групової психотерапії; теоретико-методичні семінари — теорія символдрами, психоаналітична теорія, психіатрична пропедевтика; практичне засвоєння технік символдрами в роботі з власним пацієнтом під керівництвом супервізора; відвідування групових супервізій та інтервізій.

Психотерапевт має володіти комплексними знаннями за такими напрямками: етичні засади психотерапії, теорія класичного психоаналізу З. Фрейда (розвиток особистості, теорія сновидінь, теорія неврозів тощо), основи аналітичної психології К.-Г. Юнга, психоаналітичні теорії розвитку особистості, основи психоаналітичної діагностики, основи теорії об'єктивних стосунків, основи психіатричної пропедевтики, теорія психосоматичних захворювань, техніка первинного інтерв'ю та ведення аналітичної бесіди, основи міфології та символіки казок тощо.

Запитання. Завдання

1. Поясніть сутність кататимно-імагінативної психотерапії. Які синонімічні назви методу використовують?
2. Охарактеризуйте теоретичну концепцію кататимно-імагінативної психотерапії; прокоментуйте її основні теоретичні положення.
3. Яке явище позначає поняття «контрольована регресія» у контексті його застосування в КПТ?
4. Охарактеризуйте основні тенденції сучасного етапу розвитку кататимно-імагінативної психотерапії.
5. Опишіть структуру психотерапевтичного сеансу в межах основного ступеня КПТ.
6. Назвіть техніки та психотерапевтичні прийоми в КПТ.
7. Вкажіть особливості символдраматичної техніки у роботі з дітьми і підлітками.

2.3. Центрована на особистості психотерапія

Різноманітні підходи, які ґрунтуються на спільних теоретичних поглядах на природу людини і людських стосунків, об'єднала центрована на особистості (клієнт-центрована) психотерапія. Її основою є запропоновані американським психотерапевтом К. Роджерсом принципи: головне — це людина, а не її проблема; клієнт сам є експертом своїх переживань; клієнт адатний до самовизначення.

Становлення центральної психотерапії на особистості психотерапії

Центровану на особистості психотерапію як психотерапевтичний напрям, що має власну теорію і методологію, К. Роджерс розробив у 1938—1950 рр. У 1939 р., підсумовуючи одинадцятирічний досвід роботи у Центрі профілактики жорстокого ставлення до дітей, він опублікував працю «Клінічне лікування проблемної дитини», де вперше назвав три базові умови, що сприяють ефективності психотерапевтичного процесу. 11 грудня 1940 року він прочитав в університеті штату Огайо лекцію «Новітні концепції в психотерапії». Цю дату вважають днем народження клієнт-центрованої психотерапії. У 1942 р. К. Роджерс у книзі «Консультації і психотерапія: нові підходи до практики» вперше застосував поняття «клієнт» замість «пацієнт», щоб підкреслити немедичну модель психотерапії — клієнт здатен взяти на себе відповідальність і приймати власні рішення у сприятливій атмосфері, яку забезпечує терапевт. Також цей психотерапевт опублікував стенограми магнітофонних записів терапевтичних сесій.

На початках центровану на особистості психотерапію розглядали як спосіб консультування і психотерапії, а тому називали її «недирективною». У цей період відбувався активний розвиток технік недирективності та рефлексії почуттів, спрямованих на заохочення клієнта до самодослідження. Їх використання — головна ознака центральної психотерапії на особистості психотерапії.

Важливий аспект діяльності К. Роджерса — впровадження парадигми змін для розуміння психотерапевтичного процесу. Він описує це як просування від запитання «Як я можу допомогти вилікувати чи змінити іншу людину?» до запитання «Як я можу забезпечити стосунки, котрі інша людина зможе використати для свого особистісного зростання?». Модель психотерапії К. Роджерса ґрунтується на процесі особистісного зростання та дозрівання. Зміни проявляються в особистісних чинниках і стосунках, залежать від певних якостей і ставлень терапевта.

Клієнт-центрована психотерапія — напрям психотерапії, орієнтований на актуалізацію за допомогою розуміючого і глибоко особистого контакту між клієнтом і терапевтом уродженої тенденції організму та психіки до розвитку, самоорганізації і самобереження з метою досягнення внутрішньої гармонії та задоволеності життям.

Особливостями центральної психотерапії на особистості психотерапії є її зорієнтованість на процес, виведення гіпотез із безпосередніх

даних терапевтичного досвіду, а також із записаних (знятих на плівку) терапевтичних сесій.

Згідно з базовою гіпотезою центральної на особистості психотерапії, потенціал зростання індивіда має тенденцію до розкриття у стосунках, в яких особа, яка надає допомогу, переживає і виражає автентичність, реальність, турботу, глибоке і точне безоцінне розуміння. Центральну гіпотезу розкривають такі положення:

1. Здатність особистості до самовизначення і пріоритет суб'єктивного. Кожна людина живе у світі своїх переживань, досвіду, здатна розуміти і пояснити свої дії, виходячи зі своєї Я-концепції (у К. Роджерса: *Self-concept*— Сство).
2. Базова соціальна залежність. Існування та становлення особистості можливі лише у процесі людських стосунків.
3. Людські стосунки будуть конструктивними за наявності конгруентності, поваги та емпатії.

Гіпотеза може бути застосована у будь-якій сфері людського життя, де метою є психологічне зростання індивіда і розкриття його потенціалу.

Клієнт-центровану терапію відрізняють від інших психотерапевтичних практик такі ознаки:

- 1) гіпотеза, що певні ставлення терапевта є необхідною і достатньою умовою терапевтичної ефективності;
- 2) концепція, що терапевт безпосередньо присутній і доступний для клієнтів у стосунках;
- 3) постійна увага до світу суб'єктивних переживань (феноменологічного світу) клієнта;
- 4) теорія, згідно з якою терапевтичний процес характеризується змінами щодо якості й безпосередності переживань клієнта і більшою здатністю повноцінно жити в певний момент;
- 5) увага до процесу змін, а не до структури особистості;
- 6) акцент на потребі продовжувати дослідження з метою більше дізнатися про психотерапію;
- 7) гіпотеза, що одні й ті самі принципи психотерапії можуть стосуватися всіх людей, незалежно від того, є вони психотиками, невротиками чи перебувають у нормі;
- 8) погляд на психотерапію як на особливий зразок конструктивних людських стосунків (особливі стосунки в особливих умовах);
- 9) прагнення ґрунтувати всі теоретичні висновки на підставі емпіричного досвіду, а не підганяти досвід під наперед установлену теорію;

10) увага до філософських аспектів, що походять з практики психотерапії.

Діяльність К. Роджерса і його послідовників відчутно вплинула на філософію науки, формування особистісно-центрованого підходу в багатьох сферах гуманітарних знань і практики: менеджменті, освіті та політиці.

Теоретичні основи особистісно-центрованого підходу

За твердженням К. Роджерса, слова і символи співвідносяться зі світом реальності як карта із територією, яку вона представляє. Організм реагує на оточення так, як воно дане йому в досвіді та сприйманні. Ця сфера сприймання і є «реальністю» для індивіда. Організм реагує як організоване ціле на певне феноменальне поле.

Поле досвіду (феноменальне поле) — унікальне для кожного індивіда все те, що відбувається всередині організму в будь-який момент і потенційно доступне для усвідомлення. Воно охоплює події, сприйняття, відчуття і впливи, які людина, можливо, не усвідомлює, але могла б усвідомити, якби сфокусувалась на них. Це — окремий особистий світ, який може відповідати, а може і не відповідати об'єктивній реальності.

Кожен психотерапевтичний метод, що ґрунтується на теорії процесу змін і теорії людського розвитку, використовує також імпліцитну та експліцитну модель людської природи. В її основі — «філософія особистості», що передбачає припущення та ідеї, які мають пояснити, що робить людей такими, якими вони є, яка їхня мотивація і якими могли б бути їхні вроджені характеристики. К. Роджерс вважав, що людина має єдину мотивацію розвитку і поведінки, одну базову потребу — актуалізувати, зберігати і розвивати переживання організму. Актуалізація відбувається незалежно від усвідомлення, бо є вродженою і універсальною властивістю. Вона не обмежується лише задоволенням потреб чи зменшенням напруги, а охоплює і прагнення до творчості, навчання, розвитку особистості. Зовнішні умови людини рідко сприяють цьому, завжди існують обмеження для розвитку особистості, що негативно впливає на зростання і повноцінну реалізацію її потенціалу. Кожна людина взаємодіє з оточенням і з тими його аспектами, що сповільнюють зростання, тому шукає найкращі способи становлення навіть у цих обставинах. Тенденція до актуалізації наявна незалежно від оточення людини, єдиний спосіб зупинити її — це знищити організм.

Актуалізація — наукова, а не моральна теорія, вона не послуговується оцінками «добре» чи «погано». Людські істоти мають здатність до конструктивних і деструктивних думок та вчинків, тенденцію до просоціальної поведінки, цінностей і ставлень. Актуалізація і вираження просоціальних тенденцій імовірніші під час психотерапевтичного процесу, ніж у несприятливому оточенні, схильному провокувати деструктивну чи антисоціальну поведінку.

Я-концепція людини (концепція Єства) не є стійкою і незмінною. У кожний окремий момент Єство видається стійким, оскільки людина «заморожує» фрагмент досвіду, щоб розглянути його. За словами К. Роджерса, поняття «Єство», «концепція Єства», «структура Єства» стосуються організованого і закритого гешталту, що містить характеристики сприйняття Я, сприйняття стосунків між Я та іншими життєвими аспектами (цінностями, досвідами). Цей гешталт можна усвідомлювати, але він не обов'язковий для усвідомлення, адже поточний (мінливий) процес у будь-який момент є своєрідною сутністю, частково доступнішою для операціоналізації за допомогою діагностичних методик. Поняття «Єство», «концепція Єства» зазвичай застосовують тоді, коли йдеться про особистість або її погляди, а поняття «структура Єства» — коли розглядають цей гешталт з позиції зовнішньої системи координат. Єство (уявлення про себе) є поглядом людини на себе, що ґрунтується на минулому досвіді, даних її сьогоднішнього й очікуваннях майбутнього.

Ідеальне Єство (Ідеальне Я) — уявлення про те, яким індивід хотів би бачити себе в ідеалі, найцінніше для нього. Те, чим Єство відрізняється від ідеального Єства, — одне із джерел дискомфорту, незадоволеності та невротичних труднощів. Прийняття людиною себе такою, якою вона є, а не такою, якою б хотіла бути, — ознака душевного здоров'я. Вона є не покійністю чи здачею позицій, а способом бути ближче до реальності та свого актуального стану.

За твердженням К. Роджерса, усвідомлення — це символізація певного відрізка досвіду. *Усвідомлення* — символічна репрезентація (необов'язково у вербальних символах) частини досвіду, що може мати різну чіткість і ясність.

Символи, які утворюються у свідомості, не обов'язково узгоджуються з «дійсним досвідом» чи «реальністю». Наприклад, психотик помічає у своєму тілі електричні імпульси і «символізує» їх, хоч насправді цих імпульсів не існує. Якби психотик хотів переконатися, що в його тілі існують електричні імпульси, він міг би перевірити це з допомогою інших людей (герой фільму «Ігри розуму» перевіряв, чи насправді існують люди-фантоми, які не

старіють і супроводжують його все життя, розпитуючи інших людей, чи вони їх бачать). Точну символізацію у свідомості засвідчує підтвердження гіпотези, що виникає в ній. Матеріал, який різко суперечить концепції Єства, людина не допускає до усвідомлення або спотворює його символізацію.

Конгруентність — ступінь узгодженості між тим, що фігурує під час комунікації, переживань, і наявним у досвіді. Високий рівень конгруентності означає, що комунікація (те, що виражається), досвід (те, що відбувається в полі індивіда) і усвідомлення (те, що помічається) більш-менш однакові. Спостереження людини і спостереження зовнішнього спостерігача будуть відповідати одне одному.

Маленькі діти демонструють високу конгруентність. Вони виражають свої почуття (голоду, любові, ненависті тощо) відразу і всім своїм Єством. Цим можна пояснити, чому діти легко переходять від одного емоційного стану до іншого. Цілковите вираження почуттів дає їм змогу швидко завершити ситуацію замість того, щоб тримати в собі невиражений емоційний багаж попереднього досвіду в кожну нову зустріч.

Інконгруентність між Єством і досвідом — нездатність точно сприймати, виражати свій досвід, — спостерігається тоді, коли існують відмінності між усвідомленням, досвідом і його вираженням. Сердита людина (стиснуті кулаки, підвищена інтонація, агресивна стилістика) у відповідь на запитання про її стан каже, що зовсім не сердиться; на вечірці люди можуть говорити господарям, що прекрасно проводять час, насправді нудьгуючи, почувачись самотніми чи нездоровими.

Інконгруентність між усвідомленням і досвідом називають *репресією*. Людина просто не усвідомлює, що вона робить. Інконгруентність відчувають і як дискомфорт, напругу, тривожність, внутрішню збентеженість. Пацієнт психіатричної лікарні, який стверджує, що не знає, де перебуває, що таке лікарня, котра година і хто він, демонструє високий рівень інконгруентності.

Інконгруентність проявляється у висловлюваннях: «Я не можу прийняти рішення»; «Я не знаю, чого я хочу»; «Я ніколи не можу зупинитись на чому-небудь певному»; «Я не можу бути самим собою». Плутанина виникає, коли людина не може ідентифікувати, проінтерпретувати спрямовані на неї стимули.

За конгруентності між Єством та досвідом тенденція до актуалізації залишається цілісною (нерозщепленою). У разі інконгруентності між Єством і досвідом (Єство і організаційний досвід є інконгруентними) тенденція до самоактуалізації, яка часто відштовхується від нав'язаних індивіду цінностей і спонукань, не сприяє розвитку особистості, а може спричинити невротичну поведінку.

Захисна поведінка (захист) — це відповідь організму на загрозу з метою самозбереження. Досагнення її відбувається через спотворення досвіду в усвідомленні задля зменшення неузгодженості між ним і структурою Єства або утримання його на певній відстані від усвідомлення, щоб уникнути будь-якої загрози для Єства.

Людина, яка не відчуває жодної загрози, відкрита для досвіду. Стан, у якому вона відкрита для досвіду, прямо протилежний стану захисту. Це може стосуватись певних сфер досвіду або всього досвіду організму. Кожний подразник незалежно від того, виник він усередині чи ззовні організму, вільно поширюється нервовою системою без будь-яких змін чи опору. Незалежно від того, що є подразником (подія, колір чи звук оточення), як впливає на сенсорну нервову систему (як слід спогадів з минулого, тілесне відчуття страху, радості чи відрази), він завжди доступний для усвідомлення індивідом. Для особистості, яка цілком відкрита для досвіду, концепція Єства є усвідомленою символізацією, конгруентною з переживанням. У такому разі відсутня можливість для загрози взагалі.

Індивід демонструє свою зрілість, зрілу поведінку, якщо сприймає речі реально, відкритий до власного досвіду; бере на себе відповідальність відрізнятись від інших, оцінює досвід відповідно до своїх відчуттів. Він змінює свої оцінки лише на основі нових доказів, приймає інших індивідів як унікальних, інакших ніж він, поважаючи їх і себе.

Люди перебувають у стосунках або вступают в їх мінімум, коли викликають зміни в переживаннях іншої людини, що явно чи підпорогово сприймається ними. Це явище К. Роджерс спочатку назвав «стосунками», однак послуговування цим поняттям спричинило непорозуміння, оскільки воно символізує глибину і якість. Поняття «контакт» означає той мінімум досвіду, який може бути названий «стосунками».

Безумовне позитивне ставлення — одне з ключових явищ центрованої на особистості психотерапії. Сприймання себе як особистості, на яку звернене безумовне позитивне ставлення, означає, що кожен з досвідів оцінюється іншою людиною як цінний для її позитивного ставлення.

З розвитком Єства людина переживає потребу в любові і прийнятті важливими людьми з її оточення (наприклад, батьками). Кожна людина має потреби в позитивному ставленні (повазі) до себе і у позитивній самоповазі для розвитку довіри до своїх внутрішніх переживань.

Потреба в позитивному ставленні з боку значущих осіб, від яких залежить виживання людини, є настільки сильною, що ці

особи можуть мати на неї значний вплив шляхом відмови у прийнятті та любові або загрози втрати цієї любові і прийняття. Якщо її внутрішні переживання не отримують схвалення з боку важливих осіб, особа ігнорує свої внутрішні переживання або не виражає їх для того, щоб підтримувати позитивну самоповагу, бо це несе ризик втрати любові і захищеності тоді, коли їй найбільше потрібно.

Поступово людина починає ставитися до себе так само, як до неї ставляться інші, ігноруючи власні переживання. Особливо інтенсивно це відбувається тоді, коли вона відчуває, що її переживання суперечать оцінкам важливих людей. Унаслідок цього вона настільки перестає довіряти власним переживанням, що взагалі може заперечувати їх. Якби людина переживала безумовне (безоцінне) позитивне ставлення до неї, то зовнішні умови оцінювання не розвивалися б і потреба в позитивному ставленні з боку інших ніколи б не суперечила позитивній самоповазі. Така особистість була б повноцінно функціональною — відкритою до всіх переживань без потреби заперечувати чи спотворювати їх для усвідомлення. Тенденція до актуалізації і процес самоактуалізації були б гармонізовані. Така ситуація лише гіпотетично можлива і ніколи не трапляється в реальності.

Емпатія — це здатність сприймати з максимальною точністю внутрішню систему координат (стосунків) іншої людини (клієнта) з усіма її емоційними компонентами. Терапевт (консультант) начебто і є цією людиною, але він ніколи не має відступати від позиції «начебто». Це означає, що він повинен відчувати біль і радість іншого так, як сам інший; сприймати підстави для цього, як він їх сприймає, і ніколи не втрачати усвідомлення того, що все сталося «начебто». Якщо терапевт (консультант) втрачає позицію «начебто», він опиняється у стані ідентифікації.

Перешкоди (бар'єри) зростання виникають у дитинстві і є нормальним аспектом розвитку. Те, чому дитина навчається на одній стадії, має бути переоцінене на наступній. Мотиви, які переважають у ранньому дитинстві, можуть перешкоджати розвитку пізніше. У дитини, яка починає усвідомлювати себе, розвивається потреба в любові і позитивній увазі. Ця потреба універсальна, всепроникна і постійна в людині. Не суттєво — вроджена вона чи набута. Діти, не відрізняючи своїх дій від себе, сприймають схвалення дій як схвалення себе. Так само покарання за якусь дію вони сприймають як несхвалення себе загалом.

Любов настільки важлива для дитини, що вона починає найбільше керуватися в поведінці ймовірністю отримати материнську любов. Дитина діє так, щоб отримати любов чи схвалення,

незалежно від того, чи є це для неї об'єктивно корисним. Діти можуть діяти проти власних інтересів, уявляти себе призначеними для задоволення чи умиротворення інших. Теоретично ці орієнтації не будуть розвиватись, якщо дитина завжди відчуває, що її приймають, навіть якщо деякі аспекти її поведінки забороняють. За таких обставин дитина не переживає спонук відштовхнутися від себе «непривабливі» аспекти своєї особистості.

Ставлення, яке заперечує певний аспект Ества, називають *умовою цінності*. За твердженням К. Роджерса, індивід, який уникає досвіду чи навмисно шукає його, оскільки цим заслужить винагороди, виявляється під тиском умови цінності. Вона є основною перешкодою для точного сприймання і реалістичного усвідомлення. Її роль виконують вибіркові бленди і фільтри, створювані для забезпечення неперервного припливу любові від батьків та інших значущих людей. Людина обирає певні стани, стосунки і дії, які, як вона гадає, повинні робити її цінною. Вигадування таких стосунків і дій є свідченням особистої інконгруентності. У крайньому її прояві умова цінності характеризується припущенням, що людину має любити і шанувати кожен, з ким вона зустрічається.

Умова цінності створює розрив між Еством і уявленням про Ество (концепцією Ества). Щоб підтримувати умову цінності, людина повинна заперечувати деякі сторони своєї особистості. На думку К. Роджерса, це є фундаментальним відчуженням у людині. Вона стає несправжньою щодо себе, своїх природних організмичних оцінок і потреб. Заради збереження позитивного ставлення до себе вона фальсифікує свої оцінки, сприймає досвід тільки з погляду цінності для інших. Цей несвідомий вибір спричинює драматичний розвиток у дитинстві. Особистісне зростання затримується настільки, наскільки людина заперечує імпульси, що відрізняються від штучно створеного уявлення про себе. Для підтримання хибного образу себе людина продовжує спотворювати досвід; чим більше спотворення, тим ширше поле для помилок і додаткових проблем.

Породжені цим поведінка, помилки і збентеженість стають проявом фундаментального первинного спотворення. Унаслідок цього формується замкнуте коло: кожний досвід інконгруентності між Еством і реальністю нагнітає вразливість, яка спричинює посилення внутрішніх захистів, а вони відгороджують досвід і створюють нові підстави для інконгруентності. Іноколи захисти не спрацьовують, людина починає усвідомлювати очевидний розрив між своєю поведінкою і своїми уявленнями. Наслідком можуть бути паніка, хронічна тривожність, етеча або навіть психоз. Така психотична поведінка може бути розігруванням того аспекту досвіду, який раніше людина заперечувала.

Раціональне мислення, почуття і переживання — важливі джерела інформації про те, як поводитьися у зовнішньому середовищі.

Переживання є фундаментальнішим способом знання себе і світу, ніж раціональне, концептуальне мислення. На відміну від емоцій, переживання постає як безпосереднє невербальне відчуття стосунків у світі, між Еством і світом, а також усередині Ества. Воно охоплює й інтуїтивне знання. Людина може відчувати або сприймати стосунки, які неспроможна описати словами. Значення, отримані завдяки безпосередньому переживанню, є потужнішими, ніж значення, набуті концептуальним мисленням.

Людина завжди переживає і знає більше, ніж може висловити словами; відчуває проблеми у стосунках раніше, ніж концептуально може це виразити. Внутрішньо вона завжди має імпліцитне відчуття плину життя, значущості для себе кожної ситуації. На рівні цього внутрішнього відчуття і відбуваються терапевтичні зміни.

У теорії центрованої на особистості психотерапії йдеться про почуття, довіру до власних почуттів і про те, як вступити в контакт зі своїми почуттями. Почуття — щось більше за емоції: відчуваючи гнів чи сум, людина також відчуває або сприймає складні значення (сенси). Усвідомлювати почуття означає усвідомлювати й емоції, в т. ч. і значення стосунків між Еством і світом в кожний момент. Довіряти своїм почуттям означає слухати їх як джерело важливої інформації, хоча це не означає необхідності однозначно піддаватися їм.

Важливу роль у теорії особистості К. Роджерса відіграє організмична оцінка. До появи у дитини Ества всі її реакції визначаються тим, що організму добре або погано: голодна — плаче; бачить людське обличчя — усміхається. Це і є прояви організмичної оцінки.

Організмична оцінка — це оцінка певного досвіду (переживань), яка ґрунтується на відчуттях, що виникають у зв'язку із цим досвідом на рівні організму. Локус (джерело оцінювання) перебуває всередині людини, вона орієнтується на нього у процесі вибору і прийняття рішення (базова довіра), а схвалення чи нехвалення іншими, нав'язані ззовні стандарти не мають вирішального значення.

У немовляти організмична оцінка функціонує в «чистому вигляді», в дорослої людини контакт з організмичним процесом оцінювання значною мірою втрачений. Це пов'язано з тим, що у процесі формування Ества розвивається потреба в безумовному позитивному прийнятті, позитивній оцінці, повазі до себе інших

незалежно від того, чи є це для неї об'єктивно корисним. Діти можуть діяти проти власних інтересів, уявляти себе призначеними для задоволення чи умиротворення інших. Теоретично ці орієнтації не будуть розвиватись, якщо дитина завжди відчуває, що її приймають, навіть якщо деякі аспекти її поведінки забороняють. За таких обставин дитина не переживає спонук відштовхнутися від себе «непривабливі» аспекти своєї особистості.

Ставлення, яке заперечує певний аспект Ества, називають *умовою цінності*. За твердженням К. Роджерса, індивід, який уникає досвіду чи навмисно шукає його, оскільки цим заслужить винагороди, виявляється під тиском умови цінності. Вона є основною перешкодою для точного сприймання і реалістичного усвідомлення. Її роль виконують вибіркові бленди і фільтри, створені для забезпечення неперервного припливу любові від батьків та інших значущих людей. Людина обирає певні стани, стосунки і дії, які, як вона гадає, повинні робити її цінною. Вигадування таких стосунків і дій є свідченням особистої інконгруентності. У крайньому її прояві умова цінності характеризується припущенням, що людину має любити і шанувати кожен, з ким вона зустрічається.

Умова цінності створює розрив між Еством і уявленням про Ество (концепцією Ества). Щоб підтримувати умову цінності, людина повинна заперечувати деякі сторони своєї особистості. На думку К. Роджерса, це є фундаментальним відчуженням у людині. Вона стає несправжньою щодо себе, своїх природних організмичних оцінок і потреб. Заради збереження позитивного ставлення до себе вона фальсифікує свої оцінки, сприймає досвід тільки з погляду цінності для інших. Цей несвідомий вибір спричинює драматичний розвиток у дитинстві. Особистісне зростання затримується настільки, наскільки людина заперечує імпульси, що відрізняються від штучно створеного уявлення про себе. Для підтримання хибного образу себе людина продовжує спотворювати досвід; чим більше спотворення, тим ширше поле для помилок і додаткових проблем.

Породжені цим поведінка, помилки і збентеженість стають проявом фундаментального первинного спотворення. Унаслідок цього формується замкнуте коло: кожний досвід інконгруентності між Еством і реальністю нагнітає враливість, яка спричинює посилення внутрішніх захистів, а вони відгороджують досвід і створюють нові підстави для інконгруентності. Інколи захисти не спрацьовують, людина починає усвідомлювати очевидний розрив між своєю поведінкою і своїми уявленнями. Наслідком можуть бути паніка, хронічна тривожність, втеча або навіть психоз. Така психотична поведінка може бути розігруванням того аспекту досвіду, який раніше людина заперечувала.

Рациональне мислення, почуття і переживання — важливі джерела інформації про те, як поводитися у зовнішньому середовищі.

Переживання є фундаментальнішим способом знання себе і світу, ніж рациональне, концептуальне мислення. На відміну від емоцій, переживання постає як безпосереднє невербальне відчуття стосунків у світі, між Еством і світом, а також усередині Ества. Воно охоплює й інтуїтивне знання. Людина може відчувати або сприймати стосунки, які неспроможна описати словами. Значення, отримані завдяки безпосередньому переживанню, є потужнішими, ніж значення, набуті концептуальним мисленням.

Людина завжди переживає і знає більше, ніж може висловити словами; відчуває проблеми у стосунках раніше, ніж концептуально може це виразити. Внутрішньо вона завжди має імпліцитне відчуття плину життя, значущості для себе кожної ситуації. На рівні цього внутрішнього відчуття і відбуваються терапевтичні зміни.

У теорії центрованої на особистості психотерапії йдеться про почуття, довіру до власних почуттів і про те, як вступити в контакт зі своїми почуттями. Почуття — щось більше за емоції: відчуваючи гнів чи сум, людина також відчуває або сприймає складні значення (сенси). Усвідомлювати почуття означає усвідомлювати й емоції, в т. ч. і значення стосунків між Еством і світом в кожний момент. Довіряти своїм почуттям означає слухати їх як джерело важливої інформації, хоча це не означає необхідності однозначно піддаватися їм.

Важливу роль у теорії особистості К. Роджерса відіграє організмична оцінка. До появи у дитини Ества всі її реакції визначаються тим, що організму добре або погано: голодна — плаче; бачить людське обличчя — усміхається. Це і є прояви організмичної оцінки.

Організмична оцінка — це оцінка певного досвіду (переживань), яка ґрунтується на відчуттях, що виникають у зв'язку із цим досвідом на рівні організму. Локус (джерело оцінювання) перебуває всередині людини, вона орієнтується на нього у процесі вибору і прийняття рішення (базова довіра), а схвалення чи нехвалення іншими, нав'язані ззовні стандарти не мають вирішального значення.

У немовляти організмична оцінка функціонує в «чистому вигляді», в дорослої людини контакт з організмичним процесом оцінювання значною мірою втрачений. Це пов'язано з тим, що у процесі формування Ества розвивається потреба в безумовному позитивному прийнятті, позитивній оцінці, повазі до себе інших

незалежно від того, в якому стані вона перебуває, як поводить, що відчуває. За відсутності безумовного позитивного ставлення (поваги) образ себе формується значною мірою під впливом оцінок і сподівань інших людей — *зовнішніх умов оцінки*. Дитина, відчуваючи страх втратити любов батьків, якщо не буде відповідати їхнім сподіванням чи вимогам, перестає довіряти своїй внутрішній організмичній оцінці і налаштовується на оцінку батьків чи інших важливих людей з близького оточення. Це спричинює неузгодженість між Єством і внутрішніми організмичними переживаннями (досвідом), а також втрату організмичної оцінки як внутрішнього регулятора поведінки.

Частина переживань (досвіду), що становлять Єство, може бути усвідомлена, а деяка частина — неусвідомлена. Так виникає *стан інконгруентності*, коли свідоме переживання не узгоджується з тим, що переживає організм (Єство), і переживання не відповідають одне одному, точніше — відповідають лише частково. Люди, ставши інконгруентними, переживають проблеми через інтродекцію умовних цінностей (умовностей) від важливих для них людей і від суспільства. Унаслідок цього вони втрачають контакт із безумовною природою своїх організмичних переживань.

Єство має тенденцію зберігати свою структуру, а усвідомлена наявність неузгодженості між ним і переживаннями (досвідом) організму загрожує дезорганізацією або зміною образу Єства. Тому переживання (досвід) організму, яке суперечить концепції Єства (Я-концепції) і створює загрозу для нього, спотворюється або відкидається. Виникає межа сприйняття між Єством і переживанням (досвідом) організму, яка допускає свідоме сприйняття лише тих переживань, які сприяють збереженню і посиленню образу Єства.

Досвід, який спотворюється або відкидається, не обов'язково є негативними переживаннями, але обов'язково — переживаннями, що не узгоджуються з образом себе. Такі переживання є неприйнятними не з позицій внутрішньої організмичної оцінки, а з позицій вимог оточення. Це значить, що організмична оцінка зазнає корекції і спрямовується відповідно до умов та оцінок інших людей (зовнішні умови оцінки). Такий процес є основою усіх варіантів психологічного захисту.

Особистість, згідно з теорією К. Роджерса, — динамічне утворення. В основі теорії особистості — довіра до людської природи, яка є позитивною і соціалізованою. Навіть індивіди з глибокими психотичними розладами, антисоціальною поведінкою й екстремальними переживаннями зберігають тенденцію позитивно і конструктивно розвиватися.

Егоїстична, жорстока, руйнівна поведінка людини є наслідком спотворення її природи. Якщо у сприятливій атмосфері терапевтичних стосунків звільнити особистість від захисних реакцій, відкрити її сприйняття для власних потреб і вимог оточення та суспільства, то її поведінка стане конструктивною, реалістичною, раціональною і творчою. Соціалізація такої людини буде результатом її глибокої потреби в контакті та стосунках, а агресивні імпульси будуть врівноважені потребою у безумовному позитивному ставленні (прийнятті, повазі).

Психотерапевтична робота у межах центрованої на особистості терапії

Найважливішими для успішності центрованої на особистості терапії є такі умови: автентичність (конгруентність) терапевта; безумовне (безоцінне) позитивне ставлення (повага) терапевта до клієнта; співчутливе емпатійне розуміння терапевтом почуттів і особистих значень клієнта. Терапія найефективніша за наявності всіх трьох умов.

Базова умова ефективної терапії — розуміння терапевтом себе, емпатія (здатність терапевта проникнути у внутрішній світ клієнта) і прийняття (здатність терапевта виявляти теплий і справжній інтерес до клієнта).

К. Роджерс так описує конгруентність (автентичність): «Справжність у терапії означає, що під час зустрічі з клієнтом терапевт є самим собою. Не ховаючись за будь-якою маскою, він відкрито проявляє почуття й установки, які виникають у нього в даний момент». Це не означає, що терапевт обтяжує клієнта відкритим вираженням своїх переживань і повністю розкриває перед ним своє Я. Суттю конгруентності К. Роджерс вважав почуття терапевта, усвідомлення ним своїх почуттів та їх вираження. У конгруентного терапевта під час сесії узгоджені свідомі і несвідомі думки та почуття, дії та поведінка.

Дж. Бозарт вважає, що конгруентність є готовністю терапевта пережити дві інші центральні умови — емпатію та безумовне позитивне ставлення (повагу). На макрорівні центральні умови настільки взаємно переплетені, що утворюють єдину умову.

На переконання прибічників центрованої на особистості підходу, наявні внутрішній і зовнішній аспекти конгруентності психотерапевта. *Внутрішній аспект конгруентності психотерапевта* стосується ступеня того, наскільки терапевт здатен сприймати потік своїх переживань; *зовнішній аспект конгруентності психотерапевта* — висловлення терапевтом своїх свідомих

переживань, ставлень і почуттів. Його також називають *прозорістю*: психотерапевт стає прозорим для клієнта завдяки вербалізації особистих вражень і переживань.

Конгруентність і безумовна повага тісно пов'язані між собою, є основою *відкритості*. Неможливо бути відкритим до переживань клієнта, якщо немає відкритості до своїх переживань. А без відкритості не може бути емпатії. У цьому сенсі конгруентність є вершиною здатності терапевта до емпатії.

Значення конгруентного ставлення особливо помітне тоді, коли його терапевт займає захисну, а відтак — інконгруентну позицію. Часом особисті труднощі, проблеми, вразливі місця психотерапевта проявляються під час терапії і можуть викликати відчуття загрози, не даючи змоги спокійно заглиблюватись у світ переживань клієнта. Психотерапевт, відчувши загрозу своїй безпеці, всі сили й увагу спрямовує на підтримання власної душевної рівноваги і перешкоджає клієнтові в його глибинному самодослідженні, надто віддаляючись від нього або втрачаючи себе в його переживаннях. Особистісна зрілість і пов'язані з нею базові здатності — його основний інструментарій у клієнт-центрованій терапії. Праця над розвитком власної особистості і необхідних терапевтичних якостей триває все життя.

Під час терапії клієнт перебуває у стані інконгруентності (переживання організму не конгруентні з поглядами індивіда на себе), а терапевт є конгруентним у терапевтичній ситуації, що є передумовою терапевтичної ефективності.

Терапевтичний процес стає ефективнішим, якщо терапевт переживає глибоку та справжню турботу про клієнта як особистість. Позбавлена оцінних суджень щодо думок, почуттів і поведінки клієнта турбота є безумовним (безоцінним) позитивним ставленням. Терапевт ставиться до клієнта так само, як батьки ставляться до своєї дитини. Його турбота про клієнта не підпорядкована жодним умовам. Вона — постійне позитивне тепло без умов і оцінок. Така турбота передбачає також беззастережне і безоцінне прийняття виражених клієнтом захисних, ворожих, негативних і болісних почуттів. Це вселяє клієнтові довіру, спонукає його до самодослідження і зміни фальшивих переконань. Передумовою турботи і безумовного позитивного ставлення до клієнта є здатність терапевта приймати його таким, як він є, — вразливою, конфліктною людиною із великим потенціалом до зростання.

Повернення індивіда до безумовної позитивної самоповаги (самооцінки) — ключовий момент психологічного розвитку. Безумовна позитивна увага (прийняття) поєднує Єство з тенденцією до актуалізації. Як стверджував К. Роджерс, для коригування

патологічного психологічного стану клієнта необхідне прийняття ним безумовного позитивного ставлення терапевта до себе. Для цього терапевт повинен виявити при спілкуванні з клієнтом емпатійне розуміння. Однак психотерапевтам найважче дотримуватися безумовного позитивного ставлення до клієнтів. Причинами цього є:

- потенційний конфлікт між автентичністю (конгруентністю) терапевта і його безумовним позитивним ставленням до клієнта;
- потенціальна неспроможність психотерапевта до безумовного прийняття будь-якого клієнта;
- необхідність самозречення терапевта у процесі безумовного позитивного ставлення, що часто призводить до компенсаторної реакції, в якій конфронтація стає формою самоствердження.

Безумовне позитивне ставлення (повага) найбільше стосується проявів базової довіри терапевта щодо здатності клієнта до самовизначення. Часто терапевт може не погоджуватися із зовнішніми аспектами поведінки клієнта, але не приймає його внутрішніх мотивів і потреб, виражених через невідповідну поведінку. Крім того, безумовне позитивне ставлення допомагає не лише клієнтові, воно має важливе значення і для терапевта: завдяки безумовній позитивній самоповазі терапевт стає конгруентнішим.

Під час терапевтичних зустрічей найсуттєвішим моментом роботи психотерапевта є здатність точно і співчутливо розуміти переживання і почуття клієнта, а також значення, які вони мають для нього. Безпосереднє пізнання переживань іншої людини неможливе, оскільки знання про неї ґрунтується на суб'єктивному сприйнятті. Емпатія допомагає сприймати внутрішню систему цінностей і переживань суб'єкта так, як він це сприймає і переживає. К. Роджерс вважав її особливим способом пізнання. На цій підставі можна стверджувати, що пізнання складається з чуттєвого (емоційний резонанс) і когнітивного елементів.

Емпатія є співчутливим розумінням. Терапевт намагається не тільки зрозуміти, а й відчути, що відчуває і переживає клієнт. Це можливо за глибокого контакту між двома людьми (інтерперсональний контекст). Емпатійний спосіб співбуття означає проникнення у приватний світ сприйняття іншої людини, чутливість до значень, що розгортаються в ній, здатність жити її життям. Терапевт у своєму співчутливому розумінні може і виходити за межі того, що в певний момент клієнт переживає та усвідомлює. Емпатія має два рівні:

- 1) процес внутрішнього співпереживання (емоційний резонанс) — те, що людина відчуває у відповідь на переживання іншої людини;
- 2) експресивний (комунікативний) рівень — розуміння, яке людина виражає і транслює іншій людині.

Чим конгруентнішим є терапевт, тим сильніше він здатен виразити своє емпатійне розуміння і співпереживання.

Конгруентність контекстуальна, вона підвищує здатність терапевта переживати емпатійне розуміння і безумовне позитивне ставлення, на відміну від них не передається безпосередньо клієнтові, а є ставленням, яке він сприймає. Емпатія також контекстуальна. Вона є каналом, через який терапевт передає своє безумовне позитивне ставлення до клієнта. Емпатійне розуміння клієнта означає інтуїтивну присутність терапевта, це щось більше порівняно з його саморозумінням і самоусвідомленням.

Сукупність усіх цих умов — визначальний чинник ефективності психотерапевтичного процесу. У клієнтів, які фіксують конгруентність, безумовну повагу і емпатію з боку терапевта, концепція Єства стає більш позитивною і реалістичною, а вони — відкритішими і самостійнішими, здатними краще виражати себе і долати стресові ситуації. Їхня поведінка набуває зрілості.

Зміни особистості відбуваються за наявності таких умов: перебування у психологічному контакті терапевта і клієнта; перебування клієнта у стані інконгруентності і тривоги, конгруентність терапевта у цих стосунках; переживання терапевтом стосовно клієнта безумовного (безоцінного) позитивного ставлення (поваги); емпатійне розуміння внутрішньої системи цінностей клієнта і намагання передати (комунікувати) йому це переживання; позитивне сприймання клієнтом передавання йому терапевтом емпатійного розуміння і безумовного (безоцінного) позитивного ставлення.

Конгруентна й емпатійна «пропозиція» терапевта вступити у стосунки здатна викликати у клієнта аналогічне ставлення до себе, до свого Єства або організмичного переживання. За сприяння терапевта клієнт повинен перейти від самоневдоволення, відчуття неповноцінності до більш конгруентного ставлення до себе і приймати себе безумовно. Це відкриває клієнтові доступ до власних переживань і їх особистісних значень (самоемпатія). Він зможе прийняти себе як важливу особистість (безумовне позитивне ставлення до себе, самоприйняття, самоповага). Його концепція Єства стане узгодженою з його організмичними переживаннями (конгруентність). Інші цілі терапії (подолання симптомів, набуття певних навичок) важливі, але не ключові.

Єдність необхідних умов забезпечує спрямування і результативність терапевтичного процесу, який охоплює такі етапи:

1. Вільне (вербальне і невербальне) вираження клієнтом своїх почуттів і особистих значень.
2. Висловлювання стосовно себе, власної концепції Єства.
3. Точне диференціювання почуття і сприйняття себе та інших людей.
4. Зосередження клієнтом уваги на інконгруентності між тим, що він безпосередньо переживає, і концепцією самого себе.
5. Переживання й усвідомлення клієнтом неузгодженості.
6. Зміна і реорганізація образу Єства з метою асимілювання раніше заперечуваних переживань.
7. Усвідомлення клієнтом, що психічні структури, які керували його життям, є його суб'єктивними конструктами, а не реальними життєвими структурами.
8. Набуття концепцією Єства клієнта більшої конгруентності з безпосередніми переживаннями, а також більшої змінюваності.
9. Вільніші стосунки клієнта з терапевтом та іншими людьми.
10. Визначення клієнтом себе локусом оцінки і джерелом оцінювання.

У результаті терапії клієнт стає конгруентнішим і відкритішим до переживань, реалістичнішим та об'єктивнішим у своїх сприйманнях, ефективнішим у подоланні проблем. Це означає стійкішу психологічну адаптацію, кращу самооцінку, повноцінніше прийняття інших. Його поведінку також починають сприймати як більш соціальну і зрілу.

У широкому сенсі терапевтичний процес є реакцією клієнта на ставлення терапевта. Клієнт-центрована терапія — процес із семи стадій руху клієнта від ригідності установок, конструктів і сприймань до їх змінності та плинності:

- 1) ригідність установок людини про себе і світ. Вона віддалена від безпосередніх переживань, які відбуваються в ній, не усвідомлює їх і не визнає жодних проблем;
- 2) спроможність людини виразити себе з неособистих тем і проблем, які вона сприймає як зовнішні. Її особисті конструкти ригідні, їх вона сприймає як факти;
- 3) вільніше вираження себе як об'єкта. Навіть переживання щодо себе людина описує як об'єкти. Більше виражає наявні почуття й особисті значення. Багато клієнтів звертаються по терапію на рівні третьої стадії;
- 4) опис почуттів як об'єктів у теперішньому часі, періодичне вираження їх у теперішньому часі. Людина може виявляти

відчуття власної відповідальності за проблеми. Близькі стосунки розцінює як небезпечні, але час від часу наважується на них. Більшість терапій відбуваються на рівні четвертої стадії;

- б) вільне вираження клієнтом своїх почуттів, що реально існують. Особисті значення або почуття, які раніше він не допускав до усвідомлення, є дуже близькими до безпосереднього переживання — часом зі страхом, недовірою чи здивуванням. Клієнт знає, що він щось переживає, але не впевнений у суті переживань. Прагне бути не тільки власником своїх почуттів, а й собою справжнім. Підвищується визнання розбіжності між актуальним переживанням і уявою про себе. Часто вдається до внутрішнього діалогу;
- б) вирішальна для змін стадія. Найсуттєвішим її елементом є переживання почуттів, які клієнт заперечував до усвідомлення. Він уже не ставить до себе як до об'єкта. Концепція Єства стає переживанням, плинним процесом, який весь час змінюється;
- г) позбавлення від страху переживати почуття не лише у терапії, а й у повсякденних стосунках. Єство людини є суб'єктивним усвідомленням того, що вона реально переживає. Однак ідеальних результатів психотерапії не всім і не завжди вдається досягти.

Техніки центрованої на особистості терапії

Техніки клієнт-центрованого підходу (центрованої на особистості терапії) не є способом дії, це — спосіб буття з клієнтом; їх не можна розглядати відірвано від умов терапевтичних змін. Найпоширенішими є такі техніки: запитання, заохочення і підтримка, відображення змісту та ін.

Запитання. Терапевту необхідна інформація про клієнта, отримання якої неможливе без опитування. Для цього потрібно вміти ставити запитання, передусім відкриті. Такі запитання передають клієнтові відповідальність за бесіду і спонукають його досліджувати свої установки, почуття, думки, цінності і поведінку. Не всім клієнтам легко відповідати на відкриті запитання, в деяких вони підвищують відчуття загрози і посилюють занепокоєність. Крім того, опитування як основна техніка психотерапії перетворює її на слідство. За таких обставин у клієнта може виникнути думка, що його не стільки прагнули зрозуміти, скільки випитували.

Кожне запитання має бути обґрунтованим і мати чітке усвідомлення мети. При формуванні запитань варто враховувати такі особливості:

1. Запитання «Хто?», «Що?» найчастіше орієнтовані на факти, збільшують ймовірність фактологічних відповідей.
2. Запитання «Як?», «Яким чином?» більше орієнтовані на людину, її поведінку і внутрішній світ.
3. Запитання «Чому?» може провокувати захисні реакції, його слід уникати в терапії.
4. Запитань, у які вмонтовано інші запитання, слід уникати. Наприклад, «Як ви розумієте свою проблему і чи не думали ви про свої проблеми коли-небудь раніше?», «Чому ви п'єте і сваритеся зі своєю дружиною?». В обох випадках клієнтові може бути незрозуміло, на яке запитання відповідати, оскільки відповіді на кожну частину подвійного запитання можуть бути різними.
5. Не можна запитанням випереджувати відповідь клієнта. Наприклад, запитання «Чи все у вас гаразд?» найчастіше спонукає до стверджувальної відповіді.

Урахування цих особливостей дасть змогу викликати у клієнта довіру, забезпечити успіх терапії.

Заохочення і підтримка. *Заохочення* — мінімальний спосіб підтримки викладу клієнтом власної історії, забезпечення пливності бесіди; *підтримка* — підбадьорювання клієнта в момент сумнівів чи нерішучості, висловлення симпатії чи надії. Підтримка є основою консультативного контакту, оскільки сприяє його створенню і закріпленню.

Підбадьорити клієнта можна короткою фразою, яка означає згоду чи/і розуміння: «Продовжуйте», «Так, я розумію», «Добре». Поширеною є така реакція заохочення: «Угу», «Гм-м-м», що можна витлумачити: «Продовжуйте, я поряд з вами, я уважно слухаю вас». Атмосфера підтримки, в якій клієнт відчуває себе вільно, дає змогу досліджувати аспекти Самості, які викликають тривогу.

Важливим компонентом підтримки клієнта є заспокоювання, яке разом з підбадьорюванням допомагає повірити в себе і змінювати деякі аспекти Самості, випробовуючи нові способи поведінки. Таку роль можуть виконувати фрази терапевта: «Дуже добре», «Час від часу кожен відчуває себе так, як ви», «Я не впевнений, але думаю, що ви можете спробувати», «Це буде нелегко» тощо.

Заспокоювання можна використовувати правильно і неправильно. Помилкою заспокоювання буває пропонування терапевтом себе як «опори» тривожному клієнтові, що обмежує його можливість самостійно розв'язувати свої проблеми. Зростання особистості завжди пов'язане з почуттям невизначеності, певною дозою напруги і тривоги. Надмірне застосування заохочення і заспокоювання провокує залежність клієнта від терапевта.

Не варто вживати поширену фразу «Все буде добре», бо це може вселити клієнтові відчуття браку емпатії.

Відображення змісту. Для відображення змісту сказаного клієнтом необхідно перефразувати його висловлювання або узагальнити кілька висловлювань. Завдяки цьому він переконується, що його уважно слухають і розуміють.

Перефразування найприйнятніше на початку терапії, воно спонукає клієнта відкритіше обговорювати свої проблеми, але недостатньо поглиблює бесіду. При перефразуванні варто дотримуватися таких правил:

1. Перефразувати слід основну думку клієнта.
2. Не можна спотворювати чи підмінювати зміст твердження клієнта, а також додавати до нього щось від себе.
3. Потрібно уникати дослівного цитування клієнта, бажано його думки висловлювати своїми словами.

Добре перефразована думка клієнта стає коротшою, яснішою і конкретнішою, що допомагає йому зрозуміти зміст сказаного.

Узагальнення виражає основну ідею кількох малопов'язаних тверджень чи довгого висловлювання. Воно допомагає клієнтові систематизувати свої думки, згадати сказане, спонукає до розгляду значущих тем і сприяє послідовності терапевтичного процесу. Якщо перефразування охоплює щойно висловлене твердження клієнта, то узагальнення — фрагмент бесіди або навіть її всю.

Найчастіше використовують узагальнення у таких ситуаціях: терапевт хоче структурувати початок бесіди, щоб поєднати її з попередніми; клієнт говорить дуже довго і заплутано; одна тема бесіди вже вичерпана, і намічається перехід до наступної або наступного етапу бесіди; необхідно задати певний напрям бесіди; наприкінці зустрічі треба підкреслити суттєві моменти бесіди і сформулювати завдання до наступної зустрічі.

Відображення почуттів. Це віддзеркалювання і словесне означення вербально чи невербально виражених клієнтом емоцій з метою фасилітації їх відреагування і осмислення. Емоції та почуття у психотерапії виконують очисну функцію, стимулюють загоювання. Почуття не є самоціллю, хоча сильні почуття (страх, біль, тривога, жалість та ін.) сприяють досягненню мети.

Пізнання і відображення почуттів клієнта є однією з головних технік клієнт-центрованої психотерапії. Відображення почуттів пов'язане з перефразуванням висловлених клієнтом думок (міркувань). У намірах відобразити почуття клієнта терапевт уважно слухає його, перефразовує окремі твердження.

При запитанні про почуття клієнт часто розповідає факти з життя, а при запитанні про події життя не хоче ділитися інформа-

цією. Це посилює пріоритетність запитань про почуття у терапії, що є необхідною умовою підтримання терапевтичного контакту в особистісно-центрованому підході.

Терапевт, відображаючи почуття клієнта, концентрує увагу на суб'єктивних аспектах сказаного ним, прагнучи допомогти розібратись у своїх почуттях, пережити їх повніше, інтенсивніше та глибше. Він стає ніби дзеркалом, у якому клієнт може побачити зміст і значення своїх нерідко суперечливих почуттів, що допомагає йому краще розібратися в них і завдяки цьому полегшити подолання внутрішніх конфліктів.

У відображенні почуттів під час психотерапії терапевт повинен якомога повніше і точніше їх ідентифікувати. Не обов'язково відображати чи коментувати будь-яке почуття клієнта — кожна дія терапевта має відповідати терапевтичній меті. При цьому обов'язково слід звертати увагу на почуття, якщо вони викликають проблеми в терапії, можуть підтримати клієнта і допомогти йому. Наприклад, озлобленість клієнта може блокувати нормальне спілкування, тому слід звернути на неї увагу («Сьогодні ви здаєтесь надто злим»), щоб обговорення сприяло усуненню перешкод для підтримання терапевтичного контакту. Таке обговорення допоможе клієнтові усвідомити можливість нормалізації своїх негативних почуттів чи зменшити їхню інтенсивність. Важливо допомогти клієнтові виразити свої негативні почуття ще і тому, що відкрито виражене йому легше буде контролювати.

Терапевт повинен виражати і власні почуття у процесі роботи. Вони є своєрідним резонансом на переживання клієнтів. Вслухаючись у свої почуття, які виникають під час терапії у відповідь на поведінку клієнта, терапевт може отримати багато цінної інформації про нього. Вираження почуттів допомагає підтримувати глибокий емоційний контакт, в умовах якого клієнт краще розуміє, як інші люди реагують на його поведінку. При цьому терапевт повинен виражати почуття, пов'язані лише з темою бесіди. Інколи клієнт прагне отримати інформацію про почуття терапевта. На запитання «Я хотів би дізнатись, як ви почуваетесь зі мною?» не потрібно поспішати відповідати, варто самому поставити запитання «Чому ви запитуєте мене про це?», «Що ви про це думаете?». У терапії завжди значущішими є почуття клієнта, а не терапевта.

Мовчання. Більшість людей ніяковіє, коли переривається бесіда і настає тиша. Терапевт-початківець також почуваетесь незатишно, коли в розмові виникають паузи, вважаючи, що він постійно повинен щось робити. Уміння мовчати і використовувати тишу з терапевтичною метою — одна із найважливіших

навичок терапевта. Попри те що тиша в терапії інколи означає порушення терапевтичного контакту, вона може бути і глибоко осмисленою. У роботі чутливого до різних смислів тиші терапевта, який уміє свідомо створювати та використовувати паузи в терапії, мовчання збільшує емоційне взаєморозуміння з клієнтом, дає змогу клієнтові «зануритися» в себе, вивчити свої почуття, установки, цінності та поведінку, зрозуміти свою відповідальність за розмову.

Мовчання в терапії може виражати:

1. На початку бесіди тривогу клієнта, погане самопочуття і розгубленість через факт терапії.
2. Зміну форми активності. Під час пауз клієнт може шукати потрібні слова, зважувати те, про що йшлося, оцінювати здогадки, які виникли під час бесіди. Терапевту також вони потрібні для обдумування бесіди і формулювання важливих запитань. Періодичні паузи роблять бесіду цілеспрямованою, оскільки в цей час подумки виявляються її суттєві моменти, резюмуються основні висновки.
3. Сподівання клієнта і терапевта на продовження бесіди.
4. Пошук виходу учасниками бесіди із глухого кута або нового її напрямку.
5. Опір клієнта процесу терапії. Його поведінка може мати маніпулятивний смисл: «Я можу сидіти як камінь і подивлюсь, чи вдасться йому (терапевту) зрушити мене».
6. Уникнення клієнтом обговорення найважливіших питань, які посилюють його тривогу.
7. Глибоке спілкування, осмисленіше і красномовніше, ніж слова.

Коли клієнт замовкає і мовчання триває довго, доцільне зауваження терапевта: «Ви, здається, дуже задумались. Чи не хотіли б поділитись тим, що відчуваєте?», «Що важливого для себе чуєте в цьому мовчанні?». При цьому слід мати на увазі, що клієнт особисто відповідає за припинення мовчання.

Терапевтичної мети можна досягнути і шляхом надання клієнту інформації: терапевт висловлює свою думку, відповідає на запитання клієнта та інформує його про різні аспекти обговорюваних проблем. Клієнти можуть ставити найрізноманітніші запитання. Особливо суттєвими є запитання, за якими криється тривога про майбутнє, адорів'я: «Чи зможу я мати дітей?», «Чи успадкуюється рак?». До них слід ставитися серйозно, а відповіді на них добре обдумувати. У жодному разі не можна реагувати на питання жартом чи уникати відповіді. За такими запитаннями приховані особисті проблеми, тривоги і страхи клієнтів. Найраціональніше —

проявляти компетентність і уникати спрощень, щоб не втратити довіру клієнтів і не посилювати їхню тривогу.

Інтерпретація. Полягає в наданні додаткового значення чи нового пояснення внутрішнім переживанням, зовнішнім подіям клієнта, пов'язуваним розрізнених ідей, емоційних реакцій і вчинків, побудові причинного зв'язку між психічними явищами. Ця техніка асоціюється передусім із психоаналітичним напрямом, де інтерпретаційні техніки провідні.

У центрованої на особистості психотерапії ухиляються від прямих інтерпретацій, здатних позбавити клієнта відповідальності за процес терапії. Психотерапевт може використати такі інтерпретаційні прийоми:

- пов'язування останніх подій, думок і переживань з минулим, щоб допомогти клієнту побачити зв'язок актуальних проблем і конфліктів з попередніми травматичними ситуаціями;
- надання клієнтові іншої можливості розуміння його почуттів, поведінки чи проблем.

Клієнтові легше приймати інтерпретації, сформульовані як припущення, якщо він має змогу не погоджуватися з ними і відкидати їх. Найкраще інтерпретаційні положення починати словами «гадаю», «ймовірно», «чому б нам не спробувати подивитись так» тощо.

Конфронтація. Це будь-яка реакція терапевта, спрямована на прояви інконгруентності клієнта. Найчастіше вона є реакцією на подвійну поведінку клієнта (ігри, хитрощі, вибачення) — все те, що заважає йому бути самим собою в терапевтичних стосунках. Конфронтацією намагаються показати клієнтові способи психологічного захисту у пристосуванні до життєвих ситуацій, однак вони обмежують становлення його особистості.

Конфронтацію в терапії використовують з такою метою:

- 1) звернути увагу клієнта на суперечності в його поведінці, думках і почуттях або між думками і почуттями, намірами і поведінкою тощо;
- 2) побачити ситуацію такою, якою вона є насправді, всупереч уявленням про неї клієнта. Наприклад, клієнтка скаржиться: «Мій чоловік знайшов роботу, пов'язану з тривалими відрядженнями, бо не любить мене». Насправді чоловік змінив роботу на вимогу дружини після тривалих сварок, оскільки на попередній роботі мало заробляв. Тепер він заробляє достатньо, зате рідко буває вдома;
- 3) звернути увагу клієнта на його ухиляння від обговорення деяких проблем. Наприклад, терапевт висловлює клієнту

свій подив: «Ми вже двічі зустрічались, але ви нічого не говорите про своє сексуальне життя, хоча під час першої зустрічі виокремили його як найважливішу проблему. Щоразу, коли ми наближаємося до основної теми, ви відступаєте. І я ось думаю, що б це могло означати?».

Конфронтація вимагає від терапевта витонченості і досвідченості. Її часто сприймають як звинувачення, тому її можна застосовувати за достатньої взаємної довіри, усвідомлення клієнтом, що терапевт розуміє його і піклується про нього.

У використанні техніки конфронтації наявні такі обмеження:

- а) конфронтацію не можна використовувати як покарання клієнта за неприйнятну поведінку;
- б) конфронтація не має руйнувати механізми психологічного захисту клієнта. Її призначення — допомогти клієнтові розпізнати способи, якими він захищається від усвідомлення реальності. Стиль психологічного захисту інформує про особистість клієнта, тому важливішим є розуміння, а не руйнування, яке дратує клієнта і викликає його опір. У терапевтичній взаємодії бажано частіше використовувати фрази: «мені здається», «будь ласка, спробуйте пояснити», «якщо я не помилюсь», які виражають певні сумніви терапевта і пом'якшують тон конфронтації.

Одним з видів конфронтації є переривання розповіді клієнта. Дозволивши клієнтові вільно розповідати, терапевт не має забувати, що не всі відомості однаково важливі, а деякі теми чи питання слід поглибити. Якщо клієнт змінив тему, терапевт може зауважити: «Я помітив, що ви змінили тему. Ви спеціально це зробили?». Часте переривання розповіді небажане.

Саморозкриття. Воно передбачає здатність поділитися з клієнтом власним досвідом (надання інформації про себе і про події власного життя), безпосереднє вираження у стосунках з ним почуттів і бажань, ідей і фантазій, які виникають і переживаються безпосередньо в процесі терапевтичних стосунків.

У вираженні своїх безпосередніх реакцій щодо клієнта чи ситуації психотерапевт повинен керуватися принципом «тут-і-тепер», не зловживати відвертістю. Не варто ділитися кожним пережитим почуттям, спогадом чи фантазією. У саморозкритті дуже важливий чинник часу — потрібно впіймати момент, не забуваючи, що в центрі уваги завжди клієнт і його переживання. Техніка саморозкриття придатна лише за наявності хорошого контакту з клієнтами, як правило, на пізніх етапах терапії.

Зміни в структурі Самості. Структурно цілісна особистість (після психотерапії) суттєво відрізняється від особистості, яка перебуває у стані психологічної напруги (до психотерапії) (рис. 2.2).

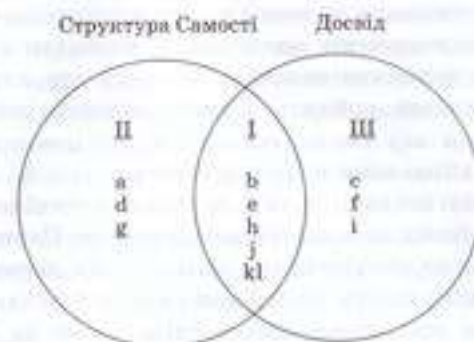


Рис. 2.2. Особистість до психотерапії

«Досвід» — це поле безпосереднього сенсорного і внутрішнього досвіду. Його можна порівняти із загальним полем психічних явищ у дитини. Воно охоплює все, що індивід переживає за допомогою органів чуття. Ця сфера рухлива і постійно змінюється.

«Структура Єства» охоплює все, що визначає структуру (концепцію) Єства, Я: моделі сприймання і установок індивіда, а також пов'язані з ними значення. Структура Єства доступна усвідомленню.

Усередині «Зони I» — Я-концепція і Я-в-концепції, конгруентні або узгоджені з даними, отриманими в результаті сенсорного і внутрішнього досвіду.

«Зона II» є ділянкою феноменального поля, на якому міститься спотворений у символізації соціальний чи інший досвід, що сприймається як частина особистого досвіду індивіда. Сприймання, уявлення, отримані від батьків та інших суб'єктів оточення, фігурують у феноменальному полі як продукт власних сенсорних даних.

«Зона III» охоплює сенсорний і внутрішній досвід, що не допускається у свідомість через його несумісність зі структурою Єства (Я-концепцією).

Літерами у колах позначено елементи досвіду:

- а) «Я зовсім не пристосована мати справу з технікою, і це є одним зі свідчень моєї непристосованості взагалі». Концепція нав'язана ззовні, зміст її індивід запозичив у батьків. Зміст висловлення сприймається так, ніби йдеться про безпосередній сенсорний досвід невдачі в поводженні з будь-якою технікою, але реальний досвід був таким: «Батьки вважають мене непристосованою до поводження з технікою», а спотворена символізація надала йому значення: «Я

не пристосована до поводження з технікою». Головна причина спотворення полягала в необхідності захисту від загрози втратити важливу частину структури Самості — «батьки мене люблять». Звідси виникає почуття: «Я хочу визнання від своїх батьків, тому повинна почуватися такою, якою вони мене вважають»;

- b) «Я зазнаю невдачі, коли маю справу з технікою». Це безпосередній досвід, пережитий неодноразово. Переживання асимільовані в структуру Єства, оскільки поєднуються з нею;
- c) успішний досвід у здійсненні складної механічної операції. Йдеться про сенсорний досвід, який не поєднується з Я-концепцією, тому він не може бути допущений безпосередньо до сфери усвідомлення. Людина не може сприйняти відчуття на зразок: «Я переживаю успіх при виконанні механічних операцій», бо таке сприймання дезорганізує структуру Самості. У цьому разі здається майже неможливим цілковите блокування подібного досвіду від його потрапляння до сфери свідомості, оскільки сенсорні дані очевидні. Тому його «попередньо сприймають» як загрозовий і допускають у свідомість в такому спотвореному вигляді, який дає змогу усунути загрозу для структури Єства. У підсумку цей досвід постає у свідомості приблизно так: «просто пощастило», «все саме стало на свої місця», «я б не зміг повторити це». Така спотворена символізація могла б зайняти місце в зоні II схеми, бо вона поєднується з Я. Справжній досвід не потрапляє до сфери свідомості у формі точної символізації, тому залишається в зоні III;
- d) «Я не відчуваю щодо свого батька нічого, крім ненависті, і в цьому я морально права». Батько покинув матір, і не дивно, що донька інтроєктувала II почуття, концепцію стосунків і відповідну їй оцінку як зумовлену власним сенсорним і внутрішнім досвідом;
- e) «Я переживала відразу до батька при спілкуванні з ним». Зустрічаючись з батьком, дочка зустрічалась з елементами його поведінки, яких не схвалювала. Це був безпосередньо сенсорний досвід, поєднаний зі структурою Самості й асимільований нею. Тут все узгоджується із загальною структурою особистості;
- f) досвід позитивних почуттів до батька. Такі переживання були, але повністю не поєднувались із загальною структурою Єства. Тому вони не потрапляли у сферу усвідомлення. Лише надзвичайно спотвореними вони з'являлися у свідомості. Жінка могла допустити сприймання на зразок:

«Інокли я буваю схожа на батька, і мені соромно». Крім того, вона перебільшувала свою ненависть до батька, що слугувало захистом від проникнення у свідомість таких переживань. Такий висновок можна зробити зовні її феноменального поля. Про це свідчить той факт, що іноді вона може сприймати це вже зсередини власної системи референцій;

- j) «Я чую, як інші говорять, що у мене високий зріст. Але й з інших джерел я знаю, що люди вважають мене високою». У цьому разі установка інших не нав'язана; йдеться про сприймання того, що є, про сенсорний досвід, який розгортається в полі соціальних стосунків і точно символізується;
- k) «Я відчуваю себе високою порівняно з іншими»;
- l) «Я дуже рідко потрапляю в таку групу, в якій відчуваю себе нижчою зростом за інших».

Описи j, k, l представляють три види сенсорних даних, кожний з яких допускається до свідомості. Установки інших сприймаються відсторонено, не як власний досвід. Дані про високий зріст, отримані через сенсорний досвід, приймаються до усвідомлення; випадкове суперечливе свідчення також усвідомлюється і впливає на Я-концепцію. В індивіда є єдина, надійна Я-концепція людини, котра перевищує зростом більшість людей, заснована на кількох типах даних, що допущені до усвідомлення.

Рисунок 2.2 ілюструє висновок, що в аналізованих випадках приховане сильне потенційне психологічне напруження клієнта. У ній помітна значна невідповідність між сенсорним і внутрішнім досвідом організму та структурою Єства. При цьому надбання досвіду не потрапляють до сфери свідомості, а структура Єства допускає усвідомлення і того, що не відповідає дійсності. Відчування чи невідчування таким індивідом у собі неузгодженості психологічної регуляції залежить від його середовища. Якщо оточення підтримує «квазіелементи» структури його Єства, клієнт ніколи не розумітиме силу напруження, що приховується в його особистості, навіть якщо він є вразливим. Якщо культура підтримує його Я-концепцію, то і він до себе ставитиметься позитивно. Клієнт переживатиме напругу і тривогу, відчуватиме свою психологічну неадекватність, якщо культура або сенсорні дані дадуть йому хоча б ледь помітне відчуття невідповідності всередині особистості. Таке усвідомлення чи тривога може з'явитися й у винятково сприятливих умовах, якщо межі самоорганізації індивіда не такі жорсткі, а досвід (зазвичай він не потрапляє до сфери усвідомлення) сприймається розмито.

емпатійного розуміння. Цілковите прийняття і емпатійне розуміння є недосяжним ідеалом.

Показання до клієнт-центрованої терапії. Центровану на особистості психотерапію застосовують, якщо в клієнта наявні порушення, в основі яких психологічна інконгруентність. Терапевтичний процес може відбутися за умови, що клієнт, принаймні на рівні розуміння, може наблизитись до своєї інконгруентності, виявляє готовність дослідити поведінку зі своїми переживаннями в терапевтичних стосунках. Центрованої на особистості підхід ставить на перше місце суб'єктивні показання: як саме цей терапевт може працювати із саме цим клієнтом.

Клієнт-центровану терапію рекомендують для роботи з клієнтами, які страждають на депресію, фобічні і тривожні розлади, ранні порушення. Займається вона і сімейними проблемами (сімейно-центрована терапія); в цьому разі йдеться про міжособистісне переживання конгруентності та інконгруентності членів родини стосовно сімейних концепцій.

Індивідуальна терапія буває короткою (приблизно 20 сесій) або тривалою (100 і більше сесій). Зустрічі відбуваються раз на тиждень, хоча залежно від проблеми та вибору клієнта можливі різні варіанти.

Групова терапія в центрованої на особистості парадигмі. Завдання психотерапевтичних груп — полегшити учасникам вираження їхніх почуттів і думок. Оптимальним результатом групового процесу є досягнення учасниками усвідомлення та глибшого розуміння власних переживань і реакцій та реакцій інших людей. Кожний учасник формує внутрішні критерії оцінювання того, що для нього добре, корисно тощо. Коли людина усвідомлює власні почуття, вона має змогу зрозуміти інших, стає впевненою в собі і починає ставитися до іншої людини як одна незалежна особистість до іншої незалежної особистості. У групі створюється клімат безпеки, в якому поступово розширюється свобода висловлювань і зменшується сила захисних процесів. У таких умовах можливість змін стає менш загрозливою для індивіда.

Сучасні напрями центрованої на особистості терапії. Крім класичної «роджеріанської» (центрованої на особистості) психотерапії, в сучасному світі розвиваються різноманітні її модифікації. Клієнт-центровану терапію розуміють як «пропозицію вступити в стосунки» за наявності базових терапевтичних умов або як «особистісну зустріч».

У «клінічно» орієнтованих варіантах головний акцент роблять на адекватному пізнанні і розумінні різних видів інконгруентності або типових форм розладів поведінки. При виборі

моделі «розуміння через співпереживання» терапевт повинен мати знання про психічні та психологічні порушення та їхнє виникнення («специфіка порушень в клієнт-центрованій терапії»), а також про історію захворювання клієнта.

Терапія переживаннями зосереджує увагу на заохоченні, поглибленні та розкритті внутрішнього переживання клієнта; робота з тілесним резонансом зосереджена на проблематичних емоційних схемах. Цілеспрямована розмовна терапія орієнтує на адекватне глибинне переживання. Претерапія є спеціалізованою концепцією роботи з психотичними клієнтами щодо встановлення контакту.

Центрована на особистості терапія поширена в усьому світі, хоча після смерті К. Роджерса цей метод психотерапії пережив кризу.

Заяпитання. Завдання

1. Назвіть особливості клієнт-центрованої терапії, що відрізняють її від інших методів.
2. Вкажіть основні поняття центрованої на особистості психотерапії.
3. Охарактеризуйте техніки клієнт-центрованого підходу.
4. Назвіть етапи терапії.
5. Охарактеризуйте такі способи взаємодії терапевта і клієнта, як заохочення і підтримка.
6. Охарактеризуйте такі техніки клієнт-центрованої психотерапії: перефразування, узагальнення, відображення почуттів, мовчання.
7. Охарактеризуйте такі техніки клієнт-центрованої психотерапії: інтерпретація, конфронтація, саморозкриття.

2.4. Психодрама

Припущення, що дослідження відчуттів, формування нових стосунків і моделей поведінки ефективніші при використанні дій, реально наближених до життя, стало підґрунтям психодрами.

Психодрама — терапевтичний груповий процес, у якому драматична імпровізація сприяє вивченню внутрішнього світу клієнта.

Вона є рольовою грою, але з імпровізованим сюжетом; видом драматичного мистецтва, який відображає актуальні проблеми клієнта, а не створює уявні сценічні образи. У психодрамі

штучний характер традиційного театру замінює спонтанна поведінка учасників. Сцени ніби реально відбуваються, що забезпечує їх доступність для сприймання, створює передумову для зміни свого життя «тут-і-тепер». Як метод групової психотерапії психодрама використовує сценічну форму дії і драматургічну лексику.

Становлення і розвиток психодрами

До становлення психодрами доклав зусиль засновник соціометрії Якоб-Леві Морено (1892—1974). Він сприймав науку, політику і мистецтво як органічну єдність. Студентом обґрунтував проект організації груп самопомоги для самотніх повій Відня, котрий, як він вважав, започаткував рух групової психотерапії. Головну увагу Я.-Л. Морено зосередив на динамічних внутрігрупових чинниках як засобах надання допомоги жінкам в пізнанні ними своїх особистісних цілей. Групові заняття допомогли усвідомити роль чотирьох основних елементів, які стали основою групової психотерапії: автономність групи, наявність групової структури, колективність і анонімність. У 1916 р. Я.-Л. Морено почав працювати над проектом організації груп самопомоги для адаптації до нових умов італійських селян, вимушених змінити місце проживання. На основі отриманих даних він розробив методики групової соціометрії, які згодом стали основою системи психодрами та групової психотерапії.

Уявлення про драму як терапевтичний метод виникло в результаті театрального експерименту «Спонтанний театр», розпочатого Я.-Л. Морено у Відні після Першої світової війни. Уперше він задумався над роллю ігрових методик, спостерігаючи, як діти в іграх втілюють свої фантазії. Ігровий принцип Я.-Л. Морено зробив ядром психодрами, створивши «спонтанний театр» як ще один вид розваги. Спочатку він зосереджувався на реалізації творчого Я в «театрі життя» як просторі безмежних можливостей для вільного вираження емоцій, отримання драматичного релігійного досвіду, можливого тільки у «храмі театру».

Ідея психодрами як лікувального методу виникла в Я.-Л. Морено після розповіді однієї актриси про свої конфлікти з нареченим. Він поставив почуту історію на сцені. Цей крок виявився значущим і для наречених, і для інших акторів. Згодом Я.-Л. Морено зайнявся формалізованішими експериментами, розробляючи різноманітні прийоми, які стали істотною частиною психодраматичного підходу. У 1925 р., переїхавши в США, він продовжив розвивати його в роботі з дітьми Плімутського інституту Нью-Йорка. Одночасно працював над методиками соціометричного

аналізу, обстежуючи ув'язнених, а також дітей-правопорушників, які навчалися в підготовчій школі. Результатом досліджень терапії груповою взаємодією стала побудова соціограм. У 1929 р. Я.-Л. Морено розпочав здійснення першої програми «відкритої» психодрами в любительській трупі Карнегі-холу. У 1934 р. видав монографію «Застосування групового методу для класифікації», в якій розкрив зміст термінів «групової терапії» та «групової психотерапії». Обговорення її привернуло увагу до групової психотерапії Американської психіатричної асоціації.

Методика психодрами

Я.-Л. Морено вважав психодраму методом, що допомагає проживати життєві ситуації і виходить далеко за межі психотерапії. Основними елементами психодрами є:

- 1) протагоніст — учасник психодраматичної дії, який упродовж сесії досліджує деякі аспекти своєї особи;
- 2) режисер — особа, яка разом із протагоністом визначає спрямування процесу і, виступаючи в ролі «терапевта», створює умови для постановки будь-якої індивідуальної драми;
- 3) допоміжні (додаткові) Я — учасники групи (котерапевти), які грають ролі значущих для протагоніста людей, сприяючи розвитку драматичного процесу;
- 4) глядачі — частина групи, яка не бере безпосередньої участі в драмі. Вони також є активними і позитивно залученими в процес, отримують від психодрами і задоволення, і користь;
- 5) сцена — простір, у якому відбуваються події психодрами. Я.-Л. Морено побудував складний сценічний майданчик, призначений для розігрування драми на кількох рівнях;
- 6) рольова гра — виконання будь-якої ролі в любительському уявленні. Використовується в різних терапевтичних підходах, особливо інтенсивно — в гештальттерапії та поведінковій терапії з метою вивчення та вдосконалення бажаної і адаптивної поведінки;
- 7) соціограма — спеціальна схема міжособистісних стосунків, що відображає спрямованість атракції, відкидання і байдужості в групі. Я.-Л. Морено не вважав гру чимось задалегідь підготованим, гадав, що кожна людина якоюсь мірою є актором, який діє в різних ролях, зумовлених статусом, ситуацією, інтересами тощо.

Психодрама визнає природну здібність людей до гри і створює умови, в яких індивідууми, виконуючи ролі, можуть творчо

працювати над особистісними проблемами і конфліктами. На цій підставі її автор протиставляв психодраму пасивності психоаналізу, будучи переконаним, що вона дає змогу активно експериментувати з реалістичними і нереалістичними життєвими ролями. З метою дослідження особистісно значущого матеріалу він дозволив учасникам психодраматичного заняття грати будь-яку роль.

Між виконанням ролі в психодрамі та грою в справжньому театрі Я.-Л. Морено бачив кардинальну відмінність, оскільки професійні актори грають текст п'єси, повинні зміти перевтілюватися в персонажів, виконуючи роль саме в театральному уявленні. У психодраматичному уявленні акторство може бути перешкодою.

Головною особливістю психодрами є розігрування її на сцені людської душі, також їй властиві такі ознаки:

1. Психодрама наближається не до сучасного, а до давнього театру «містерій».
2. Драматичне дійство — спонтанне переживання людиною реальних почуттів, думок, ідей в умовному просторі сцени.
3. «Драматичне» у психодрамі — не театральна заданість, а рольова гнучкість. Театральні ролі перетворюють на дійство текст, відображають погляди драматурга, режисера та виконавця. Свобода виконавця щодо зміни ролі обмежена.
4. Учасникам психодрами не треба вчитися акторської майстерності.
5. Мета психодрами — пошук ефективних шляхів розв'язання психологічних проблем.

Залежно від мети існують різні форми психодрамотерапії: психодрама, центрована на протагоністі; психодрама, центрована на темі; психодрама, спрямована на групу; психодрама, центрована на групі; імпровізаційна гра; рольова гра; ситуаційна гра; соціодрама.

За спостереженням Я.-Л. Морено, безліч людей реалізує рольову поведінку в житті так, як актори в театрі: у них відсутня спонтанність; вони залучені в безглузді ритуали; поведуться так, як того вимагає оточення. Вони можуть, наприклад, однаково ввічливо усміхатися і в радості, і в горі, не відкриваючи нікому свої емоційні переживання. Психодрама допомагає подолати моделі поведінки. На відміну від традиційного театру вона заохочує вивчення реальних і важливих для учасників ролей. Сценарій і постановка є результатом роботи не автора і режисера, а її учасника.

Класична психодрама складається з трьох фаз (стадій): розігріву, драматичної дії і шерингу. Кожна з них є цілісним і автономним психодраматичним процесом.

Розігрів. Він сприяє спонтанності та творчій активності учасників групи. Психодрама має створювати умови для розвитку і використання особистісного потенціалу кожної людини (учасників, режисера) у пошуку власних шляхів подолання внутрішніх і зовнішніх життєвих труднощів.

Розігрів полегшує спілкування, посилюючи відчуття довіри і належності до групи за допомогою різних технік, що допомагає поліпшити групові взаємодії і взаєморозуміння (знайомство, обмін життєвим досвідом, різні варіанти тактильного контакту і невербальної комунікації). Таке спілкування посилює групову згуртованість, даючи змогу кожному отримати уявлення про переваги та характерні якості учасників групи. Ця стадія психодраматичного процесу має багато спільного з тим, що відбувається у групах зустрічей або на сесіях драмотерапії, а також із підготовкою до будь-якої діяльності.

Розігрів допомагає учасникам сконцентрувати увагу на особистих проблемах, над якими вони хочуть попрацювати впродовж психодраматичної сесії. Після розігріву, центрованому на протагоністі, хтось із учасників групи, імовірно, виявить ініціативу розіграти свою драму.

Досвідчений психотерапевт володіє різноманітними техніками розігріву, постійно розвиваючи їх з огляду на специфіку конкретних груп і метод діяльності з ними.

Після розігріву один або кілька учасників прояснюють для себе проблеми (з різним ступенем упевненості і фокусування), які мають намір досліджувати під час сесії. У цей момент необхідно обрати когось із учасників на роль протагоніста (провідного актора). Іноді зрозуміло, хто з учасників за своїм емоційним станом найбільше відповідає цій ролі. На роль протагоніста може претендувати кілька осіб. Тоді за допомогою спеціальної техніки режисер і група обирають одного протагоніста на сесію (голосуванням учасників групи, домовленістю претендентів, за вибором режисера). Незалежно від способу вибору протагоніста дуже важливо, щоб його підтримала група.

Драматична дія. Під час неї протагоніст (за підтримки та з допомогою режисера) досліджує проблеми, що виявилися для нього актуальними в процесі розігріву. У зв'язку з відсутністю сценарію постановки драми кожен момент драматичної дії потребує спонтанної творчості протагоніста, допоміжних осіб і режисера. Як правило, вона починається із прояснення й уточнення теми дослідження. Відбувається це в розмові режисера і протагоніста, яка загальними ознаками нагадує укладення контракту. Перші слова протагоніста слід вислухати дуже уважно («У мене

завжди виникають труднощі з чоловіками»; «Під час розігріву мені згадалось, як я хвилювалась учора увечері, подивившись телепередачу про сексуальне насильство»). «Контракт» між протагоністом і режисером допомагає сфокусуватися на темі дослідження впродовж сесії.

Психодрама — сценічний процес, тому дія швидко переходить у драму. Протагоніст і режисер ухвалюють спільне рішення щодо сцени, з якої почнеться драма, після цього протагоніст відповідно до свого опису береться до її побудови. Особливих декорацій вона не потребує. Наявність телевізора, меблів чи інших речей можна окреслити словами або символічно позначити стільцями. Також цілком достатньо докладного опису фізичного простору. На цьому етапі протагоніст отримує змогу актуалізувати особисті спогади і переживання, пов'язані з тим місцем. Мовленнєве відтворення подій минулого протагоніст здійснює в теперішньому часі. Режисер заохочує його до дії, а також визначає дійових осіб із найближчого оточення протагоніста, потрібних для розігрування конкретної сцени (батьки, брати, сестри, співробітники), і просить обрати учасників на всі необхідні ролі. Вибір претендентів на ролі не випадковий. За допомогою «теле» (сукупність чуттєвих стосунків між всіма учасниками) протагоніст відчуває, хто з присутніх у той момент може зіграти у драмі ролі значущих для нього людей. При цьому вікові та статеві обмеження не мають принципового значення. Вибір кандидатів на ролі відбувається на основі делікатніших і складніших чинників.

Після побудови сцени і розподілу ролей дія продовжується. Якщо драма починається зі сцени, актуальної для часу, в якому вона розгортається (наприклад, стосунки між протагоністом і його дружиною), то відносини між протагоністом і допоміжними особами можуть відтворювати зовнішню реальність. Після того як у процесі розігрування стають зрозумілими психологічні мотиви, режисер може перейти до дослідження стосунків із значущими людьми в минулому протагоніста. Для такого переходу може слугувати запитання «Вам згадуються випадки в житті, коли доводилося стикатися з подібними труднощами?».

У наступній сцені можуть бути відтворені стосунки протагоніста з його подругою в підлітковому віці. Далі постають підстави для психодраматичного переходу до дитячих стосунків протагоніста (наприклад, з матір'ю). Між усіма сценами за такої послідовності існують логічні зв'язки, специфічні для індивідуальної психології протагоніста і його особистісних проблем. Кожна сцена драми має відповідати епізодам з минулого протагоніста, які він згадує на момент сесії. З відхиленням драматичної дії від цього

шляху режисер повинен допомогти протагоністові і допоміжним особам відновити її відповідність меті.

Психотерапевт має шанс, використовуючи свій клінічний досвід, перейти в уявний простір («надреальність»), де можуть розгортатися події, які ніколи не відбувалися, і звучати слова, які ніхто ніколи не чув (переживання людиною материнської уваги і турботи під час психодраматичної дії, хоча її дитячі роки в сім'ї були наповнені болем і відчаєм, спричиненими батьківським свавіллям). Можливе програвання ситуацій, яких ніколи не буде в майбутньому (протагоніст розмовляє з батьком, який помер багато років тому, або зустрічається з людиною, з якою немає жодної можливості вступити у близькі стосунки).

На завершальній стадії психодрами режисер може повернути драматичну дію до реальних стосунків (сцени, в якій розігруються події за принципом «тут-і-тепер») — на початок сесії. У результаті контакту із пережитими у минулому сильними відчуттями протагоніст отримує більше інформації про свою поведінку. Це допомагає йому випробувувати нові типи поведінки й інші варіанти виходу з ситуації, в якій опинилися його стосунки. Цей процес — «рольовий тренінг» протагоніста — зміцнює його впевненість у собі і своїй здатності справитися із ситуацією. Зовсім не обов'язково, щоб розігрувана дія була ренетцією поведінки в повсякденному житті. Величезне полегшення може принести вираження гніву на своїх батьків, співробітника тощо. Поза сесією така розрядка менш бажана.

У якийсь момент режисер може змінювати розігрування інших катарсичних чи драматичних епізодів, щоб у протагоніста залишилося відчуття завершеності драми.

Завдання *обговорення* — розширити простір уявлень та збільшити кількість ідей для протагоніста, що роблять учасники драми вербальним способом. Це надає можливість нового усвідомлення та рефлексії. Фази утворюють рольовий зворотний зв'язок й ідентифікаційний зворотний зв'язок.

Рольовий зворотний зв'язок забезпечують ті учасники, які грали ролі у розіграній драмі (від імені тих ролей, які вони виконували). Партнери по черзі описують протагоністові відчуття, що виникали упродовж виконання призначених їм ролей, а також при зображенні протагоніста та обміні ролями. Протагоніст виражає свої відчуття, які він пережив у різних ролях.

Зворотний зв'язок здійснюється безпосередньо після фази гри, коли пережиті партнерами в різних ролях психодрами відчуття ще свіжі й на них не нашаровуються поради, осмислення ситуації тощо. Завдяки вербальній фіксації почуттів, пережитих

у різних ролях, протагоніст бачить себе і свою поведінку в іншому ракурсі, ніж під час згадування і суб'єктивно забарвлених розповідей про те, що сталося. Рольовий зворотний зв'язок дає глибоке розуміння своїх проблем чи конфлікту.

В *ідентифікаційному зворотньому зв'язку* беруть участь глядачі і ведучий психодрами. Під час гри вони, як правило, отожднювали себе з протагоністом або з кимось із зображених осіб. Це дає додаткову важливу інформацію як щодо протагоніста, так і стосовно інших учасників.

Шеринг. Це остання стадія психодраматичного групового процесу. Усім учасникам групи пропонують поділитися своїми відчуттями, а також поміченою ними подібністю своїх переживань і життєвих ситуацій до переживань і життєвого досвіду протагоніста. Важливо, щоб під час шерингу учасники не «інтерпретували» проблеми, які відкрилися в поведінці й емоційному стані протагоніста, оскільки він у той момент може виявитися дуже вразливим. Я.-Л. Морено порівнював протагоніста під час шерингу з пацієнтом, який перебуває в реанімаційному відділенні після складної операції.

Упродовж шерингу учасники групи, які виконували допоміжні ролі, можуть «зняти їх із себе». У процесі драми деякі з них могли пережити надто сильні емоції (ролі батьків перед смертю або вже померлих), тому їм надзвичайно важливо висловити свої відчуття після виконання ролей. Часто такі відчуття виявляються позитивними — навіть після виконання потенційно негативної або деструктивної ролі. Полегшення можливе навіть від того, що така роль не властива людині в її повсякденному житті. Процес шерингу допомагає протагоністові, який може відчувати себе в ізоляції чи перебувати у крайній суперечливому стані, побачити спільність своєї ситуації з ситуаціями інших людей.

На цій стадії відчуттями і думками можуть поділитися й учасники групи, які під час психодраматичного процесу отримали сильні враження від того, що відбувалося. Режисер має змогу визначити, на кого з учасників групи драматична дія справила особливо сильне враження, щоб підтримати їх і надихнути на дослідження власних проблем у наступних психодраматичних сесіях. Відкрите обговорення у групі дає її учасникам відчуття впевненості і необхідну психологічну підтримку, а також сприяє прояву взаємних уваги і турботи всіма учасниками.

За допомогою сценічного розігрування епізодів зі свого життя (минулого, сьогодення, майбутнього) людина вступає в контакт з власним минулим і набуває необхідних у майбутньому навичок.

Процес-аналіз здійснюється після паузи, іноді — на наступному занятті. Події психодрами досліджують з позиції теорії ролей і соціометрії, а також розглядають в їх внутрішньому взаємозв'язку і зв'язку із світом. У багатьох випадках із процес-аналізу випливають підстави для вивчення ситуацій в наступних драмах, а також для психодраматичного дослідження можливостей особистісних змін.

Психодраматичні техніки

Під час психодрами режисер має змогу використовувати різноманітні технічні прийоми, надаючи протагоністові необхідну допомогу.

Обмін ролями полягає в тому, що протагоніст грає «іншого», а його допоміжне Я виступає в ролі протагоніста. Такий обмін розширює психодраматичний процес і допомагає іншим учасникам групи отримати уявлення про стосунки протагоніста із значущими для нього людьми через сценічне рольове розігрування цих стосунків. Він допомагає протагоністові поглянути на світ очима іншої людини і, перебуваючи в його ролі, відчути власну реакцію (яку у цей момент відтворює допоміжне Я) на навколишню дійсність. Це переживання може виявитися дуже сильним, бажаним і мати терапевтичний ефект. Окрім того, дуже корисним може стати обмін ролями, оскільки це допомагає протагоністові розвинути самоконтроль, якщо він переживає сильні або навіть несамопиті почуття до іншої людини. В результаті такого обміну протагоніст перебуває в альтернативній ролі, що розвиває його самоконтроль і дає змогу отримати про себе об'єктивніше уявлення. Обмін ролями виводить людину за звичні обмеження егоцентризму.

Дублювання полягає в приєднанні до протагоніста учасника психодрами, який з цієї миті активно включається у драматичну дію. Завдяки цьому він отримує необхідні ключі до несвідомого через тілесне сприйняття, оскільки повторює кожен дію протагоніста. Функція дублера — підтримавши протагоніста, допомогти йому виразити актуальний фізичний стан і реальні відчуття. Розвиваючи емпатійний зв'язок з протагоністом, дублер може словесно виразити його думки і відчуття, які виникають під час психодраматичної сесії, а також ті, які він у собі пригнічує. Ці думки і відчуття протагоніст може прийняти (в цьому разі він повторює сказане дублером, перефразовуючи і підбираючи звичні для себе слова і вирази) чи знехтувати, якщо не вважає їх адекватними. У кожному разі дублер, вловлюючи характерні для протагоніста думки і фрази, дедалі більше про

нього дізнається. Такі прийоми можуть допомогти протагоністові переформулювати сказане раніше («Ні, не так, а ось так...»), а також розширити і поглибити уявлення про себе. Через якийсь час протагоніст може усвідомити, що твердження дублера значно точніші, ніж здавалося раніше.

Монолог — це репліка, в якій протагоніст виражає свої приховані думки і почуття собі та аудиторії. Монолог допомагає протагоністові поглянути на свої емоції з боку, дослідити свої реакції на ситуацію, виявити протиріччя між тасмним і явним.

Виникнення у психодраматичній дії ситуацій і подій, які ніколи не відбувалися і не відбудуться, називають *надреальністю*. Одна з найсильніших сторін психодраматичного процесу полягає в сценічному втіленні таких ситуацій, що допомагає виправити пов'язані з ними страхи, емоції, фантазії і бажання. Переживання, що виникають в «надреальності», — це реалізація однієї з унікальних терапевтичних можливостей психодрами.

Психодраматичне дзеркало — ситуація, коли протагоніст перебуває на віддалі, спостерігаючи за розвитком дії, в якій його місце займає інший учасник. Цей технічний прийом підвищує об'єктивність усвідомлення протагоністом своїх стосунків з тими, хто його оточує.

Закриття (завершення) — процес, під час якого сценічна дія (розігрування життєвих ситуацій і конфліктів протагоніста) завершує свій повний цикл. Психодраматична сесія починається з актуальних проблем і переживань протагоніста. У розвитку драматичної дії розігруються сцени з його минулого (аж до дитячого віку). На останній стадії драми (перед її завершенням) можливе повторення початкової актуальної сцени. Однак на цей раз протагоніст вносить до неї певні корективи під впливом нових емоційних переживань й інтелектуальних інсайтів, що виникли в процесі драми. Наприклад, людина, яка починає психодраму з розповіді про конфлікти з начальником, у перебігу драматичної дії може усвідомити причини проблемних стосунків з батьком. Під час завершення психодрами відбувається повторне розігрування сцени з начальником, в основі якої — прагнення поводитися абсолютно інакше і тримати ситуацію під контролем. Новий для неї тип поведінки стає можливим завдяки усвідомленню зв'язку між стосунками з батьком і конфліктами з начальником.

Програвання психологічних проблем знижує вплив вербальних захисних реакцій, відкриває доступ до пасивних клієнтів, допомагає клієнтам долати труднощі вербалізації (дія розгортається попереду слів).

Результатом психодраматичного процесу є інсайт — зміна структури організації перцептивного поля учасників; вид пізнання, який забезпечує негайне розв'язання або нове розуміння проблеми. Групова психодрама покликана створити такий клімат у групі, який уможливіє максимальні прояви катарсису, пізнання та інсайту, спонукає заново пережити важливі події минулого, використовуючи різноманітні прийоми. Найвища емоційна напрута виникає в групі під час сценічної дії. Івдоді інсайт відбувається одночасно з катарсисом, а також при обговоренні переживань, що виникли впродовж психодраматичної дії.

У психодрамі використовують поняття «*катарсис*» у тому значенні, яке сформулював Арістотель, — емоційне потрясіння і внутрішнє очищення (у цьому значенні використовував поняття і З. Фройд), яке має лікувальний ефект.

В античних трагедіях катарсис є вторинним за значущістю порівняно з сюжетною лінією; у психоаналізі він вторинний порівняно з наступним аналізом; у психодрамі процес катарсису й інтеграції важливіший, ніж сценарій та аналіз переживань і дій. Психодраматична ситуація немов спеціально призначена для цілковитого емоційного звільнення. Сила катарсису залежить від спонтанності учасників ситуації. Катарсис переживають автори конкретної драматичної ситуації, які використовують особистісно значущий матеріал, і актори, які втілюють його на сцені. Аудиторія психодрами може бути також залучена у процес переживання катарсису.

Заяитання. Завдання

1. Назвіть та охарактеризуйте основні поняття психодрами.
2. Опишіть фази розвитку психодрами.
3. Наведіть приклади психодраматичних технік, коротко опишіть їх зміст.
4. Охарактеризуйте поняття «інсайт».
5. Охарактеризуйте поняття «катарсис».
6. Охарактеризуйте поняття «сценічна дія».
7. Охарактеризуйте поняття «протагоніст».

2.5. Позитивна психотерапія

Заснував позитивну психотерапію Носсрат Пезешкіан (1933—2010), який народився в Ірані, а з 1954 р. жив у Німеччині, де здобув медичну освіту. Він опанував психоаналіз, гіпнотерапію,

поведінкову психотерапію, логотерапію, соціальну психотерапію, групову та сімейну психотерапію. Із 1969 р. практикував у клініці Вісбадена, у 1977 р. заснував Вісбаденський інститут підготовки психотерапевтів і сімейних терапевтів. На його формування як психотерапевта вплинули еміграція і проживання в умовах іншої культури, релігійний досвід бахаї, а також гуманістичний рух у психотерапії.

Започаткований ним у 1968 р. метод позитивної психотерапії поширився багатьма країнами світу, а наприкінці 80-х — на початку 90-х років ХХ ст. були засновані перші центри позитивної психотерапії. Її науковим, освітнім та організаційним осередком є Всесвітня асоціація позитивної психотерапії (WAPP), центральний офіс якої — у Німеччині (м. Вісбаден). Сучасна позитивна психотерапія гармонійно поєднує раціональну технологічність Заходу та інтуїтивну мудрість Сходу. Її прибічники дотримуються погляду на природу людини як на триєдність тілесного, душевного та духовного (східне бачення) у взаємозв'язку соматичних, психічних і духовних феноменів (західне бачення).

Позитивна психотерапія — психотерапевтичний метод у межах психодинамічного напрямку, реалізація якого відбувається на основі гуманістичного світогляду і транскультурального підходу.

Метод ґрунтується на уявленні про людину та її природу, згідно з яким кожен є носієм та автором не лише проблем і конфліктів, а й здібностей та можливостей зміни життя на краще.

В Україні позитивна психотерапія розвивається із 1992 р. У 1997 р. було створено Україно-німецький центр позитивної психотерапії (м. Черкаси). У 2006 р. засновано Український інститут позитивної кроскультурної психотерапії і менеджменту, який офіційно репрезентує цей напрям психотерапії. В Україні працює понад 20 регіональних центрів і представництв позитивної психотерапії.

Теоретичні основи позитивної психотерапії

Основою методу позитивної психотерапії є позитивний образ людини як особистості, здатної до змін, самопомоги та допомоги членам своєї родини. Н. Пезешкіан наголошував, що термін «positive psychotherapy» походить від латинського «positum» — «те, що має місце, ціле, фактичне, реально існуюче, дане», а не від «positivus» — «позитивний». Цим він підкреслював значущість опрацювання і позитивних, і негативних аспектів проблеми пацієнта, діалектичного розширення його світогляду.

Таке термінологічне розуміння дає підстави використовувати синонімічні відповідники позитивної психотерапії — «психотерапія реальністю», «психотерапія здоровим глуздом».

Основою методу позитивної психотерапії є: позитум-підхід, в основі якого — принцип надії на позитивне розв'язання проблеми і позитивне бачення природи людини; психодинамічний диференційний аналіз змісту конфліктів, що ґрунтується на принципі гармонізації актуальних та базових здібностей; п'ятикрокова стратегія психотерапевтичної допомоги на основі принципу консультування та самопомоги (клієнти вчать самі собі допомагати).

Позитум-підхід. Позитивна психотерапія нерозривно пов'язана із кроскультурним (міжкультурним) мисленням. Відповідно до латинського «positum» фактичними є не тільки хвороби та порушення, не тільки невдалі спроби розв'язання проблем, а й притаманні кожній людині здібності та можливості, які можуть допомогти знайти їй кращі рішення. Психотерапевти, які послуговуються цим методом, не зупиняються на традиційних оцінках конфліктів, хвороб і симптомів, а разом з клієнтом намагаються по-новому роздивитися проблему, знайти альтернативні можливості її розв'язання.

В основі концепції позитивної психотерапії — теорія, згідно з якою в кожній людині є дві базові здібності — пізнавати і любити. Крім них, кожна особистість володіє багатьма здібностями, можливостями, ресурсами і шансами. Мета психотерапевтичного процесу — гармонізація повсякденного життя особистості та розвиток її здібностей, які вона усвідомлює чи не усвідомлює.

Здібність «пізнавати» — це когнітивний компонент особистості, який означає здатність вчитися і вчити, отримувати досвід і передавати його. Дисбаланс між цими проявами здібності породжує напруженість стосунків у шлюбі, вихованні дітей, у взаєминах між поколіннями. Н. Пезешкіан виокремлює чотири способи пізнання — відчуття, інтелект, традиції, інтуїцію. Вони є потенційними здатностями у кожній особистості, ступінь і якість прояву яких залежать від оточення.

Відчуття надають людині первинну інформацію про неї і навколишній світ, переломлюючись через фільтр її ціннісних стандартів. Наприклад, дуже охайна людина відчуватиме фізичний дискомфорт у брудному одязі, а інша може комфортно почуватися.

Інтелект є посередником між внутрішніми потребами, мотивами людини та її фізичним і соціальним середовищем, а також засобом розв'язання різноманітних задач і проблем. Його індивідуальні особливості проявляються у вихідних позиціях.

яких дотримується у своїх міркуваннях особистість. Наприклад, з погляду формальної логіки цілком правильними є такі міркування: «Андрій — чоловік. Чоловікам довіряти не варто. Значить і Андрію довіряти не варто». Однак за змістом цей умовивід є досить суперечливим. Розвиток інтелекту заохочує система освіти, він є запорукою високих досягнень людини в різних сферах. За однобічного його розвитку формується особистість, яка скептично ставиться до традицій та інтуїції, заперечує значущість відчуттів.

Традиції як спосіб пізнання надзвичайно важливі для виживання та розвитку людства в історіогенезі. Концентровано вони виражені в міфах і казках. У результаті індивідуального розвитку в особистості можуть сформуватися крайні прояви цього способу пізнання — заперечення традицій або фіксація на них. Для правильного та гнучкого розуміння традицій важливий їх розгляд у взаємозв'язку з інтелектом (логікою): кожна традиція в певний час і за певних умов виникла як логічна, оскільки була способом подолання певної проблеми.

Інтуїція як спосіб пізнання пов'язана за походженням з фантазуваннями та сновидіннями. Рівень її прояву залежить від світогляду та релігійних переконань людини.

З позиції позитивної психотерапії цілісне реалістичне пізнання людиною навколишнього світу і себе забезпечує збалансована взаємодія всіх способів пізнання. Однак лише певну частину знання, деякі мотиви особистість повноцінно усвідомлює, і вони працюють як свідомі регулятори її поведінки; інші утворюють зміст несвідомого. У контексті позитивної психотерапії несвідоме — це нерозвинені, недиференційовані здібності та способи, потенційна (ще не виявлена) енергія; витіснені та стримані в розвитку здібності та способи, які не мають умов для розвитку, вияв яких відхиляється оточенням.

Здібність «любити» — емоційний складник особистості, сфера почуттів, духовність, здатність встановлювати близькі стосунки. Її компонентами є здібність проявляти активно емоційне ставлення (дарувати любов) і здібність приймати емоційне ставлення до себе (бути любимим). Здібність «любити» доповнює здібність «пізнавати» інтуїцією, вірою і мудрістю, а здібність «пізнавати» узагальнює досвід того, як любити і як поводитись, щоб тебе любили. Особливо цінна вона за відсутності досвіду любові, який людина зазвичай отримує в дитинстві, чи за необхідності заново вчитися любити.

Починає розвиватися здібність «любити» в ранньому дитинстві. Дитина дізнається про любов завдяки чуйності до неї значущих дорослих, а також часу, терпінню і прийняттю, які

вони виявляють у вихованні та навчанні; досвіду задоволення її потреб та бажань. Спочатку в родині дитина вчиться приймати любов, пізніше — дарувати її. Для формування здорової особистості важлива збалансованість цих якостей, завдяки чому вона досягає щастя і задоволеності у близьких стосунках. Порушення балансу унеможливорює формування таких стосунків або позбавляє задоволення в них.

Згідно із позитивною психотерапією, прояв здібності «любити» розвивається за чотирма напрямками:

1. **Я** — відображає ставлення особистості до себе, яке ґрунтується на ставленні батьків до дитини, а також до сиблінгів. Пов'язаний із ставленням близьких дитячий досвід формує довіру чи недовіру, надію чи сумнів, позитивну чи негативну установку при сприйнятті себе. У вихованні особистості важливе дотримання балансу безумовної («мене люблять, тому що я є») та умовної («мене люблять за те, яким хочуть бачити») любові. Умовна любов сприяє соціалізації особистості, безумовна — формує її здатність до прийняття себе без будь-яких умов, допомагає долати життєві кризи.
2. **Ти** — здатність особистості встановлювати стосунки з партнером. Їх основою постають стосунки батьків дитини, спостерігаючи за якими, вона отримує перший досвід партнерства, що надалі стане орієнтиром у налагодженні власних партнерських взаємин із протилежною статтю. Особливо цінний він в оволодінні способами прояву теплоти і ніжності у взаєминах, у ставленні до конфліктів і шляхів їх подолання тощо. Ти — не лише прояв любові до партнера. Об'єктом любові можуть бути домашні тварини, рослини, речі, образи уяви за суб'єктивно значущого ставлення до них.
3. **Ми** — характеризує стосунки особистості у групі, її ставлення до інших людей — друзів, сусідів, родичів, колег, представників інших національностей чи іншого віросповідання. Його основою є ставлення батьків до соціального оточення (родичів, колег, груп за інтересами, професійних груп, політичних партій, релігійних груп тощо). Людина успадковує модель зовнішніх контактів за зразком батьківської родини. Пізніше вона проявляє себе в індивідуальних концепціях особистості (наприклад, «світ не без добрих людей», «нікому не можна довіряти» та ін.).
4. **Пра-Ми** — відображає вірування і світогляд особистості, принципи і правила, якими вона керується у житті (спосіб життя, принципи досягнень, задоволень, моделі вибору та прийняття рішень тощо), її стосунки з предками і нащадками.

Цей напрям здібності «любити», спираючись на механізм віри, формує надособистісні цінності та характеризує духовність людини. Його основою є досвід батьків у пошуку сенсу життя, світогляду та релігії. Впливає на дитину і те, наскільки глибоко та систематично (не формально) батьки дотримуються зобов'язань та принципів. Важливу роль відіграють їх світоглядні пошуки й узгодженість їх світогляду. Наслідками можуть стати цілковите заперечення релігії, сліпе дотримання релігійних догм, суперечливе амбівалентне ставлення до релігії та сенсу життя.

У позитивній психотерапії здібність «любити» можна оцінити на підставі ставлення людини до себе (Я), побудови стосунків з партнером (Ти), ставлення до інших людей (Ми), системи її духовних цінностей (Пра-Ми). Становлення здібності «любити» свідомо і неусвідомлено (через досвід переживань і втрат) відбувається протягом всього життя. Ця здібність пов'язана з роботою правої півкулі головного мозку, яка відповідає за емоційні переживання, фантазію та інтуїцію. Здібність до пізнання («пізнавати») визначає раціональність, інтелектуальність людини, її здатність опановувати науки, засвоювати норми суспільства і моделі поведінки (за це відповідає ліва півкуля головного мозку). Збалансований прояв здібностей «пізнавати» і «любити» є запорукою життєвого благополуччя людини, дисбаланс спричинює різноманітні труднощі і порушення.

Змістово-диференційний аналіз. Залежно від можливостей організму, навколишнього світу і часу, в якому живе людина, її базові здібності «пізнавати» і «любити» диференціюються в структуру актуальних здібностей, які характеризують найважливіші параметри характеру особистості, змісту і мотивів її поведінки, міжособистісного спілкування, конфліктогенезу і терапії.

У своїй практиці Н. Пезешкіан встановив, що значні події в житті людини (макроподії) рідко спричинюють порушення психіки. Значно частіше дрібні постійно повторювані інциденти (мікроподії), які заторкують «чутливі» або «слабкі» місця особистості, поступово набувають конфліктної сили. За твердженням Н. Пезешкіана, чинниками особистісного зростання і причинами конфліктів стають *актуальні здібності* — форми поведінки, які вважають позитивними в етиці, релігії, моралі і вихованні. Серед них розрізняють первинні та вторинні актуальні здібності.

Емоційні реакції особистості в разі недотримання норм вторинних здібностей можуть бути зрозумілі лише в контексті емоційних зв'язків, які виражаються *первинними актуальними здібностями* — любов'ю, наслідуванням, терпінням, контактністю,

сексуальністю, довірою, впевненістю, надією, вірою, сумнівом, визначеністю, єдністю. *Вторинні актуальні здібності* є виявом здібності «пізнавати» і відображають норми досягнень, яких дотримується соціальне оточення індивіда. Такими є пунктуальність, охайність, порядок, слухняність, прямота (щирість), ввічливість, вірність, справедливість, працелюбність, ощадливість, надійність, точність і добросовісність.

Перелік актуальних здібностей, що мають психотерапевтичну значущість, Н. Пезешкіан формував поступово, починаючи з другої половини 60-х років ХХ ст. Першими серед них були визначені прямота та ввічливість. Згодом, у процесі практики з клієнтами, щоденних спостережень, самоаналізу, продовжено пошук проявів поведінки, які в суспільстві розглядалися як чесноти, були метою виховання і напрямом розвитку. Вони також пов'язані з порушеннями, труднощами, невдоволеннями, скаргами та хворобами. До складання переліку актуальних здібностей було залучено психотерапевтів, психіатрів, психологів і вчителів, які утворили Вісбаденську психотерапевтичну дослідницьку групу і ґрунтували свої висновки на аналізі майже п'ятдесяти тисяч психотерапевтичних сеансів. Для визначення психо-соціальних норм, не лише універсальних, а й притаманних певним соціально-культурним спільнотам, до дослідження було залучено клієнтів із Європи, Північної Африки та країн Сходу. На думку Н. Пезешкіана, перелік первинних і вторинних здібностей може бути розширений, однак 13 первинних і 13 вторинних здібностей охоплюють найповторюваніші у міжособистісних відносинах поведінкові сфери. Інші поведінкові прояви можна розглядати як градації або комбінації здібностей. Наприклад, коли йдеться про честь слід з'ясувати, з чим вона пов'язана для особистості: з прямою (чесністю), ввічливістю, працелюбністю, ощадливістю, вірою тощо.

У позитивній психотерапії традиційні для психології поняття розглядають як симптоми, передумови або комбінацію індивідуальних актуальних здібностей. У цьому сенсі диференційний аналіз в роботі психотерапевта спрямований не на загальні висновки про клієнта (авторитарність батьківської родини, міцність родинних зв'язків, тиранія, обожнювання та жореткий, м'який або амбівалентний тип виховання) і не на конфлікт самоприйняття, відчуття неповноцінності, фобії, депресії або невизначеність Супер-Его. У позитивній психотерапії аналізують конкретний зміст (актуальні здібності) внутрішніх психологічних і міжособистісних процесів: які прояви в поведінці (вторинні актуальні здібності) мали вирішальне значення для батьків у прийнятті

чи відхиленні дитини (слухняність, охайність, працьовитість, ошадливість та ін.).

Первинні і вторинні актуальні здібності тісно пов'язані між собою. Первинні не важливіші за вторинні, вони стосуються емоційної сфери (більш близької до Я) й утворюють фундамент, на який спираються вторинні здібності. Первинні здібності визначають напрям досвіду, який людина здобуває стосовно вторинних здібностей: «Я більше не довіряю своєму чоловікові, бо він мене зрадив (первинні здібності — «довіра», вторинні — «вірність»). Вторинні здібності позначені емоційним резонансом первинних. Наприклад, лише за відносного дефіциту такої первинної здібності, як «терпіння», людину дратуватиме не пунктуальність (вторинна здібність — «пунктуальність»). Первинні і вторинні здібності функціонують і як засіб боротьби, захисту або як привід для певних дій чи ставлень. Як життєві принципи і фіксовані установки вони стають невід'ємною частиною образу Я, визначають сприйняття особистістю себе і навколишнього світу.

Актуальні здібності проявляються в різних аспектах:

- а) як міра пасивності/активності. Актуальні здібності можна розглядати як очікування: особистість сподівається, що колеги поводитимуться ввічливо і справедливо. У такому разі актуальні здібності проявляються в пасивній формі. Передбачають вони й активні способи поведінки: пунктуальність, охайність, дотримання порядку (активний прояв актуальних здібностей). Розрізнення активних і пасивних аспектів актуальних здібностей має діагностичне значення;
- б) як міра гнучкості/фіксованості. Вони стосуються здатності та активності особистості при зміні позиції стосовно цінності індивідуальних актуальних здібностей.

Як зауважував Н. Пезешкіан, не здібності особистості, а фіксованість (ігнорування чинників ситуації та часу), недостатня диференційованість і збалансованість їх є причинами особистісних і міжособистісних труднощів. Типовими порушеннями гармонії між первинними і вторинними здібностями є дисбаланс вторинних здібностей (розвинена здібність «працьовитість», мало-розвинена здібність «порядок»), дисбаланс первинних здібностей (розвинена довіра до інших, але недостатня довіра до себе), дисбаланс первинних і вторинних здібностей (конфлікт «справедливість — любов»).

Глибоке розуміння активності особистості, її актуальних здібностей передбачає аналіз того, для кого і заради кого (Я, Ти, Ми, Пра-Ми) виявляється ця здібність (наприклад, у взаєминах з ким особистість буде проявляти «вірність», «щирість»,

«ввічливість» тощо, а з ким — ні); які здібності є фільтрами отримання/відавання любові у сферах «Я», «Ти», «Ми», «Пра-Ми» (наприклад, які здібності є підґрунтям почуття самоцінності, які — ключовими при виборі партнера; якими критеріями/здібностями керуються у виборі та запрошенні гостей на сімейне свято); які здібності є ціннісним фільтром у пізнанні себе та навколишнього світу за допомогою відчуттів, інтелекту, традиції та інтуїції; які способи пізнання (відчуття, інтелект, традиції, інтуїція) стали провідними для розвитку окремих здібностей тощо.

Унікальне поєднання по-різному розвинених актуальних здібностей організовується в індивідуальну модель, в якій вони представляють «теорії поведінки», концепції особистості, які пояснюють, чому вона повинна поводитися у певний спосіб. Ці індивідуальні концепції організовуються у систему цінностей, за допомогою якої особистість оцінює себе та інших, слугують способом її психологічного захисту та виправдання поведінки. Травматичними для особистості є ситуації, коли вона отримує протилежну своїй думку щодо важливих для її образу Я актуальних здібностей.

Носіями вторинних і первинних здібностей постають релігії, культури, соціальні інституції, предки, батьки. Актуальні здібності залежать від історичних та суспільних умов; здібності «пізнавати» і «любити», навпаки, є сутністю кожної людини, базисом людських стосунків і сферами, у яких люди, незважаючи на всі культурні відмінності, можуть знайти спільне.

Актуальні здібності розвиваються із базових у чотирьох основних вимірах людського життя, що у позитивній психотерапії визначають як *балансну модель* («тіло», «діяльність/досягнення», «контакти», «фантазії/сенси, майбутнє»). У сфері «тіло» задовольняються потреби людини у сні, харчуванні, сексі, розслабленні тощо. Основними компонентами сфери «діяльність» є робота, досягнення, успіхи; тут реалізується потреба особистості структурувати і перетворювати світ. Сфера «контакти» охоплює потреби у визнанні свого існування іншими; до неї належать соціалізація, спілкування та правила, що їх регламентують. У сфері «фантазії» втілюється потреба особистості в духовному житті завдяки інтуїції, снам, містичному досвіду, фантазіям, спогадам.

Розподіл людиною своїх сил і часу за цими вимірами дає підстави для висновків про збалансованість її життя. Кожна здібність, як і характер загалом, проявляється у цих чотирьох вимірах. Наприклад, «порядок» фізично проявляється у впорядкованості речей, одягу, рухів («тіло»); він є важливою діловою якістю

і сприяє досягненню результатів («досягнення»); як соціально схвалена якість може сприяти спілкуванню («контакти»); ця здібність посідає певне місце в системі цінностей і переконань, що надає їй сенсу («майбутнє/фантазії»).

Життєвий баланс особистості дуже чутливий і змінюється відповідно до ситуації. При розв'язанні проблем всі люди використовують типові форми переробки конфліктів: втеча у хворобу (реакція через сферу «тіло»), втеча в активну діяльність (реакція через сферу «досягнення»), втеча в самотність чи спілкування (реакція через сферу «контакти»), втеча у фантазії (реакція через сферу «майбутнє/фантазії»). За спостереженнями Н. Пезешкіана, у Європі та Північній Америці на першому місці — сфери переробки конфлікту «тіло», «досягнення» і вторинні здібності, на Сході — «контакти», «майбутнє/фантазії» та первинні здібності.

Розвиток актуальних здібностей відбувається під впливом біологічних особливостей тіла у його взаємодії із навколишнім середовищем і часом. Тілесні (біологічні) фактори є основою життя: це процеси метаболізму, рефлексії, спадковість, фізичне дозрівання, функціонування органів, відчуття та вітальні потреби. Залежно від способів і значення задоволення вітальних потреб відбувається розвиток або блокування актуальних здібностей. Наприклад, розвиток здібності «пунктуальність» пов'язаний із життєвими ритмами ходіння, сну та харчування; «охайність» — із формуванням навичок туалету в ранньому дитинстві. Реагування референтними особами на індивідуальні потреби та фізичні особливості дитини формує її особистість та образ Я.

Порушення особистісного розвитку є проявами чинника часу. Внаслідок фіксації особистості на певній стадії розвитку змістовий аспект здібностей стає конфліктним потенціалом. Змішаність минулого, теперішнього і майбутнього або розгляд їх ізольовано утруднюють диференціацію актуальних здібностей залежно від часу, ситуації та реальності. Наприклад, засвоєна в минулому поведінка в якийсь період життя стає причиною непорозумінь.

Чинник оточення пов'язаний зі стосунками людини в соціальному середовищі. Актуальні здібності впливають на очікування стосовно поведінки інших та своєї у формі певних правил. Відповідно, кожен внутрішній чи зовнішній конфлікт особистості може бути описаний у термінах актуальних здібностей. Під впливом традицій індивідуальні зразки актуальних здібностей стають специфічними ознаками певних груп, разом із іншими аспектами мають вирішальне значення для групової згуртованості і відносин з іншими групами. Деякі здібності можуть навіть бути ознаками групової належності.

Будь яким стосункам притаманні три стадії взаємодії: прив'язаність, диференціація та відокремлення. Так розгортаються стосунки особистості з групами та партнерами. Основа *прив'язаності* — прагнення бути разом з іншою людиною (групою людей), знаходження партнера, прагнення згуртованості, емоційне переживання єдності. Найсильніше тоді виявляється базова здібність «любити». На стадії *диференціації* партнери починають навчати один одного і вчитися один в одного, що сприяє розвитку. Саме тоді виявляється базова здібність «пізнавати». На стадії *відокремлення* проявляється прагнення партнерів до самостійності, вияву власних інтересів, розмежування між Я і Ти (Ми), зосередженість більше на власних можливостях, ніж на партнерстві. Ці прояви характеризують зрілість особистості.

Таку структуру має розвиток взаємин між дитиною і батьками. Залежно від фіксації особистості дитини на певній стадії взаємодії Н. Пезешкіан виокремлював чотири типи виховання, які зумовлюють формування певних типів особистості:

1. Гіперопіка з фіксацією на стадії прив'язаності. За такого типу виховання любов і піклування переважають над вимогливістю та справедливістю. Провідного значення надають первинним актуальним здібностям дитини, вторинні не отримують достатнього розвитку. Усе це зумовлює формування наївно-первинного типу особистості, якій притаманні установки: «Я не можу зробити це сам», «Інші повинні допомогти мені», «Якщо я не отримаю допомоги, все пропаде». Провідні серед способів пізнання — чуттєвий досвід, інтуїція та фантазії; яскраво виражені прагнення до прив'язаності та єдності з іншими, установка на пасивне очікування. Різновиди наївно-первинного типу: «засмучений» (життєві труднощі сприймає як катастрофу, зусилля — як страждання); «вимагальний» (очікує від партнера поведінки, уявляючи її на основі дитячого досвіду, не вміє прямо висловлювати свої потреби і бажання); «сором'язливий» (потребу в єдності виявляє через прагнення бути хорошим для інших); «руйнівник спокою» (використовує дитячі способи поведінки та впертість для задоволення власних потреб); «сексуально-вичікувальний» (сексуальність розглядає як зло та необхідність продовження роду; вірний одному партнерові все життя); «наївно-релігійний» (амбівалентна залежність від релігії, наївні уявлення про Бога як виконавця всіх бажань, у разі невдач втрачає довіру до Бога і відходить від релігії). Представників цього типу об'єднують схильність до депресивного неврозу, перерозви-

нена або недорозвинена актуальна здібність «терпіти» як прояв базової здібності «любити». На конфлікти реагують втечею у групу, яка забезпечує почуття безпеки, або втечею в самотність.

2. Вимогливість з фіксацією на стадії диференціації. Характерна ознака цього типу виховання — переважання батьківських вимог над любов'ю, увага до розвитку вторинних здібностей, слухняності і досягнень дитини. Умовне прийняття переважає над безумовним. Результатом є формування вторинного типу особистості з такими внутрішніми установками: «Я можу все зробити сам», «Мені ніхто не потрібен для допомоги», «Дозволь іншим працювати на тебе». Способи пізнання навколишнього світу вона зводить до інтелекту (логіки), відчуття й інтуїцію підпорядковує розуму.

Різновиди вторинного типу: «успішний та престижний» (прагнення посісти високе соціальне становище, установка «ти є кимось тільки тоді, коли щось маєш», почуття самоцінності лише в разі переваги над іншими); «об'єктивний» (ставлення до людей як до об'єктів; установка на успіх; нездатність до встановлення емоційних стосунків); «перфекціоніст» (прагнення до уникнення невдач, помилок і розчарувань; концентрація на вторинних здібностях — надійності, порядку, пунктуальності тощо); «тип сексуальних досягнень» (сексуальний досвід сприймає як стандарт самоцінності); «інтелектуальний скептик» (переоцінює силу інтелекту і власних досягнень); «забобонний» (дотримується і пропагує норми релігії, ідеології, політики). Представники цього типу у конфліктних ситуаціях обирають втечу в активність та зовнішній світ, схильні до компульсивного та шизоїдного типів порушень.

3. Суперечливість, непослідовність. Цей тип виховання є наслідком несформованості концепції виховання, спонтанно коливається від вимогливості до любові і навпаки, потреби дитини враховує непослідовно. Внаслідок такого досвіду формується тип подвійного захвату із внутрішніми установками: «Я можу сам, але допоможіть мені», «Я хочу, але я не хочу», «Коли ви допомагаєте мені — це неприємно, коли не допомагаєте — теж погано».

Різновидами такого типу є: «невизначений (Гамлет)» (сильні коливання настрою, невпевненість і невизначеність: «Що добре? Що погано?»); «флюгер» (зміна ставлень і думок відповідно до змін оточення); «сексуально-оманливий» (подвійна мораль: мораліст, хоч дозволяє собі сексуальну

свободу; відверто фліртує, але уникає сексуальних контактів); «індиферентний» (амбівалентна антипатія до релігії за принципом «Якщо Бог є, то чому він дозволяє війни?»); «істеричний» (слабка орієнтація на власне життя). Усім різновидам притаманні схильність до істеричного типу неврозу, із реакцій на конфлікти — втеча у хворобу, що є наслідком дитячого досвіду («Коли хворієш, перестають лаяти і робити зауваження», «Коли хворієш, інші виконують твої домашні справи»).

4. Збалансованість. Виховання гармонійно поєднує любов і вимоги, дитина розвиває свою самостійність й отримує за необхідності підтримку. Результат — збалансований тип особистості, в якій згармонізовані здібності «пізнавати» і «любити», переважають внутрішні установки «Я можу впоратися сам», «Я можу попросити про допомогу за потреби». Така особистість може встановлювати стосунки прив'язаності і будувати взаємини на стадіях диференціації та відокремлення.

Модель конфлікту у позитивній психотерапії. Наявні у клієнта симптоми і проблеми в позитивній психотерапії розглядають як символічну маніфестацію внутрішнього конфлікту. Мікро- та макротрауми (актуальний конфлікт) не завжди спричинюють емоційні переживання. Основа таких переживань — концепції та способи «знати» і «любити», прояви актуальних здібностей, а також конфлікт між типовими способами реагування на проблеми й актуальним досвідом. У позитивній психотерапії цей конфлікт вважають базовим конфліктом особистості. З часом він може перетворитися на хронічний розлад (виснаження механізмів адаптації і виникнення органічних порушень), якщо його своєчасно не помітити, не розпізнати причин. Внутрішній конфлікт залежить від базового і проявляється в актуальному конфлікті.

Приклад. Клієнтка, 35 років, заміжня, здобула вищу освіту, не працює. Скаржиться на поведінку семирічного сина, який не дотримується порядку в домі (актуальна здібність «порядок»); прийшовши зі школи, може залишити рюкзак у коридорі, якщо йому не нагадати його прибрати. Дитячий досвід клієнтки (базовий конфлікт); у дитинстві її батьки суворо карали за недотримання порядку. Тепер саме акуратність сина, а не інші особливості його поведінки, привертає її основну увагу. Вона не може не помічати безлад (спосіб пізнання — відчуття), недостатньо навчена раціонально реагувати на такі ситуації (спосіб пізнання — інтелект), тому реагує спонтанно (спосіб пізнання — інтуїція). Клієнтка повторює спосіб поведінки своєї матері (спосіб пізнання — традиції), несвідомо наслідуючи її: присвячує своє життя синові і

домашнім справам, ігноруючи власні інтереси (напряв прояву здібності «любити» — Я). Ситуація загострюється тим, що чоловік клієнтки мало часу приділяє родині (напряв прояву здібності «любити» — Ти), а вона мало з ким контактує, крім членів родини (напряв прояву здібності «любити» — Ми). Всі її надії на майбутнє пов'язані із сином (напряв прояву здібності «любити» — Пра-Ми), якого вона мріє бачити респектабельним.

Метою позитивної психотерапії є розширення концепцій особистості, надання їм більшої гнучкості та диференційованості, формування у клієнта здатності свідомо підтримувати баланс базових та актуальних здібностей у всіх вимірах життя.

Процедура і техніки позитивної психотерапії

У позитивній психотерапії робота з клієнтом здійснюється за стратегією п'ятикрокової моделі, яка передбачає:

1. Спостереження/дистанціювання. Спрямоване на розгляд із різних позицій проблеми клієнта формування цілісного та різнобічного її розуміння. Мета — допомогти клієнтові дистанціюватися від проблеми, перейти на позицію спостерігача. Письмовий виклад обставин, часу і складу учасників конфлікту допомагає йому максимально конкретизувати ситуацію, розвиває його навички змістового опису конфлікту.

З цією метою використовують техніки позитум-підходу:

- позитивну інтерпретацію. Полягає у знаходженні альтернативного визначення проблеми з використанням понять «здібності», «можливості», «шанси», «потенціали». Наприклад, депресію можна розглядати як здатність особистості глибоко реагувати на конфлікти; страх — уникати загрозливих ситуацій; лінь — відмовлятися від завищених потреб, відпочивати;
- транскультурний підхід. Передбачає розширення розуміння клієнтом своєї проблеми, досягнення більшої об'єктивності та реалістичності в її сприйнятті через погляд на неї з різних позицій (як проблему сприймають і оцінюють представники різних культур, релігій, національностей, а також «своєї» культури). Наприклад, на Заході депресія переважно розвивається внаслідок ізоляції, нестачі контактів та емоційного тепла; на Сході — через відчуття надмірної обтяженості соціальними обов'язками і зв'язками;
- метафори (історії, притчі, афоризми, прислів'я та приказки тощо). Виконують функції дзеркала, моделі, опосеред-

кування, збереження досвіду, передавання традицій, посередництва у транскультурних стосунках, надання альтернативних концепцій, допомоги у регресії, зміни позиції. Застосування метафор, які поєднують образно-емоційну та словесно-логічну інформацію, допомагає активізувати роботу головного мозку клієнта (одночасно ліву і праву півкулі), відкривати нові можливості для розв'язання проблеми.

2. Інвентаризація. Її метою є пошук і аналіз внутрішніх елементів конфлікту, щоб допомогти клієнтові побачити джерело його життєвих установок (концепцій). Психотерапевт виявляє: задіяні у конфлікті актуальні здібності; відмінності в розвитку яких здібностей зумовили мікротравми; які здібності недостатньо розвинені, а які гіпертрофовані тощо. Він аналізує, як проблеми та конфлікти впливають на чотири основні сфери життя клієнта, виявляє сфери переробки конфліктів; допомагає клієнтові зрозуміти, як його конфлікт пов'язаний із дитячим досвідом та ситуацією в батьківській родині, які концепції в його основі. На цьому етапі психотерапевт може використати «Диференційно-аналітичний опитувальник» (методика самооцінки прояву актуальних здібностей у конфлікті), «Первинне інтерв'ю» (методика структурованого інтерв'ю, за допомогою якого психотерапевт на першій зустрічі з клієнтом збирає необхідний діагностичний матеріал), «Вісбаденський опитувальник» (стандартизований опитувальник для визначення рівня розвитку актуальних здібностей, способів переробки конфліктів тощо).
3. Ситуативне підбадьорення. Головна його мета — визначення ресурсів клієнта у розв'язанні проблеми. Психотерапевт заохочує та підбадьорює клієнта, який виявляє позитивні якості у себе й у свого партнера, зосереджується на тому, що єднає його з партнером, родиною тощо.
4. Вербалізація. Зміст її зосереджений на пошуку напрямів і шляхів розв'язання проблеми клієнта, способів гармонізації його актуальних і базових здібностей, розширення концепцій особистості. Психотерапія фокусується на суперечності «ввічливість — прямота». Ввічливість передбачає ігнорування особистістю власних інтересів і потреб заради інших людей, а прямота — протиставлення їх потребам оточення. На цьому етапі клієнта навчають конструктивних способів обговорення своїх проблем із партнерами по взаємодії.

5. Розширення системи цілей. Спрямоване на визначення клієнтом нових цілей. Результатом роботи має бути його відповідь на питання «Що робитиму, якщо в мене більше не буде проблем?». Відкривши на попередніх етапах ще не розвинені здібності, клієнт будує нові плани якісних змін. Система цілей може бути розширена новою концепцією, яка допомагає людині по-новому будувати своє життя. Подолавши необхідний шлях разом із психотерапевтом, клієнт має навчитися самостійно використовувати їх у самодопомозі.

Позитивна психотерапія є метапідходом, який спрямований на взаємодію та інтеграцію різних психотерапевтичних напрямів (інтердисциплінарний аспект), психологічну допомогу (психотерапевтичний аспект), виховання (педагогічний аспект), навчання дорослих (андрагогічний аспект), соціальну роботу (соціальний аспект), розвиток міжкультурної свідомості (кроскультурний аспект).

Залитання. Завдання

1. Охарактеризуйте принципи позитивної психотерапії.
2. Розкрийте зміст п'ятикрокової моделі допомоги у позитивній психотерапії.
3. Поясніть сутність таких технік позитивної психотерапії, як позитивна реінтерпретація, транскультурний підхід та метафора.
4. Охарактеризуйте базові та актуальні здібності особистості.
5. Поясніть, у чому полягає сутність змістово-диференційного аналізу конфлікту в позитивній психотерапії.
6. За допомогою техніки позитивної реінтерпретації знайдіть альтернативні пояснення таких скарг клієнта, як «трижність», «сором'язливість», «страх самотності».
7. Доберіть приклади різнобічного кроскультурного сприйняття представниками різних культур, релігій, національностей таких кризових ситуацій, як хвороба, розлучення, смерть, безробіття, бідність.

2.6. Когнітивно-поведінкова психотерапія

Пацієнти цінують прозорість і чітку структуру когнітивно-поведінкової (пізнавально-поведінкової) психотерапії, можливість самим обирати цілі для роботи над проблемою, фіксувати й усвідомлювати ефекти лікування.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — терапія, що ґрунтується на впливі на інтрапсихічні (проміжні) процеси особистості, що є посередниками між стимулом і поведінкою, — перцепцію, мислення, розв'язання проблем, мовлення та пам'ять.

Вона є одним з провідних сучасних науково обґрунтованих методів психотерапії і оснований на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього та ін.), а неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання існуючих проблем та розладів. Відповідно, критично переосмислюючи свої сприйняття дійсності та поведінку, з допомогою психотерапевта клієнт намагається змінити дисфункційні, негативні взірці та цикли мислення і поведінки на більш реалістичні та такі, що сприятимуть покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще.

Когнітивно-поведінкова терапія ґрунтується на партнерській співпраці між клієнтом та терапевтом. У процесі спільного дослідження існуючих проблем терапевт та клієнт вибудовують спільне розуміння проблеми розладу, формулюють цілі та співпрацюють над їх досягненням. Це передбачає активну участь клієнта у процесі терапії, виконання ним домашніх завдань, орієнтацію на те, щоб стати собі самому «психотерапевтом». Когнітивно-поведінкова терапія використовує широкий інтегративний арсенал технік та втручань (у т. ч. з інших методів психотерапії), добираючи їх індивідуально для кожного клієнта.

Становлення когнітивно-поведінкової психотерапії

Віхевіористський (поведінковий) підхід започаткували праці І. Павлова, Е. Торндайка та К. Халла. Научіння вони тлумачили як набуття нових реакцій, запам'ятовування раніше невідомих подразників. І. Павлов досліджував рефлекси безумовні (вроджені) та умовні (набуті), а також класичну зумовленість. Е. Торндайк цікавився складнішими зумовленостями, які В.-Ф. Скіннер назвав оперантною поведінкою. Першим у 60-ті роки ХХ ст. поєднав поведінкову та пізнавальну психотерапію Альберт Еліс (1913—2007), обґрунтувавши раціонально-емотивну психотерапію як альтернативу аналітичній. Вона оснований на засадах поведінкової психотерапії, доповненої можливостями пізнавального напрямку. Передумови для неї сформував стоїк (Марк Аврелій

та Епіктет): «Люди занепокоєні не речами самими по собі, а тим, як вони ці речі бачать». Прислужилися їм і напрацювання біхевіористів. А. Елліс стверджував, що джерелом покарань і нагород може бути не тільки середовище людини, а і її думки. Оцінні реакції, які походять від Я, часто важливіші за наслідки, які походять від середовища.

У контексті біхевіоральних досліджень людина формується завдяки інтеракціям з оточенням, її становлення залежить від навчання та досвіду. Як стверджував Дж. Локк, людина від народження «*tabula rasa*» (чиста дошка), на якій формується завдяки досвіду її образ. Біхевіоризм досліджує умови середовища, які спричиняють нехтування внутрішніми відчуттями людини, намагаючись відповісти на питання: «У яких умовах виникла поведінка?», «Як конкретні стимули впливають на поведінку?».

Психотерапевти, які репрезентують цей підхід, вважають, що розлад поведінки є комплексом дезадаптаційних рефлексів, сформованих у процесі навчання. У їх розумінні рефлекс не просто моторна реакція чи фізіологічна зміна в організмі, а спосіб мислення чи переживання подій. Найактивніше розвивалася пізнавально-поведінкова психотерапія у 60-ті роки ХХ ст. Значну роль відіграв у цьому психотерапевт українського походження Аарон Бек, який, досліджуючи депресію, дійшов висновку, що на поведінку та емоційний стан людини впливають думки, внутрішні переконання, стереотипи, пізнавальні спотворення. Будучи вже відомим психотерапевтом, А. Бек зрозумів, що в дитинстві в нього відбулася зміна пізнавальних схем з «Я дурніший і слабший за інших» на «Ніколи не піддаватись!». Згодом у пізнавальній психології погляд на людину змінився: з «людини, керованої долею» вона перетворилася на «людину діяльну, яка перебуває в постійних пошуках потрібної інформації».

Біхевіоризм фундаментально вплинув на розвиток психології у першій половині ХХ ст. З нього виросла психологія стимулу-реакції (психологія С-Р), яка і тепер має прибічників. Її представник Б.-Ф. Скіннер, досліджуючи оперантну поведінку, зосереджував увагу на стимулах, які викликають певну реакцію, вплив на неї нагород і покарань (зміни в поведінці у зв'язку з маніпулюванням нагородами та покараннями).

Поведінка людини, згідно з біхевіоральним підходом, є результатом стимулу, доступного для спостереження. Вона формується на основі навчання, актуального стану мотивації, індивідуальної диференціації, детермінованої генетично та позагенетично. Патологію біхевіористи тлумачать як небажану поведінку, відсутність адаптаційної поведінки. На їхній погляд, терапія

покликана лікувати симптоми за допомогою експериментальних технік, що ґрунтуються на фундаментальних правилах навчання.

До багатьох міркувань Б.-Ф. Скіннер прийшов завдяки експериментам на щурах і голубах. Наприклад, щура було навчено натискати педаль «скриньки Скіннера» для отримання їжі. Під час експерименту можна було регулювати частоту нагород і підкріплення, а також використовувати нейтральні стимули. Результати досліджень на тваринах дали Скіннеру багатий матеріал, який він використав у теорії навчання людської поведінки. Але джерелом підкріплення в людини можуть бути не тільки зовнішні умови, а й сама вона. Самопідкріплення проявляється у позитивній самооцінці, відчутті власної спроможності, можливості впливати на інших людей тощо.

Біхевіоральний підхід суттєво прислужився розвитку розуміння функціонування психіки і збагатив методологію зміни небажаної поведінки. Має він і опонентів, які критикують біхевіоризм у психотерапії за механістичність, узалежнення людини від середовища і його стимулів, ігнорування свідомості і суб'єктивного досвіду, спонтанної і творчої поведінки, вольових проявів особистості, недооцінювання інших чинників психічних проблем.

Методи когнітивно-поведінкової психотерапії

Згідно з поведінковою психологією, людина використовує такі способи набування нової поведінки: класичне навчання, інструментальне (оперантне) навчання та моделювання.

Класичне навчання ілюструє механізм безумовних рефлексів, який забезпечує навчання дезадаптивної поведінки. Таким механізмом є асоціації шкідливого безумовного рефлексу (задухи, пітливість, тахікардії) при дії нейтральних стимулів (ізда машиною, польоти літаком тощо).

Інструментальне (оперантне) навчання формується завдяки випадковому або керованому зміцненню певної поведінки. Наприклад, дружина має симптоми фобії, тому чоловік проявляє більше уваги до неї, швидше приходить з роботи, більше часу приділяє спільним справам. Дружина завдяки своїй фобії отримує більше привілеїв, що додатково посилює симптоматику. Прикладом інструментального навчання є також навчана безрадністість, яка проявляється в пасивності та депресії, якщо людина не може керувати подіями свого життя. Використання як позитивного зміцнення наркотиків, алкоголю чи нікотину може спричинити іншу дезадаптивну поведінку — залежність.

Моделювання як спосіб навчання найчастіше використовують діти. Можливість спостерігати дезадаптивну поведінку дорослих підвищує імовірність такої поведінки в дитини (через наслідування).

У багатьох ситуаціях і сферах життя можна простежити практичне застосування поведінкового підходу, зосередженого на модифікації поведінки за допомогою покарань і нагород.

Засади оперантного навчання можуть бути застосовані в ситуаціях навчання. Згідно із системою «*програмованого навчання*», матеріал для вивчення поділяють на маленькі частини (рамки), які учень засвоює по чергові, потім відповідає на контрольні запитання до кожної рамки. Правильні відповіді зміцнюються зворотною інформацією про їх правильність та можливістю переходу на наступний рівень. Цю секвенцію називають лінійною програмою.

Подібним способом людина може навчитися і дезадаптивної поведінки. Про дезадаптаційний рефлекс свідчать: стереотипні реакції (людина незмінно реагує на певні події, ігноруючи інші способи розв'язання проблеми); автодеструктивна поведінка, яка є джерелом страждань; непристосовані до суспільних вимог рефлексії.

Модифікацією поведінки називають позитивні зміни небажаної поведінки. При цьому позитивна поведінка (позитивно зміцнена), імовірно, частіше повторюватиметься, ніж поведінка, яку не зміцнюють (вона «*вигасатиме*»). Обрану форму поведінки структурують невеликі етапи. На кожному етапі застосовують безпосереднє підкріплення, дбаючи, щоб учень подолав якомога більше етапів для отримання остаточного підкріплення. Таким є процес формування поведінки методом *приближень*. Модифікацію поведінки широко застосовують у клінічній практиці, особливо з розумово відсталими й аутистичними дітьми та дорослими. Наприклад, на початку бажану поведінку стимулюють солодощами. Згодом, з підвищенням активності дітей, їх бажану поведінку підкріплюють обіймами тощо.

На механізмі повторних підкріплень ґрунтується *система економії жетонів*, які вручають за бажану чи акцентовану поведінку. Дитина має змогу їх вимінювати на безпосереднє підкріплення (солодощі, додаткові прогулянки). Належно організована система жетонів зміцнює бажану поведінку і дорослих: працівники отримують грошову винагороду за добре виконану роботу.

У процесі когнітивно-поведінкової психотерапії незалежно від типу корекційної програми та діагнозу простежують такі фази: діагностичну; посилення мотивації пацієнта до змін; застосування психокорекційної процедури; підкріплення змін поведінки, що відбулися внаслідок психотерапії. Зазвичай її використовують

як класичне навчання для зміни мимовільної чи рефлексорної поведінки, заміни дезадаптивної поведінки бажаною. Одним з прикладів цього є систематичне зниження вразливості — *систематична десенсибілізація*. Вдаються до неї для подолання фобій. Наприклад, коли пацієнта переслідує ірраціональний страх, його спершу навчають розслаблятися. Далі поетапно представляють йому об'єкт страху, добиваючись, щоб він навчився спокійно сприймати його.

Рефлекторна реакція страху може бути пов'язана із сильним кров'яним тиском (утеча від ситуації через сильну паніку). Страх може порушити перебіг пізнавальних процесів, наприклад викликати амнезію, звуження поля уваги; на тілесному рівні ця емоція виражається у зміні роботи вегетативної нервової системи (задишка чи головний біль). Поведінка та її пізнавально-поведінкові компоненти стають рефлексом при повторюваності дій у відповідь на певний стимул.

Американський психолог Дональд Мейхенбаум створив «*тренінг самоінструктажу*», який спирався на відкриття пізнавальної психології. Досліджуючи хворих на шизофренію, він спостеріг, що пацієнти можуть навчитися «*здорової мови*». Спочатку вони повторювали питання експериментатора вголос, а потім використовували у внутрішньому діалозі. Д. Мейхенбаум застосував цей тренінг з імпульсивними дітьми, які мали проблеми з контролюванню поведінки. Відтоді метод використовують у лікуванні генералізованих тривожних розладів, агресії, для вироблення суспільних навичок.

Моделі дослідження у пізнавальній психології

На відміну від психоаналізу та біхевіоризму, пізнавальна психологія не використовує цілісної теорії. Універсальним для психологів, які репрезентують цей підхід, є дослідження пізнавальних процесів, що впливають на поведінку і надають сенс зовнішньому середовищу.

Зазвичай психотерапевти ставлять питання такого типу: «Як пам'ятаємо?», «Чому забуваємо?», «Які стратегії використовуємо для розв'язання проблем?», «Яким є зв'язок між мовою та мисленням?», «Як створюємо поняття?». Представники підходу переконані, що пізнавальні процеси не функціонують окремо чи випадково, вони є організованими. Тому людський розум порівнюють з комп'ютером, а людей вважають істотами, які перетворюють інформацію, кодують, запам'ятовують та використовують дані.

Труднощі пізнавальної психології зумовлені дослідженням процесів, які неможливо безпосередньо спостерігати. Способи

подолання цієї проблеми запропонував канадський нейропсихолог Дональд Хебб (1904—1985), стверджуючи, що для дослідження інформаційних процесів у нервовій системі не обов'язково мати чіткі знання про мозок та його функції. Для отримання фізіологічних даних можна використати теоретичну модель дії нервової системи, наприклад модель дії пам'яті. Цю модель можна підтвердити експериментальними методами, а потім на підставі отриманих результатів модифікувати чи замінити іншою моделлю. Використання моделей у пізнавальній психології розширює можливості збирання інформації.

Модель фільтра вибіркової уваги. Цю модель запропонував англійський Дональд-Ерік Бродбент (1926—1993) для пояснення селекціонування нервовою системою зовнішніх стимулів — реагування на одні дані та ігнорування інших. Вона придатна для пізнання процесів сприйняття слухової інформації, дії психічного фільтра. Найактивніший фільтр на початкових етапах процесу, під час налаштування на фізичні параметри стимулу. Далі інформація про профільтровані стимули надходить для подальшого опрацювання нервовою системою, а відфільтровані стимули нервова система омиває.

Модель двох видів пам'яті. Вона розвиває співвідношення між короткотерміною та довготривалою пам'яттю. Її фундаментальною ознакою є підкреслення ролі повторювання, яке забезпечує: утримання інформації, що доходить до короткотермінової пам'яті, і її трансфер від короткотермінової до довготривалої пам'яті.

Комп'ютерні симуляції людського мислення. Найвідоміша з них — загальний вирішувач проблем (автори А. Невел, Й.-С. Шопа та Н.-А. Сімон, 1958 р.), що відтворює людські стратегії у подоланні проблем. Згідно з постулатами цієї моделі, більшість способів розв'язання проблем мають геурестичний характер, ґрунтуються на пізнавальній інтуїції. Цю модель підтверджують дані досліджень вирішування проблем з коментуванням їх вголос. Однак критики підходу заперечують правомірність порівняння людей та машин, оскільки дотепер надто мало відомо про принципи дії людського розуму.

Отже, процеси, які досліджує пізнавальна психологія, не можна спостерігати безпосередньо, бо неможливо заглянути в голову людини і простежити розвиток процесів пам'яті. Однак можна зрозуміти суть розумових процесів, аналізуючи поведінку людини і маючи емпіричне підтвердження своїх висновків. Особливо інформативні експериментальні методи, які забезпечують об'єктивні, контрольовані та повторювані результати.

Раціонально-емотивна терапія А. Елліса

При подоланні невротичних розладів і психозів дорослих людей ефективна раціонально-емотивна терапія А. Елліса. Хвора людина, з його погляду, проявляє автодеструкційну поведінку — неспроможна самореалізуватися, відчувати щастя і задоволення від життя. Розлад є станом, що заперечує психічне здоров'я, для якого характерні:

- 1) уміння дбати про себе та своє добро. Здорова людина чинить згідно зі своїми потребами, поважаючи потреби тих, хто її оточує;
- 2) соціальна адаптованість. Здорова людина прагне перебувати у товаристві, мати стабільні емоційні зв'язки з людьми;
- 3) автономність. Здорова людина відповідає за свої дії та своє життя;
- 4) толерантність. Люди не пред'являють нереальних вимог своєму оточенню, обираючи оцінювальну позицію, а розумінням сприймають помилки своїх близьких;
- 5) акцептування двозначності та невпевненості. Дорослі розуміють, що світ недосконалий, тому сприймають прикрі ситуації як можливість здобути досвід;
- 6) динамічне мислення. Здорові люди недогматичні в поглядах, вмотивовано змінюють свої переконання, відкриті до нового досвіду;
- 7) наукове мислення. Здорові люди об'єктивні та раціональні в думках та діях;
- 8) ангажування. Здорові люди зацікавлені всім, що відбувається навколо них, налаштовані на активне пізнання людей, ідей і явищ дійсності;
- 9) прийняття ризику. Здорова людина бачить життєві цілі, старається їх досягти, навіть якщо це пов'язано з ризиками;
- 10) самоакцентація. Здорові люди приймають себе цілком без умовностей;
- 11) гедоністичне ставлення до життя. Добре пристосовані люди шукають задоволення від життя, уникаючи негативних наслідків;
- 12) перфекційне мислення та утопічні ідеї. Здорові люди добре розуміють, що ні вони, ні їх оточення не є перфекційними, тому не очікують абсолютної радості від життя чи цілковитої втрати її;
- 13) прийняття відповідальності. Здорові люди нікого не звинувачують у своїх труднощах.

У раціонально-емотивній психотерапії використовують терапевтичні техніки, спрямовані на зміну дисфункціональних

переконань (дискусії з пацієнтом, демонстрація фільмів, обговорення клінічних прикладів тощо). Ефективні у відпрацюванні деструктивних емоцій вільні асоціації, розігрування ролей, а також поведінкові техніки, метою яких є зміна дисфункціональної поведінки. Використовують їх в індивідуальній і груповій терапії, також у психотерапії сімейних пар.

Під впливом зміни ментальних конструкцій клієнта та завдяки запропонованим терапевтом домашнім завданням, які виконує клієнт, неадекватні дії, що є певними штампами, стереотипами поведінки, змінюються на більш реалістичні.

Пізнавальна терапія

Автор пізнавальної концепції, терапії депресії і невротичних розладів страху А. Бек вважав, що розлад починається тоді, коли нормальні адаптаційні реакції (гнів, смуток, страх тощо) спричиняють дисфункціональну поведінку. Щодо кожного розладу можна застосувати різні пізнавальні схеми (способи інтерпретування реальності), які винищують певні емоції. Ці схеми охоплюють оцінювання зовнішньої ситуації, ставлення до себе і свого майбутнього. У стані депресії вони мають характер тріади: пацієнт бачить себе тільки в негативній перспективі (неефективний, безпорадний тощо); у нього домінує тенденція до негативно-го інтерпретування подій («У світі небезпечно, всюди є неподоланні перешкоди, за приємність треба платити»); безрадісним виглядає його майбутнє («Мої проблеми ніколи не закінчаться, мені завжди не везтиме, таке мов щастя» тощо).

Пізнавальні перцепційні спотворення (помилки) притаманні мисленню хворих людей. Схильність до генерування пізнавальних спотворень (помилко мислення) перешкоджає у раціональному та об'єктивному оцінюванні ситуації. Коли пацієнт автоматично висловлює свою думку, терапевт відразу зауважує різновид помилки мислення та обговорює її з ним. Найпоширенішими типами помилок мислення є такі:

1. Мислення в категоріях спотворення «все або нічого» (чорно-біле мислення). Сприйняття реальності спотворює категоричний погляд на ситуацію як довершений факт (все чорне або все біле, все дуже погано або все дуже добре), а не як на процес («Якщо не досягну значного успіху, я — слабак»).
2. Персоналізація. Упевненість людини, що вона є причиною негативних подій у житті інших людей, не беручи до уваги об'єктивних причин їх поведінки («Механік погано ремонтував мені машину, бо я вчинив щось не так»).

3. Катастрофізація (пророкування майбутнього). Передбачення негативних наслідків у майбутньому, ігнорування правдоподібніших можливостей («Якщо паморочиться в голові, мене паралізує, і я впаду»).
4. Емоційне обґрунтування. Таку роль виконують думки про реальність якихось подій, оскільки є таке «відчуття». Інші аргументи людина залишає поза увагою («Знаю, що багато чого роблю добре, але чомусь дедалі більше відчуваю, що я некомпетентний»).
5. Мислення типу «мушу» і «повинен». Його характеризують нееластичні погляди на те, якою особою чи оточення «мусять» і «повинні» бути. Якщо вони не справджуються, виникають незадоволення та нервовість («Жах, я припустився помилки. Завжди мушу робити те, що мені не під силу»).
6. Вибіркова увага. Людина зосереджується тільки на тому, що зробила погано, залишаючи поза увагою аспекти ситуації («Отримала низьку оцінку. Хоч маю і високі оцінки, все одно я погано стараюся»).
7. Нехтування позитивними рисами. Особа ігнорує свої досягнення або применшує їх цінність («Склала екзамен на відмінно. Це не моя заслуга, мені просто пощастило»).
8. Надмірне узагальнення. Невдача в тому, що людина вважає важливим на певний момент, позбавляє сенсу все інше («Я прибрала у ванній, але не встигла прибрати на кухні. Я вже нічого не встигаю робити. Я слабка»).
9. Перебільшення та применшення. Людина перебільшує те, що зробила невдало, і недооцінює те, що зроблене добре («Середні оцінки вказують, що я некомпетентна. Добрі оцінки не доводять, що я розумна»).
10. Мислення «приклеювання ярликів». Людина трафаретно судить про себе й інших людей, не беручи до уваги реальні факти («Його батько — алкоголік, то з нього теж нічого не буде. Яблуко від яблуні не далеко падає»).
11. Читання чужих думок. Особа вважає, що знає думки інших, ігноруючи фактичну ситуацію («Люди про мене погано думки, тому мені нічого не вдається»).

Пізнавальна оцінка пацієнтом небезпеки активізує афективний (страх), поведінковий (втеча або бійка) і фізіологічний (зміни в активності автономної системи — високий тиск, задуха, тахікардія, пітливість тощо) компоненти. Тому ця терапія покликана пригасити дисфункційні симптоми пізнавальних схем людини та підвищити адаптаційні можливості.

Сучасна поведінка терапевтів зорієнтована на зміну мислення пацієнтів як передумову ефективності терапії. В етіоло-

гії розладів наголошують на значенні пізнавальних процесів (інтерпретування власної поведінки та поведінки оточення), а також розладів особи. Спотворення перцепції як наслідок її інтерпретація подій сприяє опануванню дезадаптивної поведінки. Модифікація суті мислення реструктурує поняття, змінює поведінку та асоційовані з нею емоції, знімаючи симптоми хвороби.

У контексті пізнавальної психотерапії пізнавальні функції — ключ до психічних розладів. Джерелом пізнавальних функцій є досвід пацієнта і його роздуми про майбутнє та можливість впливу на події. У клінічній пізнавальній теорії пізнавальні функції виконують процеси ідентифікації і передбачування складних зв'язків між подіями та кращим способом адаптації до них.

Пізнавальна психотерапія як теоретична система спирається на такі постулати:

- 1) фундаментальним елементом психологічного функціонування або процесу адаптації є пізнавальні схеми (структури). Вони відповідають за «надавання значення» особою щоденним життєвим ситуаціям, які забезпечують побудову певних схем (наприклад, поведінка під впливом схеми «що люди скажуть»). «Надавання значення» є суб'єктивною інтерпретацією ситуації, а також відношень особи і ситуаційного контексту;
- 2) пізнавальні схеми (на несвідомому, автоматичному і свідомому рівнях) контролюють психологічну систему — поведінку, емоції, увагу, пам'ять тощо. Спосіб інтерпретації ситуаційного контексту активізує адаптаційну стратегію;
- 3) взаємодія між пізнавальними та іншими схемами — інтерактивна, що означає взаємний вплив між пізнавальними схемами особи та пізнавальними схемами оточення;
- 4) кожна категорія значень проектується в поведінці, емоціях, пам'яті й увазі. Тому ці значення є специфічними пізнавальними схемами для кожної особи;
- 5) особа сама надає значення щоденним ситуаціям, які оточують її. Іноді вона надає невласні значення ситуаційному контексту, тоді виникають пізнавальні спотворення або упередження. З виникненням таких спотворень поведінка людини стає дезадаптивною або дисфункційною (з огляду на активовані пізнавальні схеми). Пізнавальними спотвореннями є помилки у пізнанні ситуації, когнітивному опрацюванні інформації;
- 6) людина може формулювати помилкові судження (пізнавальні спотворення). Схильність до пізнавальних спотворень називають пізнавальною податливістю. Вона диспонує

людину до специфічних психічних розладів, тому особливості пізнавальних спотворень тісно пов'язані з характером симптомів таких розладів;

- 7) психопатологія є результатом дезадапційних суджень (переконань) людини про себе, оточення (особистий досвід) і про майбутнє (мета). Ці виміри називають пізнавальною тріадою. У депресії всі три виміри хворий інтерпретує негативно. У стані генералізованих страхів людина бачить реальність неадекватно, ситуація видається їй небезпечною, а майбутнє — сумнівним. У гніві та параноїдальному стані власне Я вона інтерпретує як жертву обставин («Життя несправедливе», «Всі проти мене»). У такий спосіб специфічна пізнавальна суть міцно пов'язана з пізнавальною тріадою;
- 8) існує два типи значень: об'єктивні (загальновідомі), які мало впливають на стан людини, та особисті (приватні) значення. Особисте значення, на відміну від загальновідомого, проявляється в узагальненні та правдоподібності бачення подій;
- 9) пізнавальний процес розгортається на передсвідомому (автоматичному — автоматичні думки), свідомому і метапізнавальному (поєднує раціональні, реалістичні та адаптаційні розв'язання щоденних ситуацій) рівнях. Усі вони задіюються в роботі з пацієнтом, однак найважливіший з них — свідомий рівень, який максимально віддзеркалює зміни у процесі психотерапії, доступні для спостереження клініцистом;
- 10) пізнавальні схеми покликані полегшити людині адаптування до середовища; в цьому сенсі вони зосереджені на людській поведінці. Будь-який психічний стан сам по собі не є ні адаптаційним, ні дезадапційним, він стає таким або таким тільки у конкретних індивідуальних чи групових відносинах, суспільному контексті тощо.

Пізнавальний підхід особливо увагу звертає на проміжні процеси — перцепцію та мислення, які відбуваються між стимулом і реакцією. Дослідження фахівців розкривають механізми підвищення ефективності пам'яті, вдосконалення вміння розв'язувати проблеми.

Слабкість пізнавального підходу — у його незначній внутрішній інтеграції. Хоча багато напрямів психології спираються на специфічні «пізнавальні теорії», єдиної теорії, яка б інтегрувала різноманітні напрями в цілісну систему, не створено. Через відсутність загальноновизнаних фундаментальних теорій домінує методологічна, когнітивна, евристична і термінологічна багатомірність. Предметом критики є зосередження пізнавальної психології

на комп'ютерних технологіях у роботі з інформацією, що відображає психічну реальність, а також модель «людина — машина». Цю позицію аргументують тим, що комп'ютерна аналогія не може повторити людського мислення; людина може забути інформацію, машина — ні; людина може керуватись емоціями та бути ірраціональною, а машина — завжди логічна і передбачувана. Критикують також надто широке використання в пізнавальній психології експериментальних методик, оскільки отримані в такий спосіб результати можна сприймати як «штучні» (в експериментальних умовах, а не в природних).

Залитання. Завдання

1. Назвіть типи спотворення мислення.
2. Вкажіть постулати пізнавальної психотерапії як теоретичної системи.
3. На яких засадах ґрунтується когнітивно-поведінкова психотерапія?
4. Охарактеризуйте основні положення раціонально-емоційної терапії А. Еліса.
5. Назвіть характеристики психічного здоров'я за А. Елісом.
6. Вкажіть теоретичні основи поведінкового підходу.
7. Охарактеризуйте пізнавальну концепцію А. Бека.

2.7. Екзистенціальна психотерапія

Основи екзистенціальної психотерапії сформовані на початку ХХ ст. і закорінені у працях К. Яспера, Л. Вінсвангера (екзистенціальний аналіз) і М. Боса (дазайн-аналіз), Р. Лейнга (психотерапевтичні методики).

Велике значення мала *логотерапія* В. Франкла — напрям екзистенціальної терапії, спрямований на пошук смислів існування, допомогу у пошуках сенсу навіть у переживанні страждань. Цей сенс сам В. Франкл зміг досягнути у нацистських концтаборах Другої світової війни. Його і Р. Мея називають найвпливовішими екзистенційними терапевтами ХХ ст. До становлення екзистенціальної терапії долучилися А. Хольцгей-Кунц, Дж. Б'юдженталя, Е. Співеллі, К. Шнайдера та І. Ялома.

Екзистенціальна (лат. *existentia* — існування) психотерапія — напрям психотерапії, метою якого є допомога пацієнтові в осмисленні свого життя, усвідомленні життєвих цінностей, зміні життєвого шляху з прийняттям повної відповідальності за власний вибір.

Психотерапія зазвичай спирається на досягнення медицини та психології. Надбаннями філософії, місія якої — розуміти, прояснювати і підтримувати звичайних людей, вона не надто цікавилася до появи філософії екзистенції, яка наповнила практику психотерапії новими ідеями і засобами. Термін «екзистенція» перекладають як «людське існування»; екзистенціальна філософія — філософія існування людини. Екзистенціалізм породив нову форму психотерапії, яка виокремлює особисті проблеми людини на тлі загальної екзистенціальної перспективи, змінює медичні судження на загальнолюдські.

Екзистенціальну психотерапію кожного разу заново створює кожен терапевт і з кожним новим клієнтом. Ключовий її аспект — дослідження людського існування і специфічних тривог індивідуума як унікальних. Тому вона не визнає задалегідь сформованих концепцій або встановлених процедур. Ця терапія завжди і цілком відкрита щодо індивідуальної ситуації, що є передумовою незалежного саморозкриття ситуацій і переживань.

Теоретичні основи екзистенціальної терапії

Екзистенціальна психологія не визнає поняття «особистість», оскільки воно не виражає реального суб'єктивного переживання — не є феноменологічним. Поняття «буття-в-світі» (за М. Гайдегером) відображає екзистенціальне розуміння людини як єдності її і світу — взаємопов'язаних аспектів існування, що можуть бути пізнані лише у своїй єдності. «Буття» може бути зрозумілим тільки як феноменологічне — як «моє буття», як пережите знання, що я «є», «існую». У праці «Буття і час» М. Гайдегер стверджував, що сутність «*Dasein*» (буття-в-світі) полягає в його екзистенції.

Питання власного Я (свідомості) і психології М. Гайдегер перевизначив як питання життя і філософії. Його опис людської істоти як буття-в-світі забезпечує психотерапію мапою екзистенції, за якою екзистенціальний терапевт досліджує окреме індивідуальне життя, послуговуючись загальнолюдськими питаннями. Про людське життя він розмірковує передусім в його онтологічному аспекті, фокусує увагу на питанні «Що ж це таке, що від початку робить людське життя неможливим і важким?». І лише після цього звертається до реального досвіду індивідуума, його переживань, схематично зображує умови, без яких не було б реального людського життя (екзистенціали — універсальні даності). Найчастіше в людській свідомості фігурують: потреба в сенсі того, що відбувається в житті; скінченність життя; тривога; свобо-

да як необхідність вибору і відповідальності за нього; час як єдність минулого, сьогодення і майбутнього; «відчуженість у світі» і неминучість відносин з іншими людьми (співбуття).

Терапевтичний процес в екзистенціальній психотерапії полягає у вивченні того, як конкретні люди переживають зіткнення із цими даностями у своєму житті. Проблеми клієнта вона виступає як наслідок індивідуального переживання «зустрічі» з цими даностями. Досліджуючи «відповіді» конкретної людини на вимоги її життєвого контексту, екзистенціальний терапевт прагне зрозуміти, які з них є конструктивними, а які обмежують її можливості створювати основи успішного життя.

Людина, якій стає важко, опиняється у «смисловому вакуумі» (В. Франкл). Клієнти, які запитують себе про причини своїх проблем, як правило, не мають чіткого розуміння сенсу власного життя. За переконанням екзистенціальних філософів, людині, щоб стати саморефлексивною і мати розвинену самосвідомість, такі запитання конче необхідні.

Смисл життя ніколи не є заданим, людина шукає його самостійно. Створення смислу — визначальна характеристика людської свідомості. А сенс людського життя полягає у вмінні надавати йому смисл.

Джерело смислу В. Франкл убачав у вмінні брати від світу те, що є, вчитися цінувати те, що дано. Додає життєвого смислу спроможність творити і створювати для світу нові цінності. Здатність зайняти гідну людську позицію, навіть ціною болю, розчарування і страждань, також робить осмисленим життя людини.

Вільність людей переживання безглуздості існування сприймає як серйозну проблему, що породжує конкретні труднощі. Переживання відсутності смислу і його творення пов'язане з переживанням екзистенціальної тривоги. Вона виникає на тлі усвідомлення того, що кожна людина є самотньою в цьому світі, змушена боротися зі своєю смертністю та іншими обмеженнями, брати відповідальність за себе перед нескінченними викликами. Першим описав кризу смислу С. К'єркегор, за твердженням якого, відчувати тривогу і досліджувати її — важливіше, ніж жити в безвиході та зневірі.

Базовим складником життя екзистенціальна філософія вважає тривогу. Навчитися бути правильно тривожним (не надто сильно і не дуже мало) — ключ до осмисленого і наповненого сенсом життя. Тривогу слід відрізнити від страху. Вона виникає із відчуття відсутності невимуженості, «буття-як-вдома» (у своєму світі). Тривогу варто вважати позитивним проривом на шляху до мети, повноцінного життя. Страх має конкретний об'єкт.

Універсальною характеристикою людського існування є свобода. Р. Мей розкриває це поняття як можливість хотіти, вибирати і діяти. Це і є кінцевою метою психотерапії, оскільки створює передумови для життєвих змін. Саме свобода надає необхідну для них силу. В екзистенціальній терапії йдеться про ситуаційну свободу, адже кожний реалістичний вибір зумовлений можливостями та обмеженнями конкретної життєвої ситуації.

Вільний вибір невід'ємний від створення нових можливостей. Це допомагає клієнтам побачити, що вони є більш вільними, ніж припускали, оскільки можуть створювати альтернативи вибору. Позитивне розуміння свободи полягає не у виборі бажаного, а у виборі способу ставлення до непередбачених або неминучих життєвих ситуацій, виборі своєї позиції.

Свобода і відповідальність — два аспекти однієї сутності. Бути відповідальним означає причетність до всього, що відбувається в житті. Брати відповідальність за своє життя означає обирати майбутнє, бути готовим відповідати за свої вчинки. Свобода в контексті екзистенціальної терапії — це поєднання можливостей і обмежень конкретної людини в конкретній життєвій ситуації і в конкретний час.

Буття-з-іншими (співбуття) також є частиною сутнісної природи людини. Відносини і комунікацію з іншими Ж.-П. Сартр розглядав як боротьбу — відчайдушну спробу виживання і набуття почуття безпеки. Без посередництва інших вона нічого не може сказати про себе. М. Гайдегер описував людину як кинуту на милість анонімним іншим, які визначають межі її буття-в-світі. За його словами, автентичне буття можливе лише тоді, коли людина перебуває осторонь від інших.

Відносини з іншими є екзистенціальною даністю, головним контекстом людського існування. Способи, якими людина «приймає» цю даність у своє життя, створюють величезну кількість варіантів міжособистісних взаємодій. Людина — завжди у співбутті з іншими, незалежно від того, зауважує і розуміє це чи ні. Поза контекстом інших людей вона в принципі не може бути зрозумілою. Клієнта з позицій екзистенціальної психології можна пізнати лише в його міжособистісному контексті, у взаємопов'язаності з іншими, в т. ч. і з психотерапевтом.

Позитивніший спосіб людської взаємодії описав Мартін Бубер (1878—1965). За його спостереженнями, ставлення людини до інших зумовлює і те, якою стане вона. У відносинах «Я — Воно» людина ставиться до іншого як до об'єкта, і сама стає об'єктом. Форма відносин «Я — Ти» — це «зустріч», особливе ставлення, яке породжує життя, буття.

У просторі між іншими і собою людська комунікація стає реальністю. М. Бубер називає цей простір «між». Змістову його характеристику розвинули К. Ясперс, французькі літератори і філософи А. Камю, Ж.-П. Сартр, Е. Іонеску. Вони послуговувалися поняттям «екзистенціальна комунікація», коли іншого людина сприймає і трактує не як об'єкт, а як Самість.

Екзистенціальна психотерапія не заспокоює людей в розмові про труднощі і конфлікти свого життя. Їх заохочують розглядати свої тривоги і проблеми як цінну вихідну точку для роботи. У прагненні серйозно підійти до філософських проблем вона уникає спокуси трактувати їх як симптоматичні.

Центральним елементом людської екзистенції є ідея інтенціональності. Феноменологія (Е. Гуссерль, Ф. Врентано) постулює, що людська свідомість — прозора завжди і пов'язана зі світом. Кожна людина звернена до світу, перебуває з ним у відносинах. У кожній людині — свій «життєвий світ» (середовище, в якому вона живе), своя перспектива світу, особлива точка відліку, власна атмосфера і світогляд (Е. Гуссерль). Життєвий світ визначає прагнення, дії і шлях людини, вона має горизонт, в неї є рідна і чужа земля (М. Гайдегер).

М. Гайдегер стверджував, що людина завжди «вкинута у світ», який вже існує. Для психотерапії ця думка важлива можливістю розглядати особисті, емоційні або душевні проблеми людини як частину загальної ситуації. Особа може здійснювати свої вибори тільки всередині даностей конкретної ситуації. Тому екзистенціальна психотерапія пропонує виявляти конкретні відносини, за допомогою яких люди завжди з'єднані зі світом. Для кожної людини важливе її самоусвідомлення у фактичних ситуаціях. Особистість ніколи не може звільнитися від ситуації, однак може обрати свою позицію щодо неї (Ж.-П. Сартр). Деякі ситуації не підлягають зміні, і людина повинна прийняти їх. Рано чи пізно до неї приходять відчуття провини, смерть, біль, страждання, провал. Особистість не може їх уникнути чи подолати — вона повинна навчитися з ними жити.

Одна з цілей екзистенціальної практики полягає в усвідомленні здатності обирати життя у тверезих роздумах, а не «за замовчуванням», розповідаючи собі фальшиві історії про себе.

Розуміння своєї самотності уможливлює й усвідомлене ставлення до часу. Людина визначає своє місце у світі засобами, якими тримається в часі. Життя — це постійний процес трансформації, який неможливо зупинити. Навколо людини завжди відбуваються занепад і розвиток, тому всі її дії повинні бути наповнені усвідомленням її ж зміни в часі. Це підводить до висновку, що

екзистенція є історичною, творить історію. Екзистенціальна психотерапія має простежити розвиток цієї історії і заново зорієнтувати людину в часі.

Психотерапевтична робота як пошук і феноменологічний опис

Світ завжди має значення для людини, вона перебуває в певних відношеннях з ним і відгукується на нього особливим умонастроєм. Настрій є не просто важливим індикатором того, що відбувається між людиною і світом. Саме за допомогою емоцій людина змінює світ, а отже, і себе.

Людина може відгукуватися світові і через свою здатність міркувати. Клієнтам екзистенціальної терапії часто важливо знову навчитися мислити в споглядальній манері, будучи відкритими до світу, і приймати його з подякою за те, що є.

Щоб зробити корисним засобом прояву буття мовлення (третьої сутнісної способу буття), людина повинна навчитися користуватися ним дбайливо і не зловживати говорінням («балаканиною»).

За твердженням Е. Спінеллі, екзистенціальна концепція психотерапії охоплює принципи, які максимально стисло визначають екзистенціальну концепцію людини: визнання взаємопов'язаної природи людини; немінучість невизначеності; універсальність екзистенціальної тривоги.

Завданням екзистенціального психотерапевта є визнання разом з клієнтом специфічних напруг його життя. З екзистенціального погляду, психотерапія має справу з конфліктами, які постійно народжуються напруженнями людської екзистенції. На основі розуміння цього терапевт досліджує (описує) життєвий досвід, індивідуальну ситуацію та позицію клієнта стосовно світу, прагне зрозуміти його світогляд, душевні стани, цінності і переконання. Цей процес терапевт реалізує, намагаючись збагнути спосіб творення клієнтом змісту.

Психотерапевтичний процес покликаний не тільки зрозуміти суперечності, а й прояснити ставлення клієнта до поточних проблем. Насамперед потрібно допомагати примиритися із притаманними саме йому суперечностями, знайти новий напрям у житті, збагнути парадокси, які можуть підстерігати клієнта.

Екзистенціальна психотерапія вимагає філософського дослідження всього істинного для клієнта. Її метою може бути повернення йому особистої свободи, готовності та здатності бути відкритим до світу, жити автентично і смиренно, міркувати про себе і вступати в ефективну комунікацію з іншими. Екзистен-

ціальну психотерапію здійснюють разом із клієнтом, а не для нього. Від клієнта психотерапевт, крім готовності до співпраці та зацікавленості у змінах (мотивації), чекає також здатності описувати свої переживання (рефлексія), говорити про свої почуття, стани і труднощі. Така терапія може бути ефективною для будь-яких клієнтів, можливості її застосування обмежують здібності, ступінь самопізнання і досвід терапевтів.

Терапевтичний процес поєднує такі етапи: прояснення бажань і намірів клієнта; підготовка життєвих виборів і рішень; здійснення рішень (дії клієнта).

Моментом вступу в терапевтичний процес є терапевтичний контракт. При цьому особливо важливі визначення конкретних і реалістичних терапевтичних цілей, а також розподіл відповідальності між терапевтом і клієнтом. Співпраця перетворює укладання терапевтичного контракту з формальної домовленості на процес, що завершує початковий етап терапії.

Терапевтична робота починається з обговорення труднощів клієнта, які привели його до терапевта. У фокусі уваги мають бути: життєві принципи клієнта, які істотно впливають на його вибір способу життя і стосунків з іншими; суть труднощів клієнта і те, як він їх переживає та оцінює; вплив труднощів на його життя і бачення клієнтом історії своїх негараздів та головних дієвих осіб його життя; оцінювання себе, інших людей і світу загалом.

Упродовж роботи з клієнтом терапевт повинен постійно тримати у полі зору такі орієнтири:

- 1) життя клієнта, розглянуте крізь призму основних вимірів його життєвого світу (фізичного, соціального, психологічного і духовного), — яке його життя в цих умовних вимірах; чим різняться його інтенсивність у різних вимірах; у якому вимірі найбільше проявляються труднощі;
- 2) сфера цінностей і смислів клієнта, яка може бути джерелом його труднощів і головним ресурсом їх подолання;
- 3) здібності, можливості, ресурси особистості та досвід клієнта, спираючись на які, можна досягти терапевтичних змін, що зроблять його життя конструктивним і продуктивним.

Ключовим моментом етапу підготовки життєвих виборів і рішень є побудова терапевтичних відносин. Психотерапевтична зустріч, з екзистенціального погляду, — це діалог двох різних людей, напрям якого вони визначають спільно. Свої відносини з клієнтом екзистенціальний психотерапевт визначає як «вибір відповідного способу спільного буття», хоча їх зустріч відбувається у феноменологічному полі досвіду клієнта.

Не існує «об'єктивної» або «правильної» реальності, а є тільки реальність, яку різні люди інтерпретують по-своєму. Тому терапевт допомагає клієнту зрозуміти, що він бере участь у створенні спільного життя з «іншим» (терапевтом). Цей «інший» ясно формулює свої вимоги і дотримується їх сам. Він послідовний у відносинах з клієнтом, говорить те, що думає, і робить те, що говорить.

Терапевтичні відносини в екзистенціальній терапії можна охарактеризувати як гармонійне поєднання взаємопов'язаності й автономності терапевта і клієнта. Специфічних способів допомоги, терапевтичних технік екзистенціальна терапія не застосовує. Головне для неї — екзистенціальний світогляд й екзистенціальне мислення терапевта, спрямоване на прагнення зрозуміти іншу людину в реальності її життя. Представники екзистенціальної психотерапії наголошують на значенні розуміння, усвідомлення і прийняття рішень, вміння вислуховувати і співпереживати.

Найчастіше в екзистенціальній практиці застосовують такі техніки:

1. Наголос на розвиток самосвідомості. Мета — допомогти клієнтові у відкритті для себе значущості і цінності власного життєвого світу, ціннісному переживанні свого Я, усвідомленні і переживанні своїх обмежень, потенційної свободи від минулого і цінності життя в сьогоденні.
2. Культивування свободи і відповідальності. Покликає допомогти клієнтові у виявленні способів відходу від відповідальності та свободи, заохотити до прийняття ризику заради цих цінностей.
3. Допомога у відкритті або творенні сенсу. Цій меті можуть прислужитися конфронтація з клієнтом або полегшення його можливих переживань у зв'язку з відкриттям «екзистенціального вакууму», безглуздя життя. Клієнтові важливо зрозуміти, що сенс не «дається» безпосередньо, приходить поступово, під час залучення у творчість, продуктивну діяльність.
4. Унікальність та ідентичність. Застосування її має сприяти клієнтові в розрізненні справжніх відносин близькості, автентичного Я і несправжнього Я (коли клієнт робить, говорить або відчуває не те, що йому властиво або хочеться, а те, що пов'язано з іграми, імітацією життя).
5. Робота з тривогою. Як один із проявів буття тривога важлива для психотерапевта у пізнанні способів, якими клієнт намагається прийняти свою тривогу або прагне заглушити її. Варто зрозуміти і її функцію — зростання особистості чи обмеження особистісного буття.

- б. Відносини з часом. Екзистенціальний психотерапевт не тільки досліджує можливість підвищення ступеня особистісної реалізації в сьогодні, а й проєктивно визначає можливі шляхи самодійснення клієнта.

Досвідчений терапевт має зважено обирати відповідні техніки, намагаючись збагнути потреби клієнта і проблеми, що перед ним постають.

Запитання. Завдання

1. На які теоретичні положення екзистенціальної парадигми спирається екзистенціальний психотерапевт?
2. Які універсальні результати зміни світогляду людини в екзистенціальній психотерапії ви вважаєте цінними з точки зору вашого розуміння психотерапії?
3. Назвіть техніки екзистенціальної психотерапії.
4. Охарактеризуйте психотерапевтичну роботу як пошук і феноменологічний опис.
5. Охарактеризуйте поняття «екзистенціальна комунікація».
6. Охарактеризуйте внесок М. Бубера, К. Ясперса, А. Камю, Ж.-П. Сартра, Е. Юнеску в розвиток екзистенціальної психотерапії.
7. Охарактеризуйте основні ідеї В. Франкла.

2.8. Дитячо-юнацька психотерапія

Відносно молода психотерапевтична галузь дитячо-юнацька психотерапія виокремилася на початку ХХ ст. із загальної психотерапії, пододала шлях від інтуїтивних емпіричних форм, що зважали на зовнішні щодо пацієнта чинники, до особистісно орієнтованої терапії, яка спирається на вивчення особистого розвитку дитини і сприяння йому, а також на нейтралізацію несприятливих чинників середовища, що його гальмують і пригнічують.

Дитячо-юнацька психотерапія — психотерапевтична галузь, що використовує методи корективних і психотерапевтичних впливів, які відповідають психічному розвитку дитини, послуговуються зрозумілою їй мовою й орієнтовані на її ресурси.

Ця галузь є еkleктичною, вона ґрунтується на різних терапевтичних моделях, тому в конкретному випадку методологія не може гарантувати її успішності. Динаміка терапії і поведінка дітей протягом терапевтичних зустрічей не пов'язані з теоретичною орієнтацією терапевта.

Становлення дитячо-юнацької психотерапії

Методи діагностики та лікування дітей з ураженням головного мозку (дитячим церебральним паралічем, афазіями) використовував З. Фройд. Психотерапевтична робота з дітьми та використання гри в терапії започатковані з клінічного випадку маленького Ганса, якого З. Фройд бачив лише один раз під час короткого візиту. Лікування полягало в поясненні батьковій хлопчика, як реагувати на його поведінку з огляду на спостереження за грою Ганса.

На розвиток дитячої психотерапії суттєво вплинула діяльність Мелані Кляйн. У 1919 р. вона почала використовувати ігрову техніку як засіб аналізу в роботі з дітьми, молодшими 6 років. Вона вважала, що дитячу гру спрямовують приховані мотивації та вільні асоціації, як і поведінку дорослих. Мелані Кляйн уперше забезпечила ігрову кімнату іграшками, матеріалами для вирізання та малювання, водою та піском. Усе, що робить дитина під час сеансу, вважала вона, є проявом перенесення. Основне завдання психотерапевта збачала в інтерпретації символічного контексту гри дитини на основі теорії її розвитку та походження симптомів.

Значну увагу Мелані Кляйн приділяла стосункам матері та дитини в ранньому віці. Згідно з її концепцією, заздрість до грудей, що годують, є деструктивним чинником, що протидіє побудові стабільних відносин, підриває почуття вдячності, розмиває відмінності між поганим і хорошим. Психотерапія полягає в аналізі тривоги і захисту, пов'язаних із заздрістю та деструктивними імпульсами.

Одночасно з Мелані Кляйн гру для встановлення контакту з дитиною використовувала Анна Фройд. Вона систематично вела спостереження за грою та інтерпретувала їх у формі вільного обговорення. Анна Фройд наголошувала, що перед початком тлумачення несвідомих мотивацій, прихованих за малюнками та грою дитини, важливо налагодити емоційний контакт між нею і терапевтом. Вона поділяла погляди Кляйн на перенесення, а терапевта розглядала не тільки як реципієнта проєкцій, а і як реальну особистість, навіть учителя дитини-пацієнта. За її переконаннями, для дітей з еґо-дефіцитом особливо важливі чинники нетрансферних відносин. У таких випадках терапевт діє як допоміжне Еґо. Для дітей терапевт — не тільки інтерпретатор, а й модель для ідентифікації, людина, яка захочує, а також посередник між дитиною та батьками.

Мелані Кляйн і Анна Фройд були впевнені, що багато дитячих психічних розладів ґрунтуються на несвідомих невротичних конфліктах, а перебіг таких розладів полегшується завдяки само-спостереженню, самоусвідомленню та інсайту. Досягнення цього відбувається за допомогою роз'яснень терапевта, який сприяє

дозріванню дитячого Его. На їх переконання, імсайт не виникає без «проробки». При взаємодії з терапевтом в бесіді або грі дитина демонструє основні конфлікти, а інтерпретація її почуттів, думок і мотивів прискорює набуття контролю над конфліктами. Тому психотерапевт покликаний розкрити минуле та посилити Его дитини.

Британський педіатр і психоаналітик Дональд-Вудс Віннікот (1896—1971) вважав, що проблеми емоційного здоров'я дитини закорінені в її стосунках з матір'ю. Він обґрунтував поняття «досить хороша мати». У перші тижні після народження дитини вона перебуває у стані первинного почуття материнства — підвищеної чутливості. Цей стан допомагає їй створити дитині умови для розвитку та індивідуального емоційного життя. Від матері залежать і фрустрації, які дають дитині відчуття зовнішнього середовища. Мати сприяє становленню структури «Я сам» — персоналізації. Для дитини мати — це об'єкт, здатний задовольнити потреби, й водночас «зовнішнє середовище» (мати активно піклується).

Порушення поведінки та невротичні прояви Д.-В. Віннікот пояснював ранньою *депривацією* — антисоціальними тенденціями, які допомагають дитині звернути на себе увагу та здобути піклування про себе (знайти втрачений об'єкт). Великого значення він надавав вихованню за допомогою *делюзування* — збільшення кількості відмов з боку матері, що розвиває здатність дитини долати дефіцит уваги підвищенням психічної активності. Роль батька, на його погляд, — зробити матір в очах дитини більш людиною.

Д.-В. Віннікот розробив ефективний метод амбулаторної допомоги дітям з невротичними конфліктами, а також їх батькам. Він просив батьків розповісти про проблему, її розвиток, фон і провів одну тривалу співбесіду, використовуючи гру в зигзаг як головний засіб спілкування. Почергово він і дитина малювали на папері зигзаг, потім ще один для доповнення картинки, після чого обмінювалися враженнями про зображення. Подальше спостереження лікар часто здійснював по телефону.

У 30—50-ті роки ХХ ст. було розроблено нові теоретичні моделі, вдосконалено підходи до лікування дітей, яких раніше вважали нездатними до традиційної психоаналітичної ігрової терапії. Багато моделей і технік були реакцією на різні аспекти психоаналізу.

Наприкінці 30-х років впровадили техніку ігрової терапії «структурована терапія», яка використовувала аналітичну теорію як основу цілеспрямованого підходу. Головні її засади: психоаналітична парадигма; віра у катарсисну цінність гри; активна роль терапевта у спрямуванні і фокусуванні гри.

Техніка «вигільнювальної терапії» зорієнтована на лікування дітей, що пережили травматичні події. Дітям давали іграшки та

матеріали для відтворення у грі травматичної події. Ідею цієї терапії можна пов'язати з тезою З. Фрейда про компульсії, що повторюються. В основі травматичного механізму — концепція, згідно з якою дитина в умовах безпеки, підтримки, користуючись відповідними матеріалами, знову і знову розігрує травматичну подію, доки не зможе прийняти пов'язані з нею неприємні думки та почуття.

Техніку «активної ігрової терапії» використовували в роботі з імпульсивними дітьми, а також із дітьми, схильними до відреагування (воно полягає в тому, що негативні емоції дитини бурхливо проявляються в її поведінці). В основі її — розуміння, що допомога дитині у вираженні гніву та страхів через гру може мати ефект, оскільки вона проявляє свої емоції, не боячись наслідків. Під час взаємодії з терапевтом дитина вчиться скеровувати свою енергію на адекватніші ігрові типи поведінки. При застосуванні цієї техніки важливі підтримка дитини у побудові нею поняття часу, допомога у подоланні минулих травм і тривоги щодо реальності.

У 30-ті роки ХХ ст. було розроблено ігрові техніки, які узагальнено можна назвати *терапією стосунками*. Вона спирається на положення про важливість пологової травми у розвитку особистості: стрес, отриманий при народженні, викликає страх перед відокремленням (індивідуацією), тому дитина прив'язується до свого минулого.

Пологову травму вважали причиною, яка ускладнює формування глибоких позитивних стосунків. Через неї діти можуть відчувати труднощі у відокремленні від первинного об'єкта, «застрягаючи», стаючи залежними, потрапляючи в ізоляцію, бо вони не здатні до повноцінних стосунків. Терапія має допомогти дитині встановити глибокі довірливі стосунки з терапевтом в умовах терапевтичної сесії.

У 40-ві роки ХХ ст. розроблену К. Роджерсом клієнт-центровану терапію було модифіковано в техніку ігрової терапії. Мета *клієнт-центрованої ігрової терапії* — відновлення балансу між дитиною та її середовищем, сприяння природному самовдосконаленню і зростанню. Терапевт і дитина розвивають теплі стосунки прийняття, під час яких він відображає почуття дитини. Завдяки цьому вона досягає усвідомлення, яке допомагає їй розв'язати проблеми та здійснити бажані для неї зміни.

Техніка «терапії встановлення меж» враховувала характерну для дітей специфічну поведінку відреагування. Вони не довіряють дорослим і не можуть реагувати послідовно, тому необхідно постійно перевіряти, до якої межі ці діти можуть розраховувати на дорослих.

Гра — це процес гармонізації індивідуального світу, вона породжує і втілює різноманітні переживання, є джерелом нового досвіду та почуттів. Одна з її основних функцій — змінити болючі, неподолані афекти, забезпечити природний засіб для їх вираження. У грі встановлюються оптимальні стосунки між Воно (Ід), Я (Его) та Над-Я (Супер-Его), між первинними і вторинними процесами. Завдяки грі дитина розвиває та підтримує світ своєї фантазії, здатність до уяви, вчиться комфортно переходити від внутрішнього життя до зовнішньої дійсності. У процесі гри вона переживає те, що інші роблять, думають та відчувають. Ці переживання допомагають рухатися від свого нарцистичного Я до відчуття того, що відчувають інші. Тому гра допомагає дітям розвивати здатність до переживання. Кожному віку відповідає свій тип гри, невідповідність типу гри та віку свідчить про психічні негаразди у дитини.

Дитячий психотерапевт повинен використовувати ігрову терапію як форму комунікації, що перебуває «між» примітивною поведінкою та вербалізацією. Для цього йому слід розвивати в собі здібність до гри, регресувати в обслуговуванні Его разом із дитиною. Кабінет має бути «дитячим ігровим майданчиком».

Недирективну терапію К. Роджерса використовувала в дитячій практиці Вірджинія Акслін. Кожний індивідуум має потенціал для самореалізації, — вважала вона, — тому ігрова терапія покликана звільнити цілющий потенціал кожної дитини. Завдяки їй можна допомогти дитині через інсайт і саморозуміння стати сильнішою і набути здатності протистояти складним умовам життя.

Недирективний дитячий психотерапевт у своїй практиці спирається на такі принципи:

1. Забезпечення швидкого розвитку теплих і дружніх відносин з дитиною.
2. Цілковите прийняття дитини такою, яка вона є.
3. Установлення режиму «дозволеного», в межах якого дитина може вільно виражати свої почуття, спілкуючись із психотерапевтом.
4. Уважне ставлення до почуттів дитини, відображення їх з метою досягнення нею інсайту стосовно своєї поведінки.
5. Глибока повага до здатностей дитини розв'язувати свої проблеми, допомога їй у виборі змін і перших кроках на цьому шляху.
6. Відмова від намагань виправляти поведінку дитини («Дитина веде, психотерапевт іде за нею»).
7. Уникнення намагань прискорити терапію.
8. Установлення обмеження тільки для забезпечення зв'язку з реальністю та усвідомлення дитиною її відповідальності у відносинах.

Е. Еріксон, досліджуючи життя індіанців, виявив у них синдром неврозу, який важко було пояснити з позицій класичного психоаналізу (основним джерелом душевних конфліктів індіанців він вважав відірваність від коренів, розрив між способом життя і тим, що описане в переказах племені). Він завжди намагався побачити дітей у домашніх умовах, брати участь у сімейних трапезах, бо вважав, що невроз супроводжують відмова від дії та дозвіл замість себе говорити симптому, який слід розуміти як захист дитини в розвитку її ідентичності. За сприятливих умов вона безперешкодно оволодіває ядром своєї особливої ідентичності в ранньому віці. Часто дитині доводиться захищати цю ідентичність від вимушеної надідентифікації, яку ініціюють батьки. Невротиками, як правило, є жертвами надідентифікації, яка ізолює маленького індивіда.

Об'єктні стосунки між батьками та дитиною розкриває теорія прив'язаності Дж. Боулбі. Дорослі, неспроможні відповідально реагувати на прив'язаність, зберігають цю модель поведінки, стаючи батьками, чим спричинюють появу розладів у своїх дітей. Характерні для таких ситуацій моделі появи розладів у дітей: «відсторонені» батьки з високою імовірністю виховують «некомунікабельних» дітей; надмірно стурбовані дорослі виховують «амбівалентних» дітей; «дезорганізовані» батьки створюють «дезорієнтованих» дітей.

Методичні та технічні аспекти психотерапевтичної роботи з дітьми та молоддю

У роботі з молодшим поколінням використовують усі методи психотерапії — психоаналіз, групову, ігрову, сімейну психотерапію тощо. Вони мають бути дотичними до основного виду діяльності дитини, підлітка або молодої людини.

Мета дитячо-юнацької психотерапії — за допомогою слова, людських стосунків та різноманітних форм гри вплинути на переживання і поведінку дитини та людей з її оточення, які вони сприймають як болісні, хворобливі або як відхилення, а також помістити історію страждань дитини та її оточення в межі, у яких вона подаватиметься індивідуальному пізнанню та опрацюванню.

Основні практичні завдання сучасної дитячо-юнацької психотерапії є такими:

1. Зробити творчість головною цінністю дитячо-юнацьких психотерапевтичних стосунків. Замість того щоб потурати батькам хворої дитини в їх прагненні до самовиправдання або збереження ілюзії власної правоти, потрібно допомогти їм переорієнтуватися на досягнення творчої мети. Необхід-

но розвивати високу оцінку спонтанності та практичності, вміння «свіжим оком» глянути на проблему.

2. Допомогти пацієнтам у створенні «особистої міфології». Психотерапевт дає змогу пацієнтам побудувати історію їхнього життя з елементами пригод і героїчного епосу. У процесі подолання відчуття неповноцінності людина здатна переглянути і змінити все своє життя, побачити нові його сенси, ідеали і себе у просторі їх здійснення. Наступним розширенням особистісної практики з урахуванням соціального інтересу може бути об'єднання дітей-пацієнтів та їхнього найближчого оточення у спільноти із подібними або спільними ідеалами, а не лише патологіями.
3. Допомогти пацієнтам виробити трансперсональну (таку, що виходить за межі особи) перспективу як основу світогляду. Інтуїція, коли до неї дослухаються, є джерелом досвіду і катарсису сенсу. Представник гуманістичного напрямку В. Франкл перетворив пошук сенсу на невід'ємну частину ефективної психотерапії. Високо оцінювали цю техніку екзистенційно зорієнтовані психотерапевти. У побудові особистої міфології терапевт допомагає батькам дітей-пацієнтів знайти під час читання, роздумів, бесід тощо суб'єктивно справжні трансперсональні міфологічні образи.
4. Допомогти дитині й оточенню прийняти плюралістичний образ свого Я. Необхідно ширше використовувати метафору багатообразного Я з метою вільного вираження його компонентів. За допомогою цієї метафори людина зможе усвідомлено одночасно вступати в батьківську і дитячу ролі; бути серйозною і безтурботною, активною і пасивною тощо. Дотримання єдиного способу буття збільшує особистісний стиль і знижує здатність адаптування до різних ситуацій. Внутрішні конфлікти можна розв'язувати під час переговорів, а не нав'язуванням волі однієї частини Я іншій (у цьому разі пригнічена частина прагнучиме знайти непрямий, завуальований і відверто патологічний спосіб вираження). В інформаційну епоху батьки хворої дитини опиняються під тиском безлічі порад, пропозицій і рекомендацій про те, як їм стати кращими, оздоровити дитину, досягти ідеалу батьківства. Цей шлях нав'язує надмірний вибір, «насичене Я», апелює до безлічі бажань, пробуджуючи частини Я, серед яких — «ідеальне батьківство». У процесі психотерапії визнання часткових, а не цілісних Я дає змогу впливати на них засобами сублимації або дисципліни відмови.
5. Допомогти людям, що перебувають у психотерапевтичному просторі, більше дізнаватися про інші культури. Це стосується

ся знання про норми і спосіб життя не лише іноземців, а й представників іншої статі, сексуальної орієнтації, віку, субкультурної належності.

6. Запропонувати еkleктичний підхід до психотерапевтичного лікування. Діти-пацієнти з однаковим «діагнозом» мають різні інтереси, слабкості, недоліки, переваги та виростають у різних сімейних умовах. Дитячий психотерапевт повинен знати весь спектр інтегративних психотерапевтичних можливостей у роботі з дітьми та їхнім оточенням, повністю відповідати за перебіг психотерапії.
7. Допомогати пацієнтам розвивати в собі здатність до метапізнання. Не всі батьки пацієнтів володіють навичками метапізнання. Психотерапевт може допомогти їм усвідомити проблеми, пом'якшити сімейні симптоми, дозволити дистанціюватися у терапевтичному просторі, щоб самостійно жити і розвиватися як індивідуально, так і в сімейній системі. У більшості випадків цьому сприяє короткофокусна психотерапія для батьків, їх оточення, яка допомагає удосконалити навички самопізнання і міжособистісного спілкування.
8. Зосередити дитячо-юнацьку психотерапію на формуванні навичок. Найпридатнішим методом є рольова гра, під час якої дітям-пацієнтам, студентам або членам батьківської групи допомагають періодично змінювати ролі. Їм пропонують побачити ситуацію очима своїх дітей, «опонентів», «зовнішніх спостерігачів» або людей з протилежними переконаннями, а також допомагають досліджувати погляди інших людей зсередини.

Систематична участь у різних рольових іграх, арт-методах, пісочковій терапії, казкотерапії, поведінковій терапії сприяє в опануванні нового типу пізнання. Дитина, молода людина або батьки звикають змінювати свої погляди, аналізувати будь-яку систему відліку і використовувати новації для збагачення цілісного процесу пізнання і прийняття нової відповідальності. Такий спосіб мислення врівноважує самоладання і життєздатність, розвиває свідомість, активну здатність працювати в сімейних групах на користь спільної мети — здоров'я своїх дітей.

Залучення сім'ї й оточення в дитячу та підлітково-юнацьку психотерапію

У дитячій і підлітково-юнацькій психотерапії роль батьків може бути одночасно допоміжною і керівною, що сприятиме здоровому розвитку та відповідним віковим змінам дітей і підлітків

аж до настання ранньої зрілості. Відповідальні особи (батьки, найближче оточення — родина) повинні навчити дитину функціональних моделей відносин (стосунків), що підвищуватиме їх впевненість, створюватиме відчуття надійності та усвідомлення власної обдарованості.

Консультація дитячого терапевта може забезпечити дітям (підліткам) та їхнім сім'ям захист і підтримку. Найзатребуваніша вона в конфліктних, загрозливих життєвих ситуаціях, зумовлених: вагітністю, народженням брата чи сестри, позицією брата чи сестри (сиблінг-позиція), травматичним відвідуванням дитячого садочка, проблемами з навчанням у школі, розлученням батьків, пубертатом та особливостями його перебігу, індивідуалізацією, проблемами у дружбі, подальшим навчанням та пошуком професії, важкими випадками, катастрофами, хворобами, смертю близьких чи друзів, відривом від родинного дому (сепарацією), самостійним способом життя тощо.

Діти можуть потребувати психотерапевтичної допомоги, якщо вони: чогось бояться; кусають нігті або постійно тримають пальці в носі; охоче бавляться самі, ніж із друзями; немовлятами кричать і не можуть спати; вгамовують своє «горе» надмірним харчуванням або відсутністю апетиту; страждають на енурез або енокпрез; є надзвичайно неспокійними та галасливими; мають мовні проблеми; не розмовляють і деградуєть; мають потребу ламати і втікати (наприклад, у пісочниці, після руйнування збудованого іншими дітьми); постійно думають про щось погане; є недовірливими; часто потрапляють у неприємності; почувуються виснаженими та безрадісними; надто багато часу проводять за комп'ютером або телевізором, замінюючи ними спілкування; стають залежними від медикаментів та алкоголю; мають проблеми у грі (у колективі і наодинці) або навчанні; мають постійні головні болі або болі в животі; страждають на захворювання верхніх дихальних шляхів; мають проблеми із харчуванням і травленням, розлади сну; страждають на хронічні захворювання та алергії.

Дитячий психотерапевт, поважаючи індивідуальний світ дитини та її сім'ї, водночас повинен намагатися якомога глибше проникнути в цей світ. Ресурси і можливості дитини та відповідальних за неї осіб у процесі психотерапії зростають, відбувається коригування вад її розвитку і комунікативних здібностей.

Упродовж терапевтичного супроводу, який зазвичай триває півтора — три роки, найприйнятніший режим роботи — одна година психотерапії щотижня. Приблизно один раз на 14 днів — консультативні бесіди з батьками і/або особою з оточення дитини. У процесі взаємодії виникають нові творчі компетенції, моделі,

що сприятимуть роз'ясненню реальної ситуації в сім'ї. Психотерапія може відбуватися з дитиною в індивідуальній і в груповій формах, однак її завжди мають супроводжувати консультації батьків. Супровідна (за присутності батьків) психотерапія відіграє величезну роль, оскільки підсвідома частина батьківської сутності оприявнюється через дитину. Психотерапевтичний супровід допомагає батькам бачити поступ у розвитку дитини, доброзичливо підтримувати та заохочувати її. Дитячий психотерапевт повинен вступати в довірливі терапевтичні взаємини не лише з дитиною, а щонайменше з одним із членів сім'ї (кожерапевт).

Батькам необхідно мати вичерпну інформацію, щоб бути впевненими в діях фахівця, довіряти йому, обговорювати з ним і власні розлади, хвороби, переживання, втрати тощо. Дослідження вподобань і бажань батьків (у стосунках пари) мають бути окремим аспектом психотерапевтичної роботи, покликаною захистити дитину від можливих надмірно виражених вподобань і потреб батьків.

Залучення інших членів сім'ї (бабусі, дідусі, брати, сестри) і оточення (друзі, вихователі в дитсадку, вчителі, інші терапевти) необхідне для захисту і розвантаження напруги, а також для підтримки дитини і близьких осіб, які цього потребують. Психотерапевт має знати, хто в сім'ї потребує захисту від симптоматичного зміщення. Дитяча психотерапія виконує також функцію дитячої та батьківської самопомоги, для чого організують спільні сімейні зустрічі.

Відмінності між дитячо-юнацькою психотерапією та психотерапією (психокорекцією) дорослих полягають у різному значенні мимовільних фантазій: у роботі з дітьми вони є основними. У дитячій та юнацькій психотерапії припущення і твердження часто протилежні тим, які застосовують у психотерапії дорослих. Що молодша людина, то однозначніший вплив на неї її оточення та значущих осіб. Розвиток є комплексним, стан дитини при зустрічі зі сторонніми авторитетними особами змінюється, тому терапевт має враховувати інтрапсихічну та інтерперсональну (стосунки з батьками, оточенням) ситуацію підлітка чи дитини.

Основою дитячо-юнацької психотерапії та психокорекції є відносини «дитина (юнак) — психотерапевт — батьки», побудовані через контакт «Я — Ти». Психотерапевт стає медіатором психоемоційного простору «батьки — діти», доки не буде налагоджено контакт у сім'ї.

Між офіційно визнаними і реальними психічними патологіями серед дітей, підлітків та молоді є значні відмінності. Як правило, на це впливають такі чинники:

1. Батьки, в яких переважають негативні установки щодо дитини чи контролювальний стиль виховання, частіше

консультують своїх дітей у психологів і психотерапевтів. Високу готовність до консультування демонструють збудливі, песимістично налаштовані (піддані фрустрації) матері, а також освічені й інформовані батьки. Більше переймаються фізичним та психічним здоров'ям своїх дітей родини з вищих соціальних верств.

2. Готовність батьків привести свою дитину на консультацію в спеціалізовану психологічну чи психотерапевтичну установу залежить від виду і значущості симптоматики. На неї впливають значущість симптомів, а також вік дитини — батьків найчастіше спонукають звернутися за консультацією дезадаптація та проблеми в садочку чи школі.
3. Щонайменше третина батьків, діти яких мають певні особистісні дефіцити, не визнають цього. Серед тих, хто визнає наявність порушень, лише 20—60 % готові звернутися по допомогу до психотерапевта.
4. Імовірність потрапити на консультацію вища у хлопчиків, ніж у дівчаток.
5. Готовність до психотерапії чи психологічної допомоги тим менша, чим старша дитина; батьки більше переймаються здоров'ям дітей молодшого віку.

При виборі методу терапії враховують:

- а) специфічність. Психотерапевтичні методи слід застосовувати до чітко встановлених типів розладів. Це означає, що різні психічні захворювання дитячо-юнацької вікової категорії потрібно лікувати за допомогою різних методів. Принцип специфічності полягає у виборі найприйнятнішого і найефективнішого методу за конкретної патології. Можлива комбінація кількох методів;
- б) ефективність. Вона має бути доведена шляхом порівняння обраного методу з іншими методами психотерапії;
- в) ретельну діагностику перед призначенням психотерапії. Вона має ґрунтуватися на біологічному і психологічному обстеженні з використанням усіх доступних можливостей;
- г) адекватність методу конкретному психічному порушенню. Підставою для застосування методу слугують відомості про його ефективність за певної патології. Наприклад, моносимптомні фобії і зоофобії найкраще піддаються поведінкової психотерапії;
- г) відповідність методу віку і рівню розвитку. Практичний психолог чи психотерапевт має замислитися над тим, чи відповідає запропонований ним метод вікові і рівню

розвитку клієнта, а також із якого віку почалося формування дефіциту та виникнення симптому.

Планування лікувальних заходів не повинно обмежуватися лише вузьким колом психотерапевтичних методів. Спочатку варто розглянути всю палітру наявних медичних, психотерапевтичних і психосоціальних заходів, припускаючи можливість їх одночасного використання.

Метою інтегративної дитячо-юнацької психотерапії та психокорекції є розвиток нових здібностей і умінь або активізація сформованих (клієнт повинен лише усвідомити, що він знову може ними скористатися). Її завдання полягають у максимізації здатності дитини ефективно задовольняти свої потреби, не заважаючи іншим людям, а також задовольняти їхні потреби; оптимізації зв'язків дитини з оточенням, задоволенні нею своїх потреб соціально прийнятними способами, уникаючи егоцентризму та соціопатії; поверненні дитини на рівень функціонального розвитку відповідно до її біологічних якостей; допомозі дитині стати на шлях розвитку, який сприятиме адекватній її адаптації в наступні періоди життя.

За твердженням американського психолога Вірджинії Сатір (1916—1988), саме дитина є носієм родинного симптому, несвідомо бере на себе відповідальність за збереження сім'ї. Якщо їй для цього необхідно хворіти, незадовільно вчитися чи недисципліновано поводитися, вона буде це робити. Таке життя може стати нестерпимим для дитини, і вона потребуватиме допомоги. Якщо батьки не здатні змінити сімейний клімат, психотерапевт не зможе допомогти. Консультування батьків є емоційною і практичною підтримкою терапії дитини. Воно має мобілізувати зміни в домашній обстановці, полегшити напруженість батьків, нейтралізувати їх нереалістичні вимоги до дитини та невмотивований тиск на неї.

У консультуванні батьків терапевт відпрацьовує:

1. Проблеми емоційного балансу в родині, зосереджуючи увагу на: головних труднощах кожного з батьків, які можуть впливати на особистий стан і здатність виконувати батьківські обов'язки; відмінностях у стилі поводження батьків з дітьми; стреси батьків у зв'язку з тим, що їх дитина проходить курс терапії (відчуття особистої невдачі, страх, що дитина прив'яжеться до психотерапевта).
2. Проблеми дитини-пацієнта, подолання яких передбачає: отримання від батьків достовірної актуальної інформації про дитину та події в родині; загальне інформування батьків про розвиток і внутрішнє емоційне життя дитини; забезпечення розуміння батьками симптомів чи змін, які відбува-

ються в поведінці дитини-клієнта; прояснення власних проблемних взаємодій батьків і їх взаємодій з дитиною.

Запорукою успішності дитячої психотерапії є правильна поетапна організація процесу терапії від першої зустрічі з сім'єю. Первинне інтерв'ю має таку цільову і функціональну структуру:

- 1) встановлення рапорту — забезпечення відповідного емоційного клімату; структурування мети інтерв'ю; опрацювання неадекватної мотивації; прояснення міфів та оман щодо дитячої психотерапії, подолання опору, підготовка до терапії;
- 2) отримання інформації від батьків та дитини — слухання спонтанних розповідей; зосередження уваги на окремих повідомленнях;
- 3) встановлення попереднього клінічного діагнозу;
- 4) формулювання попередньої гіпотези про внутрішню динаміку клієнта, його конфлікти, характерологічні порушення, механізми захисту та їх генетичні джерела;
- 5) попереднє визначення етіології;
- 6) попередня перевірка актуальних і латентних ресурсів, сильних сторін і дефіцитів (родини та дитини) — оцінювання сторін життя, в яких дитина успішна і в яких зазнає неадапції; з'ясування мотивів звернення до психотерапевта; попередній прогноз;
- 7) підготовка до терапії — оцінювання оптимальних завдань; вибір методу та стратегії терапії; прийняття рішення про прийняття дитини на терапію чи направлення до іншого психотерапевта; домовленість про часові та інші рамкові умови;
- 8) опрацювання стратегії консультацій, психологічного тестування.

У процесі першого інтерв'ю оцінюють:

- інтереси (що дитина любить робити у вільний час — наодинці, з друзями, із членами родини);
- страхи і тривоги (чого дитина боїться; що змушує її нервувати; про що вона турбується);
- образ себе (що дитина любить чи не любить в собі; що вміє робити краще однолітків; як дитина описала б себе);
- соматичні проблеми (чи болить у дитини голова або живіт; чи відчуває дитина інший біль; як часто; що дитина робить в таких випадках);
- прагнення (ким дитина хоче стати, коли виросте; на що сподівається, коли виросте);
- фантазії (про що дитина мріє; що їй сниться; якщо б вона змогла виконати три будь-які свої бажання, які б вона загадала).

Для створення корегувальних переживань дитини терапевт повинен:

- 1) встановлювати обмеження, необхідні для закріплення терапії усвідомлення дитиною своєї відповідальності в терапевтичних стосунках;
- 2) бути відповідальним за все, що відбувається на сесіях;
- 3) використовувати кожну можливість для контактів з дитиною;
- 4) ініціювати поведінку дитини, а не реагувати на неї, запобігати спробам дитини проявити опір;
- 5) використовувати кожну можливість диференціюватися від дитини;
- 6) постійно допомагати дитині бачити себе унікальною, особливою, окремою та видатною;
- 7) створювати мінімальну фрустрацію, ініціювати мінімальну кількість викликів і мінімальний дискомфорт;
- 8) під час спалахів темпераменту в дитини наполегливо давати відчуття своєї присутності;
- 9) прагнути, щоб дитина включилася в терапію як людина, що відповідає за свою поведінку;
- 10) підкреслювати моральний аспект поведінки;
- 11) вчити кращих способів задоволення потреб.

У певних ситуаціях можна рекомендувати участь дитини у психотерапевтичній групі. У групі діти отримують новий досвід, учаться коректно висловлювати претензії, повідомляти наміри, узгоджувати норми, правила та санкції, а інколи і змінювати їх. Нова модель поведінки зумовлює зміну Я-концепції: завдяки участі у групі ровесників дитина вчиться бути собою серед багатьох інших. Визнання та популярність у групі суттєво залежать від здатності до співробітництва, вміння висловлювати свою точку зору, обстоювати позицію у суперечці та доходити згоди.

Групової терапії, як правило, потребують: замкнуті, незрілі діти, діти з фобічними реакціями, хлопчики з жіночоподібною поведінкою, «надто хороші діти», діти із «шкідливими» звичками, діти з розладами поведінки.

Малоефективна групова терапія в ситуації гострої ворожнечі сиблінгів, з дітьми-соціопатами, дітьми з надмірними сексуальними потягами, дітьми, схильними до крадіжок, занадто агресивними, а також дітьми, що пережили глибоку стресову реакцію.

Групову терапію з дітьми проводять, зважаючи на такі їх особливості: швидке перетворення почуттів та уявлень на рухові прояви; імпульсивність і неврівноваженість; слабка структура Я з низькою стійкістю до фрустрації та слабкою регуляцією; недо-

стаття сформованість Над-Я; невербальна комунікація як засіб дії; більша потреба у свободі руху та грі.

В оцінюванні динаміки дитячої психотерапії можуть послужитися такі критерії:

- а) рівень занепокоєності і розслабленості дитини;
- б) впевненість у собі;
- в) якість узагальнення того, що відбулося на сесії і своїх особистісних здобутків;
- г) поведінкові патерни, мова тіла, участь у групі, взаємодії з іншими дітьми і дорослими;
- г) рівень відкритості своїх проблем і тривог.

Позитивні зміни в поведінці дитини засвідчують необхідну якість динаміки психотерапії. Досягнення помітних результатів зміцнює впевненість, що навіть інструментально й емоційно тяжкі для пацієнта психотерапевтичні чи психокорекційні впливи він сприйматиме як допомогу та підтримку.

Кожен психотерапевт, який працює на засадах інтегрованої терапії, повинен вміти:

- підтримувати когнітивно-емоційний і мотиваційний процес розуміння;
- активно допомагати клієнтам долати їхні проблеми;
- будувати відносини з клієнтом так, щоб той сприймав їх як необхідні для нього і цінні для закріплення позитивних тенденцій свого розвитку;
- будувати відносини з оточенням дитини-клієнта на засадах гуманності та підтримки.

При застосуванні психотерапії для лікування підлітків та молоді біхевіоральні методи успішніші, ніж небіхевіоральні; клієнт-центровані і сімейно орієнтовані форми психотерапії дають кращі результати, ніж чітко окреслена динамічно орієнтована терапія. Активна роль психотерапевта при лікуванні психічних розладів і захворювань у дитячо-юнацькому віці значно дієвіша, ніж тактика стриманості.

Запитання. Завдання

1. Назвіть основні відмінності дитячої психотерапії від інших напрямів психотерапії.
2. Опишіть техніки «активної ігрової терапії» та «квільнювальної терапії».
3. Вкажіть принципи для недирективного дитячого психотерапевта.
4. З якою метою проводять первинне інтерв'ю з батьками та дитиною?
5. Назвіть етапи організації процесу дитячої терапії.

2.9. Сімейна психотерапія

Сім'я є соціальною системою, а не групою індивідумів. Вона перебуває в постійному контакті з іншими системами. Події в сімейній системі неможливо кваліфікувати через буття окремих осіб. Тому причиною сімейної патології вважають стосунки, а не інтрапсихічні процеси індивідів. Патологія в одного з членів сім'ї, що маніфестує явними психопатологічними проявами, інтерпретується як прояв патології сімейної системи. Член сім'ї — носій симптому — разом з усіма членами сім'ї включений в патологічне коло подій.

Сімейна терапія — вид психотерапії, спрямований на системну корекцію міжособистісних відносин, що має на меті усунення емоційних розладів у родині, найвираженіших у хворого члена сім'ї.

Сімейну терапію та консультування не слід розглядати ні як науково-прикладне застосування теоретичних концепцій, ні як набір «прикладних» технік. Між ними перебуває особистість того, хто працює в системній конвенції, і контекст, в якому цю роботу здійснюють, — багатоманітність базових передумов і позицій, які дають поштовх до конкретних дій.

Спрямовані на успіх психологічні заходи змінюють способи, якими сім'я обговорює проблеми, психічні розлади, хвороби і пов'язані з ними варіанти вибору; коригують смислові структури «враженої особи», яка перебуває в єдиному контексті своєї системи.

Основи сімейної психотерапії

Важливу роль у розвитку сімейної терапії відіграли феміністський рух, соціальний конструкціонізм і культурний релятивізм. Фемінізм привернув увагу до проблем патріархального суспільства, в якому чоловіки дають вказівки, а жінки виконують їх. Культурний релятивізм сприяв прийняттю точки зору, що на всі аспекти життя впливає культура і терапія не може її ігнорувати. Трактатування психічного явища як функціонального чи дисфункціонального залежить від цивілізаційних, етнічних, історичних та інших чинників культури.

Сімейна терапія має розвинуту теорію, яка ґрунтується на дослідженнях фундаментальних наук. Вона відкрита до нових ідей психології, філософії, антропології, біології тощо; орієнтує терапевта бути дослідником у психотерапевтичному діалозі, конструювати нові реальності і нові методи для розширення пізнання.

Перші спроби сімейно орієнтованої терапії припадають на останні десятиліття XIX ст. і пов'язані з соціальною підтримкою населення. У 1890 р. американська соціальна працівниця Зилпа Сміт критикувала своїх колег: «Вільність з вас намагається опікуватись поодинокими бідними або хворими, без бачення їхніх сімейних зв'язків. Ми ж лікуємо сім'ю як щось ціле, маючи передусім на меті зберегти її, але іноді і допомогти розійтись». У надрах психології і психотерапії системно-теоретичний підхід практикували К. Левін («Життєвий простір особи як поле»), Я. Морено (метод психодрами, в якому людина і мережа її соціальних зв'язків розглядались як непорушна єдність), А. Адлер (теорія соціальної зумовленості поведінки людини). Однак системна (сімейна) терапія не має єдиного засновника. Найбільше прислужилися для її становлення старання Вірджинії Сатір, яку називають «матір'ю сімейної терапії».

Основи цілісного підходу до сім'ї як об'єкта вивчення та лікування сформулював Н. Акерман — один із засновників сімейної психотерапії, який обґрунтував поняття «ідентичність сім'ї» (це зміст цінностей, спрямувань, очікувань, тривог і проблем адаптації, які поділяють усі члени сім'ї і доповнюють у процесі виконання сімейних ролей; це емоційне і когнітивне Ми сім'ї); «стабільність сім'ї» (наміри зберегтися як цілісність, незважаючи на зміни, які відбуваються. Для цього їй необхідно зберігати ідентичність у часі, контроль над конфліктами, здатність до змін і розвитку).

Переосмислення сім'ї як феномену почалося після Другої світової війни, саме тоді в Європі та США набули активного розвитку сімейна психотерапія та сімейне консультування. Було розроблено спеціальні програми і технології дошлюбного консультування, тренінги спілкування в подружніх парах, тренінги адаптації після розлучення, технології роботи з сім'ями хімічно залежних осіб тощо.

Сімейне психологічне консультування

В останні десятиліття над різними моделями допомоги сім'ї активно працюють зарубіжні та вітчизняні психологи, психотерапевти і психіатри. Моделі допомоги сім'ї розрізняють за характером і завданнями, які виконує фахівець. Відмінності між ними формують конкретні моделі допомоги, кожна з яких має власну теоретичну базу і використовує відповідні їй методи роботи.

Педагогічна модель допомоги сім'ї ґрунтується на гіпотезі про недостатність педагогічної компетентності батьків, тому

припускає допомогу їм у вихованні дітей. Об'єктом впливу є індивід (передусім — дитина), поведінка якого викликає скарги. Консультанти разом із батьками аналізують ситуацію та розробляють програму заходів, спрямованих на її зміну. Консультант орієнтується на індивідуальні особливості дитини та батьків, а також на оптимальні з погляду педагогіки і психології засоби виховання. Він діє як фахівець, якому краще відомі проблеми, прийоми і способи виховання; може давати поради, завдання, перевіряти їх виконання тощо. Консультанти, які працюють за цією моделлю, є педагогами і соціальними працівниками, рідше — психологами.

Діагностична модель допомоги сім'ї спирається на припущення про дефіцит у батьків спеціальних знань для правильних рішень і передбачає допомогу їм у діагностуванні сімейних проблем. Як правило, така робота стосується дітей або підлітків із затримкою розвитку, труднощами в навчанні, відхиленнями в поведінці. Допомогу батькам надають у формі рекомендацій.

Соціальна модель допомоги сім'ї передбачає розуміння, що сімейні труднощі є наслідком несприятливих обставин, тому необхідне безпосереднє втручання в них, а не лише аналіз ситуації та рекомендації. Таку допомогу надає, наприклад, служба знайомств, відкриваючи клієнтам можливість створити сім'ю.

Медична модель допомоги сім'ї ґрунтується на припущенні, що в основі сімейних труднощів — хвороби, патологічні стани або порушення розвитку особистості. Зусилля фахівців спрямовані на лікування хвороби, реабілітацію хворих, адаптацію здорових осіб до особливостей хворих родичів.

Психологічна модель допомоги сім'ї передбачає, що причини проблем або неблагополуччя в сім'ї зумовлені внутрісімейним спілкуванням та особистісними особливостями осіб, які її утворюють. Проблеми настають не як наслідок хвороби, а як закономірний результат розвитку сім'ї та об'єднаних у ній осіб. У цьому процесі базові передумови (мотивація вступу в шлюб, поведінка дитини, стереотипи батьківської родини, стиль життя, ставлення до людей і подій, особистісні характеристики) породжують сукупність емоційних зв'язків і взаємин, що реалізуються у спілкуванні. Особливості цих зв'язків і спілкування є передумовами внутріособистісних конфліктів, неадекватного реагування на ситуації в сім'ї.

Психологічна модель передбачає аналіз сімейної ситуації, індивідуальних психологічних характеристик, походження і суті сімейних проблем, на основі чого консультант або психотерапевт вибудовують свою роботу.

Види психологічної допомоги обирають, зважаючи на особливості клієнтів. Таку допомогу можуть отримувати: індивід

(член сім'ї) у зв'язку з проблемами, прямо або опосередковано спричиненими сімейним життям чи бажанням створити сім'ю; шлюбна або дошлюбна пара; сім'ї; батьки; спільно батьки і діти; дитина або підліток.

За змістом психологічна допомога може охоплювати:

- а) рекомендації щодо організаційних заходів, пов'язаних із розвитком дитини (направлення у спеціалізовані або допоміжні школи, спеціальні дитячі садки, на консультацію психоневролога, логопеда, психолога-консультанта іншого профілю тощо);
- б) рекомендації щодо методів виховання і навчання;
- в) професійну орієнтацію підлітків;
- г) висновок щодо готовності дитини до шкільного навчання і ймовірних труднощів у навчанні та їх причин;
- г) психотерапевтичний і психокорекційний вплив.

Усі ці види допомоги спрямовані на породжені психологічними причинами проблеми і ґрунтуються на психологічному впливі.

Психотерапевтична модель допомоги сім'ї передбачає безпосередню участь фахівців у подоланні сімейних конфліктів і причин, що їх породжують. Підходи і методи такої роботи різноманітні, як і психологічні драми сімейного життя.

За індивідуального підходу психолог-консультант працює над усуненням або профілактикою індивідуальних чи соціально-психологічних чинників, які зумовлюють глибокі сімейні дисгармонії і призводять до розпаду сім'ї. Найчастіше в його полі зору опиняються алкоголізм, невротичні захворювання, що знижують якість сімейного життя, породжують порушення поведінки і розвитку дітей. За такими явищами можуть бути приховані проблеми соціально-демографічної, економічної чи соціологічної природи, які неоднаково впливають на різних людей, на родини і опосередковані індивідуальними особливостями, психологічними ресурсами членів сім'ї. Однакові чинники в одній сім'ї спричинюють дисгармонію та неблагополуччя, а в інших не мають жодної сили. Тому об'єктом аналізу і консультативної психологічної допомоги завжди є конкретна сім'я або особистість із специфікою розвитку, адаптації до життєвих ситуацій, способами подолання конфліктів, планами тощо.

Психотерапевтична модель передбачає роботу з сім'ями та індивідами, які об'єктивно і суб'єктивно відчувають труднощі в сімейному спілкуванні та сімейному вихованні, мотивовані на прийняття психологічної допомоги і добровільно звернулися по консультацію, адже лише за таких умов психологічні методи взаємодії будуть ефективні. Коли сім'я намагається вирішити свої

проблеми самостійно, без сторонніх агентів або коли її неблагополуччя коріниться не в міжособистісних стосунках чи індивідуальних психологічних особливостях, а в конфліктних відносинах із суспільством, лише психологічного впливу недостатньо. Подолання проблем сприятимуть:

- 1) установка на проблему, яка відображає індивідуальне й колективне ставлення сім'ї до проблемної ситуації. Для психолога головне, чи розуміють вони реальність проблеми, оскільки в сімейному житті досить поширена агнозія — неспроможність розпізнати проблемну ситуацію;
- 2) інформаційне забезпечення розв'язання проблеми. Успішне подолання проблеми залежить від того, наскільки її розуміють у сім'ї, яким є уявлення кожного про свою сім'ю і якість внутрісімейної комунікації;
- 3) мотиваційне забезпечення подолання сімейних проблем. Психологічні дослідження і психотерапевтична практика багаті на факти, які виявляють стійкий зв'язок між здатністю індивіда або групи впоратися з проблемою і зацікавленістю в цьому (амотивованістю);
- 4) сімейні евристики — стратегії розв'язання сімейних проблем і розвиток їх розуміння у цьому процесі. Евристичні (логіко-пізнавальні) напрацювання у процесі розгляду проблеми, висунення та оцінювання шляхів її подолання безпосередньо впливають на зміну ситуації в сім'ї та індивідуальному світі всіх, хто переживає труднощі.

Саме психотерапевтична модель є пріоритетною у сімейному консультуванні.

Теорії і практики сімейної терапії ґрунтуються на *пояснювальних моделях* — ідеях, що циркулюють у психологічному, психотерапевтичному, педагогічному та медичному середовищах. Виокремлюють такі пояснювальні моделі:

- біологічна модель. Її представники причини сімейних проблем приписують соматичним (тілесним) порушенням (+у всьому винні доля, зовнішні обставини; сім'я, вчителі та інші значущі індивіди нічого не можуть зробити, бо на це неможливо вплинути, єдиний вихід — лікувати+);
- психологічна модель. Її ключова ідея полягає в увазі до порушень особистісного розвитку, патологій характеру, когнітивних (пізнавальних) або емоційних порушень, які спричинюють деструкції сім'ї;
- соціальна модель. Виникнення проблем пов'язують із несприятливими умовами (+винні суспільство, влада, педагоги+ тощо);

- педагогічна модель. Зорієнтована на пояснення проблем поведінки дитини виховними помилками батьків або всієї сім'ї, інколи — групи ровесників;
- комунікаційна модель. Орієнтує на пошук сімейних проблем у площині внутрісімейної взаємодії;
- генеалогічна модель. Труднощі сімейного життя її представники пояснюють нагромадженою енергією помилок минулих поколінь («традиції, норми, прокляття» тощо);
- системна модель. Виникнення сімейних деструкцій, на погляд прибічників цієї моделі, є захисною реакцією сім'ї на загрози її існуванню;
- нарративна модель. Фахівці, які її підтримують, вбачають проблему в способах інтерпретації людьми їхнього досвіду і побудові «сюжетних» ліній з ігноруванням фактів та подій, які не вписуються в концепт нарративу.

Спеціалісти, які надають психотерапевтичну допомогу, спираються передусім на особистісні ресурси клієнта, психотерапевтичний потенціал спілкування з ним, а також на власний психологічний та інтелектуальний потенціал.

Психоаналітична сімейна терапія

Сімейні психотерапевти першого покоління мали здебільшого психоаналітичну освіту, вдавалися до надбань психоаналітичної теорії та соціальної психології. Основи системного підходу до сім'ї як об'єкта вивчення та лікування сформулював американський психотерапевт Натан Акерман (1908—1971) — один із засновників сімейної психотерапії. Він обґрунтував ідентичність і стабільність сім'ї.

Ідентичність сім'ї — зміст цінностей, спрямувань, очікувань, тривог і проблем адаптації, які поділяють члени сім'ї і доповнюють у процесі виконання сімейних ролей; емоційне і когнітивне Ми сім'ї.

Ідентичність є емоційно-когнітивною основою стабільності подолання конфліктів і розвитку сім'ї.

Стабільність сім'ї — наміри родини зберегтися як цілісність.

У своїх дослідженнях Н. Акерман брав до уваги рівень інтрапсихічного функціонування окремої особи та рівень інтерперсонального функціонування.

Метою психоаналітичної сімейної терапії є встановлення рівноваги між надмірно ригідним або надмірно хаотичним вико-

нанням ролей, що дає змогу зберегти певною мірою попередню поведінку і водночас відкриває до нового досвіду. Терапевт орієнтується на подолання конфлікту, редукцію страху та надання підтримки сімейним силам, скерованим на отримання емоційного здоров'я. Зміни способу комунікації між членами родини для цього недостатньо, необхідна зміна взаємних позицій та цінностей. Терапевт повинен працювати з сім'єю доти, доки не зміняться міжособистісні взаємини.

Основні теоретичні положення психоаналітичної сімейної терапії ґрунтуються передусім на теорії об'єктних стосунків і меншою мірою на класичному психоаналізі З. Фрейда.

Психоаналітичний підхід у сімейній терапії спирається на такі положення: патологія властива окремим особам, які контактують між собою; симптоми виникають на основі неусвідомлених внутрішніх конфліктів; основою патології є негармонійний характер стосунків із об'єктом і сповільнений розвиток Я окремих осіб, особливо партнерів. Стосунки в дорослому житті детерміновані характером стосунків із важливими особами на ранніх етапах розвитку та внутрішніми конфліктами.

Часто метою психоаналітичної терапії, котра ґрунтується на теорії об'єктних стосунків, є *диференціація та сепарація* — досягнення незалежності, можливості автономного розвитку. Емоційного розвитку та автономності досягають шляхом відпрацювання емоційних стосунків у сім'ї. Наприклад, причиною звернення до сімейного психотерапевта є порушення поведінки, котрі проявились у дитини в пубертатному періоді. За таких обставин мета терапії — переконання сім'ї в тому, що дитина має стати самостійною та водночас зберегти внутрісімейні зв'язки.

Психоаналіз спирається на переконання, що реакція перенесення спостерігається в усіх емоційно значущих стосунках з іншими людьми. Реакції перенесення на терапевта в сімейній терапії є слабшими, ніж в індивідуальній. Це пов'язано з присутністю інших членів сім'ї, передовсім партнера. Члени сім'ї під час терапії вільно дискутують, входять в різноманітні інтеракції. Виражено маніфестована поведінка інтерпретується як завуальована версія почуттів, прихованих за демонстрованими інтеракціями.

Терапевт намагається розкрити приховані і неусвідомлені переживання із минулого. Ризик розкриття в присутності інших членів сім'ї неусвідомлених, таємних і таких, що можуть викликати сором, почуттів стосовно них при цьому значно більший, ніж в індивідуальній терапії. Враховуючи це, сімейний терапевт особливого значення надає встановленню клімату довіри і безпеки, тому працює дуже повільно. Відчуття безпеки сприяє

розкриттю матеріалу в сімейних інтеракціях. Терапевт може поглибити довіру уважним вислуховуванням із мінімальним втручанням. Усі члени сім'ї повинні навчитися сприймати нарікання партнера як прояв почуттів, а не як атаку на власне Я.

Базовими інтервенційними техніками в психоаналітичній сімейній терапії є конфронтація, прояснення, інтерпретація та відпрацювання. Аналогом вільних асоціацій в індивідуальній терапії є вільна сімейна дискусія. Терапевт заохочує всіх висловлювати свої думки та відчуття, але сам майже не втручається в перебіг розмови — передусім слухає.

Психоаналітичні терапевти є найменш директивними сімейними психотерапевтами порівняно з представниками інших шкіл, однак активнішими, ніж під час індивідуальних терапій. Значна частина терапевтичних інтервенцій спрямована на актуалізацію членами сім'ї нової інформації — забутої, витісненої — і вияв почуттів, які раніше були заборонені. У цьому сенсі важливі й заохочення пацієнтів до вербалізації спогадів про дитячі контакти з батьками.

У сім'ях значно частіше психотерапевт стикається з опором, ніж в індивідуальній терапії. Найпоширенішими проявами опору є: систематичне звернення до терапевта, а не до інших членів сім'ї; вимоги проведення індивідуальних сесій задля уникнення обговорення сімейних проблем; відсторонення від конфліктних тем у розмовах; прояви депресії з метою уникнення виявів злості; бажання перетворити когось одного в сім'ї на «цапа-відбувайла»; уперте заперечення власної ролі в проблемних інтеракціях.

Інтерпретація опору відбувається безпосередніше і швидше у сімейній терапії, ніж в індивідуальній. Інакша й техніка його інтерпретації. В індивідуальній терапії найефективніша та техніка, до якої вдався сам клієнт. У сімейній терапії психотерапевт часто особисто інтерпретує опір, оскільки це явище в сімейній групі з'являється відносно швидко.

Інтерпретації в сімейній терапії часто зосереджені на не подоланих у минулому конфліктах і драмах, які проявляються в актуальному сьогоденні сім'ї.

Сімейна терапія, базована на досвіді

Сімейна терапія, котра базується на досвіді, послуговується ідеями екзистенціалізму, феноменології та гуманістичної психології. Провідними її представниками є Карл Вітакер та Вірджинія Сатір. В сімейну терапію її впровадив К. Вітакер. Ця сімейна терапія не має однорідної теоретичної бази. Вона вихо-

дить із уявлення про людину як істоту вільну, котра неповторно сприймає себе і світ, контактує з іншими людьми, передаючи їм свої почуття. Передусім цей напрям психотерапевтичної допомоги переймається тим, як дисфункціональні сім'ї можуть завадити розвитку потенційних можливостей індивідів, а також сприянням їхньому розвитку.

Терапія спирається на положення, що людина є вільною істотою, не детермінованою своїм минулим, тому відповідає тільки за власні рішення. Кожна людина неповторно переживає своє існування як індивідуальний досвід, має потенціал для розвитку та самореалізації. За несприятливих умов ці можливості можуть бути обмежені.

У терапії, що базується на досвіді, не прийнято формулювати класичні діагнози, застосовуючи психіатричні терміни. З цього погляду недоцільне чітке розмежування між адором'ям та хворобою, нормою та патологією («синдром самотнього батька», «синдром матері, втомленої боротьбою», «синдром зради»). До проявів сімейних проблем зараховують також надмірну вагу, куріння, трудоголізм, хоча в традиційному розумінні їх не вважають клінічними розладами. Вивченню минулого людини не надають істотного значення. Ключовою є концентрація на актуальних переживаннях «тут-і-тепер» (це стосується і тілесних переживань, почуттів, думок і фантазій). За цією концепцією значно важливіший емоційний компонент особистості. Людина — це істота, котра передусім переживає, не тільки думає та діє; має змогу спонтанно проявляти свої відчуття, усвідомлює багатогранність своїх переживань.

Терапевтові, який послуговується готовими теоретичними «рецептами», значно важче відчутти емоційну сферу клієнта. Важливіші для нього емпатійність, відкритість і креативність. Без цього йому не подолати емоційної дистанції з клієнтом. Неабияку цінність має його вміння тактовно поділитися з членами сім'ї власними почуттями, спостереженнями, фантазіями, минулим досвідом, у якому є певна співзвучність переживань.

На думку американського психотерапевта Вірджинії Сатір, важливе значення має вербальна і невербальна комунікація між членами сім'ї. Вербальні повідомлення людина чує, невербальні — відстежує. Формально правильної комунікації недостатньо для повноцінного функціонування сім'ї. Суттєву роль відіграє її емоційний контекст. Сім'я — найкраще середовище для емоційного «обміну». У повноцінних сім'ях кожна особа почувається любов'ю і значущою. Передумовою вільного емоційного «обміну» є зрілість партнерів — здатність керувати своїми вчинками і здійснювати вибір; готовність відповідати за власні рішення;

управління власними почуттями; здатність сприймати відмінності як передумову нового, а не як джерело загрози.

У психічно здоровій сім'ї кожна особа здатна сказати, ким вона є і чого хоче; усі поважають незалежність і відмінності всіх, визнають об'єктивність власного і чужого досвіду. Здорові сім'я позбавлена страхів та блокувань, що дає змогу всім відверто і спонтанно проявляти себе, виявляти свою індивідуальність та автономність, будучи в доброзичливих стосунках з усіма.

У функціональних сім'ях усі визнають і розв'язують наявні проблеми, цінують свободу сприйняття, думки і обговорення, почуттів, бажань, творчості; кожен має унікальну цінність, відмінності високо цінуються; забезпечені індивідуальна спроможність задовольняти свої потреби, дотримання слова, вільний вибір ролевих функцій, вміння розважатися, толерантне ставлення до помилок, гнучкість сімейних правил, можливість їх обговорення. Розлади в сім'ях виникають унаслідок заперечення імпульсів та пригнічення почуттів, через що безпека стає важливішою, ніж задоволення.

Вирішальною у виборі партнера є самооцінка, вона впливає на вибір способів комунікацій і правил, якими керується сім'я. Люди з низькою самооцінкою мають високий рівень страху та мінімальну довіру до себе. Їхня самооцінка значною мірою ґрунтується на чужій думці, залежність від неї обмежує їх автономність та індивідуальність. Особи з низькою самооцінкою так і не відокремились від батьків, вони шукають партнера, який, згідно з їхніми уявленнями, зможе доповнити відсутні елементи в їхньому ж Я. Сім'я, в якій обидва партнери налаштовані «отримувати», але не «віддавати», приносить розчарування та зниження самооцінки. Саме в такій сім'ї найчастіше дитину сприймають як продовження власної особи (дитина повинна реалізувати фантазії та прагнення батьків), а її мавifestування своєї індивідуальності трактують як нелояльність і нелюбов. Іншим наслідком розчарування партнерськими стосунками буває створення коаліції з дитиною в надії, що це задовольнить нереалізовані потреби.

Партнери у дисфункціональній сім'ї запрограмовані на відтворення конфліктів, відомих їм із батьківських сімей. Між ними домінують емоційна дистанція і холод. Сімейні стосунки тримаються на почутті обов'язку або звичці. Почуття безнадії та фрустрації інтенсифікують проблеми, тому партнери обирають психологічну модель пристосування, що ґрунтується на компромісах або привілеях одного з них. Стійка структура сім'ї та необхідні для такої ситуації рішення захищають їх від явного конфлікту, альтернативні рішення блокуються або витісняються.

Центральною метою психотерапії є розвиток особи, розширення її свободи вибору, зменшення залежності від інших, підтримання природних стосунків у сім'ї, підвищення здатності відчувати власні потреби і потреби інших.

У процесі терапії кожен має бути здатний детально, прозоро та чітко в присутності інших членів сім'ї висловити те, що він бачить, чує, відчуває та думає про себе й інших. До інших він повинен ставитись як до неповторних індивідуальностей, завдяки чому сімейні рішення природно визріватимуть під час переговорів, а не сприйматимуться як нав'язані. Усі індивідуальні відмінності мають бути розпізнані, визнані та використані для розвитку індивідів і сім'ї.

Представники цього напрямку вважають, що людина за своєю суттю здатна до любові, творчості, продуктивності і радості. Тому, усунувши захисти, вона контактуватиме з власною «здоровою» суттю.

Зміни у психотерапевтичному процесі ефективно провокують екзистенційні зустрічі, під час яких кожен осмислено комунікує як особистість. На початку психотерапевт повноцінно контактує з усіма членами сім'ї, пізніше вже і вони можуть контактувати між собою. Терапевт не відіграє професійну роль, він контактує із сім'єю як особистість, що істотно підвищує професійні вимоги до його кваліфікації. За такого підходу саме терапевт є найефективнішим чинником змін. Психотерапевтичні стратегії і техніки не є самоціллю, оскільки він повинен бути творчим, відкритим, здатним відчуті чужі переживання, спонтанно виявляти свої почуття, створювати і підтримувати атмосферу довіри. Терапевт, який ділиться власними відчуттями, думками і фантазіями, грається з дітьми, у сім'ї сприймається як «модель» природних контактів. Усе це ініціює процес розблокування індивідуальних захистів перед новим життєвим досвідом.

Надмірна емоційна включеність терапевта у ситуацію може спровокувати реакції контрперенесення — блокування його позитивного впливу на осіб, із якими він працює. Наприклад, молоді терапевти можуть намагатися ідентифікуватися з дітьми і ставитися до дорослих осіб як до власних батьків. Особистісна і фахова зрілість психотерапевта, тренінги і супервізія покликані унеможливити емоційне злиття з клієнтом. Для уникнення цього найраціональніше проводити сесії з усією сім'єю, що дає змогу відчути однаковою мірою кожного індивіда. Найефективнішим методом контролю за можливим виникненням контрперенесення є терапія за участю котерапевта (терапевта, який цілеспрямовано співпрацює в організації конкретного психотерапевтичного

процесу), що допомагає зауважити неусвідомлені прояви контрперенесення. Участь котерапевта в терапевтичних сесіях захищає і від надмірного включення в сімейну ситуацію.

Терапевтичні техніки в роботі з сім'єю повинні відповідати особистому стилеві психотерапевта. Найпоширеніші — гештальт-терапія, психодрама та ін. Інколи сесія може відбутися без використання специфічних технік.

Системна сімейна психотерапія

Сім'я як відкрита система перебуває в постійному взаємобміні з навколишнім світом. Поведінка сім'ї як системи відповідає меті самозбереження; джерело перебудови системи — в ній самій. Наміри і вчинки людей вторинні, підкоряються законам і правилам функціонування сімейної системи. Те, що відбувається в сім'ї, часто не залежить від намірів і бажань людей, які входять до неї, бо життя в сім'ї регулюється її якостями як системи. Такою є дія принципу тотальності системи.

Будь-яку сімейну систему можна описати за такими параметрами: стереотипи взаємодії, сімейні правила, сімейні міфи, межі, стабілізатори, сімейна історія. Подібно до всіх соціальних систем сім'я тяжіє до збереження зв'язків між елементами і до їхньої еволюції. Внутрішні та зовнішні коливання зазвичай супроводжуються реакцією, що повертає систему до її стійкого стану. Посилення коливань може спричинити кризу сім'ї.

Життя сімейної системи підкоряється закону гомеостазу і закону розвитку. Відповідно до закону гомеостазу, будь-яка система прагне до стабільності. Кожен у сім'ї знає, що дозволено, які сили протидіють порушенню правил, якою є система контролю і наскільки вона ефективна.

Нуклеарна сім'я водночас є підсистемою розширеної сім'ї, групи, суспільства. Взаємодія з великими системами породжує різноманітні проблеми і завдання щодо її підтримки та збереження.

Сім'ю утворюють *диференційовані підсистеми (холони)* — члени сім'ї або діади (чоловік і дружина), які виконують певні функції і забезпечують життєдіяльність сім'ї. Більші підгрупи утворюють покоління (підсистема сиблінгів), статеві групи (дід, батько і син) або функціональні групи (батьківська підсистема). У межах сімейної системи особливе значення, крім індивіда, мають три підсистеми: подружня, батьківська і підсистема сиблінгів.

Один із членів сім'ї може бути учасником кількох підсистем — батьківської, подружньої, дитячої, чоловічої, жіночої

тощо. Одночасне функціонування у декількох підсистемах зазвичай малоефективне.

У системній психотерапії сім'я є відкритою системою, здатною утримувати рівновагу. Психічні процеси окремих індивідів психотерапевт не бере до уваги, оскільки для нього суттєве те, що відбувається між членами сім'ї, передусім — комунікації.

Людина не може не спілкуватися, кожна спроба уникнення комунікації є патологічною. Людське порозуміння можна аналізувати на синтактичному, семантичному та прагматичному рівнях. Основою пізнання подій у сім'ї є аналіз прагматичного аспекту комунікації, тобто ефекту порозуміння.

У сучасній психотерапевтичній практиці застосовують різноманітні моделі системної сімейної терапії (ССТ): міланську модель ССТ, короткотривалу сімейну терапію, соціальний конструкціонізм, нарративну терапію.

Міланська модель системної сімейної терапії була розроблена групою італійських спеціалістів на чолі з Марією Сельвіні-Палаццолі, яка випробувала ідеї парадокса і контрпарадокса. Варіантом терапевтичної інтервенції було обрано парадоксальний припис, який застосовують, коли сім'я у своєму запиті до терапевта діє парадоксально: «Ми хочемо позбутися проблеми (симптому), але щоб при цьому нічого не змінилося в нашій сім'ї».

Використовуючи парадоксальні приписи, терапевт може створити власний контрпарадокс для сім'ї, сказавши приблизно так: «Ваша проблема виконує важливу і корисну функцію. Вона допомагає вашій сім'ї тим-то і тим-то, а тому, доки не знайдено інші механізми реалізації функцій симптому, нічого не змінюйте» (комунікативне повідомлення). Все це проголошують, якщо передбачаються подальші зустрічі і контакти з сім'єю, тобто в контексті терапевтичних змін (метакомунікативне повідомлення).

Базові аспекти психотерапевтичної інтервенції (втручання) в цьому методі: позитивний зміст будь-яких проявів поведінки; сімейні ритуали; розтягування інтервалів між заняттями; парадоксальні рекомендації.

Модель короткотривалої терапії, орієнтованої на рішення, спирається на твердження: «Розмови про проблеми створюють проблеми, розмови про рішення продукують рішення!».

Орієнтовану на рішення короткотривалу терапію започаткували в середині 70-х років ХХ ст. в Центрі короткотривалої сімейної терапії в Мілуокі (США) Стів де Шейзер та його дружина Інсу-Кім Берг. Ядром концепції стало положення, згідно з яким величезна помилка психотерапії — вважати, що між проблемою та її вирішенням існують певні взаємозв'язки. Радше навпаки,

процеси прийняття рішення від випадку до випадку стають щораз подібнішими, на відміну від проблем, для яких інтервенції залежать від певних обставин. За такого підходу під час розмови формується стан очікування змін на основі попередніх досягнень. Уся терапевтична система створюється з метою якомога швидшого розв'язання проблеми. Особливо важливо наголосити, як обидві сторони можуть розпізнати, що проблема вирішена. Саме цей аспект взаємодії найцінніший.

Соціальний конструкціонізм ґрунтується на постулаті про принципову неосязність об'єктивної реальності і спирається на поняття «відносини», «міжособистісне координування». Його чільним представником є американський соціальний психолог Кен Герген. Індивідуальність, згідно з його ідеями, — побічний продукт, а діяльність людей «конструюється суспільством» завдяки комунікації, яка розгортається у специфічному історичному контексті. Особливу увагу прихильники цього напрямку приділяють мові як «продукту» і «продуценту» дійсності людей. Вона завжди є соціальною і вимагає координації дій щонайменше двох осіб. Розмова (діалог) — місце виникнення «дійсності». Вона відкриває для терапії широку палітру нових метафор. Консультантам пропонують думати, послуговуючись такими категоріями, як «історія», «метафора», «робота зі значеннями», «риторика та переговори»; зважати на те, як у системі виникають і утверджуються спільні значення.

Надавання і привласнення значень є постійним процесом розгортання, який залежить від форми взаємодії. З розширенням соціальних контактів людина розпізнає і влітає в контекст свого життя нові значення як моменти чужого життя. Унаслідок цього вона стає ніби «окупованою іншими».

Почуття — також компонент спільних дій: «Моя депресія не є частиною тільки мене. Вона виникає із способу моїх відносин. Її можна порівняти з двома танцюристами, послідовність і зв'язність рухів яких утворюють суть танцю. Отже, це — “наша депресія”. Я є лише її носієм».

Соціальні конструкціоністи виступають проти ігнорування попередніх напрацювань про себе і за те, щоб «віддати належне» попередньому світу, необхідному для збереження традицій.

Згідно з концепцією *нарративної терапії*, дійсність можна уявити як наративи — історії, про які ведуть мову люди. Справді, в інформаційному суспільстві відбулося зміщення акцентів із форм поведінки на ідеї — особистісні, колективні. Ідеться про мову, значення історій, які передаються за допомогою мови і створюють віртуальну (сміслову, образну) реальність.

Сім'я є найближчим соціальним оточенням (простором), у якому історії кожної людини протистоять одна одній і водночас перебувають у постійному взаємобміні. Історії не вигадують наодинці — вони потребують Слухача, який завжди поруч із Оповідачем. Розповідати можна і без слів. Історія «Все одно я всім байдужий» не потребує багато слів, щоб завжди по-новому розповідати її собі та іншим. Таким є процес «конструювання реальності сім'єю» («сімейна парадигма»); для інтерпретації дійсності кожен член сім'ї користується спільною системою визначень і переконань — «нарративною традицією» (притаманною кожній сім'ї традицією розповіді). На цій підставі терапевт може розкрити провідні дискурси, розпитуючи людей про історію їхньої проблеми. Особливо корисно в цьому сенсі розпитати, як люди піддалися диктату проблеми: «Де ви навчилися цього способу мислення про взаємини?», «Як страх змушує вас повірити в це?». Такий метод розпитування спонукає замислитися над дискурсами влади і над історіями, які формують ідеї та дії людей.

При здійсненні системної сімейної терапії важливу роль відіграють: побудова гіпотез; повторюваність і нейтральність питань, зорієнтованість психотерапевта на ситуацію запиту.

Психотерапевтична практика постійно урізноманітнюється методами системної сімейної терапії, хоч і тепер актуальні методи створення конструктивного діалогу, генограми, сімейної скульптури, ритуалізації, реконструкції сім'ї, сімейного подіума та ін.

Створення конструктивного діалогу спирається на твердження, що взаємодії за інструкцією (намагання викликати в системі запрограмовані зміни) неможливі. Тому у процесі ССТ зусилля спрямовують на конструктивний діалог осіб, які переживають кризу, покликаний допомогти їм краще зрозуміти свою ситуацію і знайти з неї вихід.

Рефлексивна команда передбачає можливість долучення пацієнтів до дискусії терапевтів. «Класична» системна терапія є своєрідною «двокамерною моделлю»: в одному приміщенні працює терапевт із сім'єю, а в сусідньому за затемненим склом відбувається закрита дискусія терапевтичної команди спостерігачів. Одного разу робоча група норвезького терапевта Тома Андерсена пережила ситуацію, коли через технічний недогляд сім'я, ставши свідком дебатів терапевтичної команди, мотивовано та зацікавлено зреагувала на них. Відтоді Т. Андерсен став активно застосовувати такий прийом. Завдяки цьому спонтанно сформувалася рефлексивна команда, робота якої допомагала сім'ї краще бачити свої проблеми.

Генограми слугують для наочного зображення комплексної інформації про систему сім'ї. В анкету вписують найважливіші

факти: прізвище, ім'я, вік або дату народження, дату смерті; дату шлюбу, якщо можливо — знайомства пари, дати життєвих і формальних сполучень; місце проживання, географічне походження сім'ї, зміни місць проживання; хвороби, важку симптоматику, причини смерті; професію. Цінними можуть виявитися і «нестрогі» інформаційні дані: три обрані характеристики, приписувані особі з генограми; образне визначення наявної сімейної атмосфери; вказівки на особливі типи суперечок та конфліктів у сім'ї (наприклад, ревності); хвороби; табу та «білі плями» генограми (Про кого не говорять? Що замовчують? Які події приховують?)

Деякі частини генограми — особливі сімейні події, взаємні впливи або «моделі», що передаються через покоління. На рис. 2.4 наведено генограму сім'ї З. Фрейда.

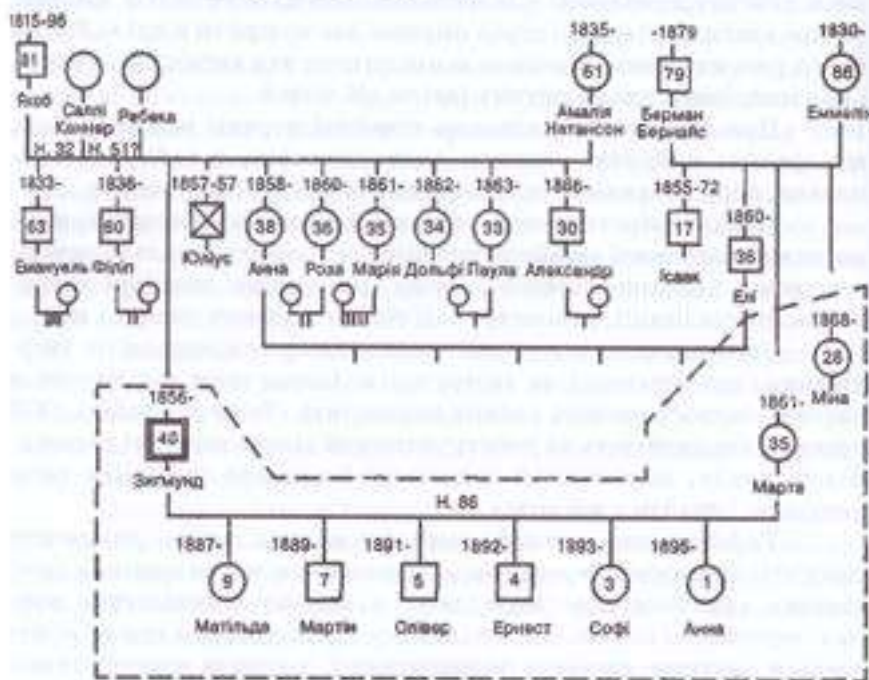


Рис. 2.4. Генограма сім'ї З. Фрейда

Дослідження генограми як сімейної історії допомагає краще зрозуміти: мотиви вибору шлюбного партнера; співвідношення способу взаємодії подружжя між собою і з дітьми та моделей взаємин в їхніх батьківських сім'ях; зміни в структурі нуклеарної сім'ї, характер комунікації в ній під час історичного

розвитку і події, що найбільше вплинули на неї; події, що передують актуальній сімейній кризі, і мотиви, що спонукали родину прийти на прийом до терапевта; прояви і функції симптоматичної поведінки в широкому сімейному та історичному контексті.

Техніка сімейної скульптури, що виникла в руслі сімейної терапії, здатна максимально інтенсифікувати індивідуальні і колективні переживання. Невербальні методи комунікації дають багато інформації про її учасників. Розташування їх, а також пози, які вони займають, допомагають зрозуміти загальне ставлення один до одного, а також ставлення до сказаного і почутого. Техніка скульптури завдяки втіленій у дію символіці дає змогу швидко зрозуміти суть проблемної ситуації, а також створити технічні передумови для відображення сімейних подій. Наприклад, під час психотерапевтичної взаємодії мати відверто скаржилася на доньку, дорікала їй. Психотерапевт, аналізуючи ситуацію, попросив матір показати на доньку пальцем. У відповідь на це дочка відвернулася від матері. «Ви цього хотіли?» — запитав у матері психотерапевт, запропонувавши уявити, що донька стоїть напроти неї і відкрито дивиться їй в обличчя. «У який спосіб Ви змогли б досягти такої поведінки від доньки?» Мати замінила звинувачувальний жест відкритою долонею, і це допомогло обом зробити кроки назустріч, відверто поговорити про все, що їх турбує.

Паралельно з побудовою скульптури, яка активізує погляд на сімейні стосунки зсередини, терапевт може запропонувати свою версію — погляд ззовні, віддзеркалюючи ситуації у власних переживаннях: «Принягдіно я хотів би показати Вам ще один образ...».

Слова, речення і те, як вони вимовлені, також дають цінну інформацію про ситуацію в сім'ї, є підставою для висновків і вибору психотерапевтом методів допомоги. Наприклад, конструюючи скульптуру розлученої пари, яка бореться за дитину, психотерапевт виходить із розуміння, що кожен із батьків намагається прихилити дитину до себе, а вона готова бути з кожним із них. За таких умов обох батьків психотерапевт зобов'язує кричати: «Ти будеш тільки зі мною!», «Але ж ти хочеш бути зі мною!». Неодноразові повторення дій, рухів і відповідних вигуків відображають суть втягування дитини в конфліктну ситуацію подружжя і міру впливу конфлікту на неї.

Метафоричні образи не вимагають обов'язкової участі всіх членів сім'ї у побудові скульптури. Для цього можуть бути використані ляльки, лего-чоловічки, символічні предмети («магічні» камені), іграшкові звірі тощо.

Техніку сімейного подіума можна застосувати не лише в терапевтичній, й із діагностичною метою. На дошці розміром

50×50 см за допомогою фігурок можна символічно зобразити всіх членів сім'ї з їх стосунками та співвідношеннями у просторі. Подібні функціональні можливості має системний сімейний тест: на дошці 45×45 см розміщено 181 поле, на якому сімейні фігури розігрують свої ситуації і стосунки. Цей тест має дослідницько-діагностичне призначення, а також допомагає побачити ієрархічні стосунки, особливо у великих сім'ях (для цього застосовують кубики).

Терапевт, обравши *метод відеоконсультації*, знімає на відео фрагменти ситуацій або інтеракцій у сім'ї та організовує для родини перегляд матеріалу з обговоренням важливих сюжетів і проблем. Спочатку цей метод застосовували для допомоги батькам у роботі з вередливими дітьми. Поступово він проник і в системну терапію. За допомогою відеозапису шукають ситуаційні послідовності, які мають новий стосовно наявної ситуації конструктивний заряд. При цьому використовують гіпотетичні питання («Припустимо, у цьому місці Ви зміните своє ставлення і почкаєте, спостерігаючи, як дитина реагуватиме на Вашу дружину... Як Ви думаєте, що відбувається?»). Переваги методу відеоконсультації полягають у розвитку конкретних способів дій і вчинків: словесного опрацювання буденних ситуацій, усвідомлення окремих відрізків сімейної інтеракції, які за «нормальних» умов залишаються неусвідомленими. За його допомогою батьки можуть також (веріди вперше для себе) усвідомити комунікаційні пропозиції від своїх дітей.

Робота з дисфункціональними сім'ями

Причини і форми прояву дисфункціональності в життєдіяльності сім'ї різноманітні, мають різну природу і кожна по-своєму впливає на сім'ю як систему, психологічне самопочуття дорослих і дітей. З'ясувати походження і суть дисфункцій, обрати правильну стратегію роботи з ними — одне із ключових завдань психотерапевта.

Будь-яка поведінка в присутності іншої людини є *комунікацією*. Її перебіг відчутно залежить від *метакомунікації* — комунікаційного середовища, в якому розгортаються конкретні комунікації. Наприклад, сказана фраза залежно від контексту може бути сприйнята як жарт, образа, ігровий сигнал, наказ. Люди можуть помилятися у сприйнятті метакомунікаційних сигналів, фальсифікувати їх, що створює розуміння середовища комунікацій, і провокувати невмотивовану комунікаційну поведінку — штучний сміх, симуляцію дружелюбності, шахрайство, розіграші та ін. Порушення комунікаційного процесу в сімейних

стосунках заважають конструктивно справлятися з життєвими ситуаціями і призводять до появи деструктивної поведінки.

Робота з порушеннями комунікації в сім'ї. Особливу роль у сімейних взаємодіях відіграють *самореферентні комунікації* — внутрішні діалоги, зміст яких залежить від життєвої ситуації, здатностей, досвіду і культури особистості.

Здатність до саморефлексії допомагає дистанціюватися від власного Я, безпосереднього існування «тут-і-тепер» і дає шанс глянути з перспективи «там» на те, що відбувається «тут» — побачити себе з позиції іншого, бути для себе об'єктом.

Сім'я є особливим комунікаційним середовищем; процеси інформаційного обміну в ній відбуваються з високим ступенем інтимності, очікуваннями щодо безпеки, захищеності та підтвердження сенсу, а також неконтрольованості інтеракцій. Кожна особа задіяна в безперервних комунікаціях. Способи індивідуального самовираження когось одного можуть не завжди відповідати колективним очікуванням. Спільна історія, спільні смисли і цінності зумовлюють особливу стабільність сімейних комунікацій. За таких умов одностайно співпрацюють навіть посварені між собою члени сім'ї. Спостерігачеві за таким спілкуванням може здаватися, що кожне нове висловлювання не завжди є безпосередньою реакцією на попереднє, а зумовлюється очікуваннями. Такою є *комунікація за еталоном*: особа А реагує на комунікаційну пропозицію партнера В не за принципом «раціональності» (з погляду спостерігача), а обирає з повідомлення партнера В лише якусь частину, доповнюючи її відповідно до власних очікувань. німецький психолог Аріст фон Шліппе описує цей процес так:

— Що Ви побачили?

— О, мій чоловік так глянув на мене, що мені все стало зрозуміло!

— Ви чули, що він сказав?

— Ні. Мені і так ясно, що він може сказати, коли так дивиться на мене!».

У цій ситуації особа А є пусковим механізмом для умікнення «внутрішнього фільму» особи В, реакція якої відповідає очікуванню, а не фактичним значенням. Висока ймовірність того, що й інформаційний процес від В до А буде таким самим. Поступово в комунікації кожної сім'ї виникають моменти, спроможні екстремально загострити ситуацію. Для кожного існує заздалегідь готове (очікуване) «своє» пояснення. Реакція спрямовується не на повідомлення, а на очікування, що зменшує будь-які шанси для змін (за таких умов «розриваються» зворотні зв'язки комунікації), відбувається блокування нового досвіду.

Спонтанність комунікації збільшується заготовленими висловлюваннями.

У сімейних комунікаціях часто фігурують парадоксальні вимоги, які не можуть бути виконані. Наприклад, дружина чекає, щоб чоловік узяв на себе відповідальність за її життя і водночас діяв відповідно до її волі. Надто турботливі батьки можуть вимагати від підлітка бути самостійним, відповідальним, при цьому опікають його навіть у дрібницях. Парадоксальні спонуки нагнітають відчуття безвиході і призводять до крайнощів. Такі вимоги можуть і не мати наслідків, якщо їх обговорювати і коригувати.

Крайнім варіантом парадоксальної комунікації є *подвійний затиск* — включення індивіда в тісні стосунки з людиною, яка одночасно передає йому повідомлення, що заперечують одне одного. Він характерний для «шизофренічних» сімей. Ілюстрацією може бути епізод взаємодії матері із хворим сином-шизофреніком під час відвідин його в лікарні. Зрадивши зустрічі, він імпульсивно обіймає маму. Вона напружується і ніби кам'яніє (комунікаційне повідомлення: «Мені неприсмийний контакт із тобою»), і хлопець одразу прибирає руку. «Невже ти мене більше не любиш?» — запитує мати (метакомунікативне повідомлення: «Ти повинен ставитися до мене як до матері. Твій учинок не є проявом любові»). Почувши це, син почервонів, а мати зауважила: «Любий, ти не повинен так легко бентежитися і боятися своїх почуттів». Після цих слів хлопець не міг уже бути з матір'ю більше кількох хвилин, а коли вона пішла, накинувся на санітара.

Згідно з концепцією подвійного затиску, шизофренічна симптоматика є способом виходу з нестерпної ситуації і спричинює неадатність розрізнити аспекти комунікації: зміст і контекст, буквальний зміст і метафору.

Формою парадоксальної комунікації є *замаскована комунікація (містифікація)* — маскування, затушовування ситуації в сім'ї. Безпосередньо це може проявлятися в запереченні одним членом сім'ї того, що говорить і відчуває інший. Основна функція містифікації — зберегти первинні нормальні взаємини.

Для розуміння процесів у сім'ї необхідно розглядати її як мобільну, а не як абсолютно незмінну систему. Та система балансує між різними, навіть протилежними станами (миром і війною в сім'ї; загостренням симптомів і затишшям; ситуацією алкогольного запою і станом тверезості та ін.).

Діагностування сімейної ситуації. Спершу необхідно проаналізувати контекст сім'ї, щоб зрозуміти, на якому рівні виникла проблема: соціальних зв'язків сім'ї із зовнішнім оточенням; конкретних членів сім'ї в налагодженні соціальних зв'язків;

стосунків у сім'ї; когнітивних та поведінкових труднощів особистості; інтрапсихічних конфліктів особистості; порушень розвитку і особистісних порушень; соматичних порушень.

Психотерапевту важливо з'ясувати й інші аспекти сімейного життя: етап розвитку сім'ї; тип сім'ї (повна, неповна, розширена сім'я; сім'я з делегованими обов'язками — багатодітна, в якій старша дитина виконує функції батьків; сім'я з нерідними батьками; сім'я з «привидами» — після втрати члена сім'ї); структуру сім'ї (межі підсистем; порушення в підсистемі подружжя; нечіткість меж між підсистемами; порушення між межами нуклеарної сім'ї та розширеної сім'ї); історію розширеної сім'ї (метод генограми); параметри згуртованості й ієрархії в типовій, конфліктній та ідеальній сімейних ситуаціях; взаємодії членів сім'ї між собою і з терапевтом; особливості сімейного життя (влада, емоційно-сексуальні стосунки, комунікації, ідентичність, компетентності, самооцінки, залежність або автономність, нереалістичні очікування батьків або дітей); міфи сім'ї; симптоми (проблеми).

Побудова гіпотези терапії. Після діагностування ситуації вибудовують гіпотези і стратегії консультування (психотерапії). Під час спілкування з сім'єю психолог перевіряє гіпотезу про сенс сімейної дисфункції: «Яку мету мають учасники взаємодії?». Первинна гіпотеза психотерапевта визначає його стратегію спілкування з сім'єю.

Побудову гіпотези починають з аналізу життєвого циклу сім'ї та контексту сімейного життя, що допомагає побачити причини проблеми. Завдання психолога — зрозуміти механізм дії і засоби, які застосовують у сім'ї для прийняття важливих для її функціонування рішень.

Гіпотези вибудовуються на основі циркулярних запитань, результатів спостереження за поведінкою членів сім'ї і можуть бути спрямовані як на проблему (збір інформації, контексту, пошук травматичної ситуації), так і на рішення. Від гіпотез починають реалізацію психотерапевтичних програм. Психотерапевт може повідомити свою гіпотезу, а може залишити її в таємниці, не запропонувати сім'ї сформулювати її.

На думку американського психотерапевта Джея Хейлі, конфлікт у шлюбі може бути породжений неоднаковим розумінням правил спільного життя, різними поглядами на авторитетність джерела цих правил, а також намаганням зреалізувати несумісні правила.

Циркулярний опис сімейних взаємодій. Лінійність подій, взаємодій нерозривно пов'язана з ідеєю безперервності часу, встановлення причинно-наслідкових зв'язків. Циркулярні (колоподібні) пояснення означають, як зміни в одному елементі системи

спричинюють зміни в іншому. Лінійний опис ситуації виглядає так: «Коли брат ображає сестру, вона плаче»; «Коли сестра плаче, мама втішає її». Циркулярний її опис подає взаємозалежну картину: «Коли брат ображає сестру, вона плаче і кличе маму, яка її втішає, що сердить брата, і він через деякий час знову ображає сестру».

Такі ситуації створюють мати, бабуся і «проблемна» дитина. Відбуваються вони здебільшого в розлучених сім'ях, коли мати з дитиною живе разом зі своєю матір'ю. У таких сім'ях бабуся часто може мати надмірну владу: вона дбає про онука, нарікаючи, що мати безвідповідально ставиться до нього. Виступаючи проти матері, вона створює коаліцію з онуком через покоління. Мати відступає, дозволяючи бабусі опікуватися дитиною. Дитина і далі поводить себе проблемно. Бабуся обурюється необхідністю відповідати за поведінку дитини і дисциплінувати її. Мати намагається виправити поведінку дитини. Бабуся протестує, доводячи, що мати чинить неправильно і не знає, як треба поводитися з дитиною. Вона перебирає турботу про дитину в свої руки, відсторонюючи матір. Мати відступає, надаючи бабусі змогу на свій розсуд впливати на дитину. У певний момент бабуся заявляє, що мати повинна сама відповідати за дитину, і цикл проблем продовжується.

Коаліція через покоління створює заплутану ситуацію в родині, оскільки мати повинна піклуватися про дитину, однак бабуся відсторонює її, стверджуючи, що її це ніколи не вдасться. У цьому замкненому колі мати відновлює взаємодії з дитиною і знову зазнає невдачі. Бабуся вважає, що такою своєю поведінкою допомагає дочці бути з дитиною і відчувати турботу своєї матері. У роботі з такою сім'єю експерт, як правило, знаходить спосіб замінити собою бабуся і допомогти матері здобути самостійність у взаємодії з дитиною.

Центрована на дитині тривала терапія відбувається в такій послідовності:

1. Терапевт має справу з неспокійною дитиною, усвідомлюючи, що мати не виховує дитину як слід, що і спричинило проблеми. Першим своїм завданням він вважає звільнення дитини від внутрішнього конфлікту. За такої ситуації терапевт є експертом, займає в ієрархії вищу позицію, ніж мати, і, намагаючись захистити дитину від матері, формує коаліцію з дитиною.
2. Мати відступає, дозволяючи експерту взяти відповідальність за проблеми її дитини, відчуваючи, що вона не впоралася зі своєю роллю і таке втручання необхідне.

3. Терапевт потрапляє в скрутне становище, розуміючи, що його зусилля нівелюються сім'єю. Він вимагає, щоб мати належно дбала про свою дитину.
4. Мати починає приділяти дитині більше уваги.
5. Терапевт час від часу дає зрозуміти матері, що вона робить усе неправильно.
6. Мати відступає, дозволяючи терапевту піклуватися про свою дитину і т. д.

Перебіг і психотерапія типової проблеми можуть бути й такими:

1. Один із батьків (зазвичай мати) інтенсивно взаємодіє з дитиною, переживаючи змішані почуття прихильності і роздратування.
2. Загострення симптоматичної поведінки дитини.
3. Мати або дитина звертаються до батька по допомогу в подоланні труднощів.
4. Батько, намагаючись розв'язати проблему, значно активніше взаємодіє з дитиною.
5. Мати обурюється, вважаючи, що батько чинить неправильно, навіть погрожує розлучитися з ним.
6. Батько знижує активність, майже не втручається у взаємодію матері і дитини.
7. У взаємодії матері і дитини прихильність змішана з роздратуванням, і вони знову опиняються в глухому куті.

Збереження рівноваги в сім'ї є постійним процесом. Наявність хронічних проблем потребує особливих старань. Порушення взаємодій закріплює дефективні, навіть патологічні сімейні ролі: «переслідувач», «жертва», «рятівник», «посередник», «третій, який насолоджується», «підбурювач», «винуватий батько», «ображена дружина», «винувата мати», «цап-відбувайло» та ін.

Індивідуальні порушення спричинюють сімейні негаразди і є їх породженням. Роль сімейного «цапа-відбувайла» виникає внаслідок пошуку в проблемній сім'ї своєрідного «громовідводу» для розрядки емоцій.

Конфлікти в сім'ї можуть бути вигідні комусь третьому: опоненти змагаються за його підтримку і намагаються залучити його на свій бік. Таким може бути суперництво батьків за любов дитини, яка в цій ситуації стає наймогутнішою в сім'ї («третій, який насолоджується»). «Підбурювач», стимулюючи конфлікти між іншими членами сім'ї, свідомо застосовує для власних вигод політику «розділяй і володарюй». Поперемінно об'єднуючись то з однією, то з іншою «партією», він посилює конфронтацію і розрив відносин між ними. Знаючи про невадійність своєї позиції, третій завжди

насторожі і намагається не допускати коаліцій без своєї участі. «Посередник» настільки впевнено почувається у своїй ролі, що може собі дозволити коаліцію між двома іншими членами триади.

Патологізуючі ролі, що виникають унаслідок взаємодії сім'ї із соціальним оточенням, можуть створити міф про неї. Під тиском складних обставин сім'я змінює свої відносини з сусідами, родичами і державою, що спричинює виникнення патологізуючих сімейних ролей: «сім'я-фортеця», «сім'я з антисексуальною ідеологією», «сім'я-театр» та ін.

У центрі «сім'ї-фортеці» — людина зі схильністю параноїдально бачити оточення і налаштовувати інших до подібної поведінки: «усі проти нас», «на нас нападають — ми захищаємося». За таких сімейних настанов виникають ролі «вождя» і «його соратників у боротьбі». Вони також можуть виявитися патогенними, оскільки за наявності в сім'ї параноїдальних реакцій посилюють нервово-психічну напругу в «соратників».

Антисексуальність як система поглядів об'єднує людей, які свідомо відмовилися від сексу. Основою стосунків між статями вони вважають романтичну дружбу. Це явище породжене сексуальною революцією, яка зробила все заборонене відкритим і доступним, позбавила секс таємничості. Унаслідок цього перенасиченість сексом спричинила його відторгнення. У сучасному світі до 1,5 % людей зараховує себе до антисексуалів. Більшість із них має сім'ї, дітей, водночас дотримується поглядів, які заперечують секс, вважаючи, що він збіднює життя, знижує інтелект, даремно поглинає фізичні сили. Заперечуючи плотські втіхи, антисексуали не проповідують відмову од відносин між представниками протилежних статей, а стверджують, що романтична дружба збагачує життя, надає йому гармонійності.

З погляду соціології, антисексуальність не є формою патології, оскільки відсутність інтимних стосунків не завдає антисексуалам страждань. За твердженням клінічних психологів, вона супроводжує слабкий тип статевої конституції, спричинює зниження сексуальної потенції. Після прийняття сім'єю такої точки зору навіть її утрата сприймається як гідна схвалення стриманість. За такого ставлення легше пережити сексуальну неповноцінність, не бачити в ній травматичності для іншого члена подружжя.

Головна ознака «сім'ї-театру» — демонстрація почуттів: поцілунки, обійми, показові захоплення і турбота, ласка тощо, хоч насправді взаємини такими не є. «Яскраву» любов можна побачити і в соцмережах: милі віршики, романтичні фото та інші старання привернути увагу до своїх стосунків. Мотивацією «сім'ї-театру» є боротьба за демонстративний престиж у найближчому

оточенні. Зазвичай такі сім'ї виникають під впливом індивіда з проблемами самооцінки. У таких випадках порушення відносин сім'ї з оточенням спричинене психічним порушенням найвпливовішого в ній індивіда.

Симптоматична поведінка охоплює різноманітні порушення і психічні симптоми, а також будь-яку поведінку, яка порівняно сильно впливає на інших людей, є мимовільною і не піддається самоконтролю, закріплюється оточенням, у зв'язку з чим особистість переживає вторинне захворювання. Її фіксують несумісні комунікації, крайні реакції й ініціативи, невмотивована байдужість, демонстративна відстороненість тощо. Такими є більшість невротичних і психосоматичних симптомів, поведінкових проблем дітей. Зумовлена ними поведінка може бути своєрідною комунікаційною метафорою, що характеризує деякі сімейні проблеми. Як парадоксальна комунікація симптоматична поведінка містить комунікаційну метафору, може мати форму, яку не завжди в сім'ї сприймають як послання. Завдання психотерапевта — вчасно її виявити і грамотно прочитувати. Наприклад, у дитини може «боліти голова, живіт» у той день, коли в школі контрольна робота. Прив'язаний до матері хлопчик з народженням братика або сестрички може стати надто агресивним у дитячому садку — так він реагує на появу суперника, «повідомляє», що почувається покинутим. Актуалізацією своїх проблем він спонукає батьків бачити в сім'ї не лише новонародженого, а й себе. Реакція батьків може його врівноважити (він бачить і відчуває, що батьки виявляють необхідну йому увагу) або посилити симптоматичну поведінку, якщо вони не зможуть правильно оцінити ситуацію і скоригувати свої дії.

Спочатку припускали, що дитячі симптоми спричинені особливостями психіки дитини. Пізніше стверджували, що вони є наслідком складних взаємин дітей із матерями: безпомічність і некомпетентність матері переймає дитина і виявляє це у своїй поведінці, а така поведінка матері є проєкцією її дитячого (минулого) досвіду. Чимало аргументів підтверджують, що поведінка матері зумовлена її взаєминами з чоловіком. Наприклад, її безпорадність і некомпетентність стосовно дитини змушує чоловіка допомагати їй, більше часу приділяти сім'ї. Зі зниженням потреби у цьому він знову віддається своїм справам.

Симптоматична поведінка може бути наслідком особистісних проблем і помилок усіх членів сім'ї. Стан душі батька і його самоізоляваність іноді спричинені складними взаєминами з дружиною і дитиною через його конкретні дії. Розглянувши історію сім'ї, можна побачити, як вона потрапила в проблемну ситуацію

і що спричинило її. Щодо цього Вірджинія Сатір писала: «Розуміючи значення симптому, я бачу, як він вбудований у сімейну систему. Я вірю, що кожен фрагмент поведінки в сім'ї логічний для неї».

У процесі аналізу симптомів важливо розуміти, що їх носіями у сім'ї можуть бути індивід, діада або тріада. На індивідуальному рівні вони проявляються внаслідок нестачі (надлишку) сили Я (тепла, емоційної підтримки; позитивних емоцій, активності; певних хімічних речовин в організмі). Симптом у діаді (взаємодії двох осіб) сигналізує про труднощі взаємодії (конфлікт, змагання, згуртованість, боротьбу за владу). Така поведінка є силовим маневром, засобом контролю інших людей. Наприклад, чоловік весь час на роботі, а в дружини, яка перебуває вдома з дитиною, розвивається депресивний настрій. З певних причин вона не може відверто сказати про це чоловікові, однак, зауваживши в неї депресію, він змінює свою поведінку, намагаючись спільно подолати проблему. Симптоми можуть структурувати все життя сім'ї. Людина, яка демонструє безпорадність, розраховуючи на піклування про себе, контролює того, хто виявляє про неї турботу.

Симптоми виникають внаслідок порушень життєвого циклу сім'ї. Вони є засобами зрівноваження сімейних стосунків. Симптоматична поведінка може виконувати *морфостатичну функцію* — консервацію сім'ї в існуючому стані. Наприклад, дитина може «захворіти» або девіантно поводитися, намагаючись знизити напругу в стосунках своїх батьків: у генезі поведінкових розладів дітей значну роль відіграють намагання вплинути на конфлікт між батьками. Властива симптоматичній поведінці і *морфогенетична функція* — зміна сімейної системи, перехід на іншу стадію. Підліток може скоїти суїцидальну спробу, щоб отримати більше життєвого простору для себе і змінити жорсткі сімейні правила. Сім'я, опинившись у розпачі, легше змінюється. Симптомом зазвичай обирають поведінку, яка викличе крайню реакцію в конкретних осіб із найближчого оточення.

Симптоматична поведінка дітей може виконувати морфостатичну і морфогенетичну функції одночасно: спонукати до змін у сім'ї, змушуючи батьків стабілізувати свої стосунки, забути про розбіжності і об'єднатися для допомоги дитині.

Поведінку людини можна розглядати як сповнений сенсу і творчості спосіб реагування на обставини і контекст, а не тільки на її якості чи дефекти. За допомогою поведінки людина часто ставить питання: симптом — це виражені в поведінці питання. За автономних стосунків симптом підтримує прив'язаність, за стосунків прив'язаності — сприяє автономії.

Часто симптоматична поведінка є одночасно проблемою та її вирішенням, оберігаючи індивіда від ще сильнішого страждання у фантазіях та очікуваннях. Вона може повідомляти і про неефективне розв'язання проблем, здійснювати захисну функцію, стабілізуючи стосунки в сім'ї (призупинити розвиток конфлікту, відволікати увагу учасників від інших конфліктогенних стосунків); втілювати владу (не маючи відповідальності, людина отримує можливість на свій розсуд організувати сімейні взаємодії).

У життєвому циклі сім'ї неминучі нашарування криз, коли індивідуальні кризи накладаються на кризу сімейних норм і правил взаємодії. Кожний етап розвитку дитини є своєрідною перевіркою того, наскільки ефективним було функціонування сім'ї на попередніх етапах. Водночас новий етап ставить перед батьками нові завдання. Для кожного етапу розвитку сім'ї характерні проблеми і порушення, які знижують задоволеність сімейним життям. Сім'ї, що переживають кризу розвитку, найчастіше звертаються по психологічну допомогу.

Криза засвідчує порушення внутрішньої/зовнішньої пристосованості (індивіда чи системи); коли випробувані пристосовувальні механізми вже недостатні, щоб утримувати необхідну для самозбереження рівновагу, потрібні нові стратегії подолання викликів і внутрішні зміни.

Психологу (психотерапевту) передусім необхідно відокремити нашарування і кожен із криз: кризу середини життя кожного із подружжя, кризу подружнього циклу, кризу підліткового віку в дитини. Для цього досліджують сімейну історію.

Важливо з'ясувати, хто із подружжя є замовником і клієнтом, як співвідносяться їхні ролі. Починаючи роботу з сім'єю, терапевт стає її своєрідним елементом, тому його сімейна історія може впливати на професійну діяльність і її результати. Завжди йому доводиться з'ясувати і опрацювати універсальні конструкти:

- 1) цінності і смисли, що розвинулися в людині в процесі її історії (базова карта-фільтр реальності «Я і Світ»); очікування, потреби, наміри та бажання стосовно інших людей; реакції інших на її поведінку і зворотні реакції у відповідь;
- 2) переконання «Чому так сталося?», «Що відбувається?» («Господь посилає випробування»; «Це я в усьому винен»; «Це мої батьки несуть відповідальність за те, що відбувається зі мною»; «Така доля» та ін.), «Яким повинен бути чоловік?»; «Якою має бути дружина?»; «Якими повинні бути стосунки в сім'ї?». Кожен має відповіді на ці запитання, хоч не завжди усвідомлює, бо отримав їх спонтанно у своїх родинях;

3) сімейні теми — специфічне, емоційно навантажене питання, навколо якого формується повторюваний конфлікт (відповідальність — безвідповідальність; хвороба — здоров'я; близькість — дистанція; вчитель — студент). У сучасній психоаналітиці застосовують і поняття «тема центрального конфлікту стосунків» — осьовий невротичний конфлікт, пов'язаний із симптоматикою та стосунками з важливою для пацієнта людиною.

Системна терапевтична робота передбачає дослідження зв'язків між наданням клієнтом значущості певним подіям і його поведінкою, а також із оцінкою (характеристикою) цих явищ. Надання значень і оцінки зумовлюють корекцію поведінки, іноді стабілізують порушення чи переводять їх у хронічну форму.

Під час довготривалої індивідуальної терапії можуть виникати парадоксальні ситуації: зі зміною одного із членів сім'ї інший може втрачати цінність у його сприйнятті, від чого стосунки або стають дуже конфліктними, або розриваються. Цьому можна запобігти під час роботи з подружньою парою в межах сімейної терапії, оскільки зміни відбуваються саме в парі.

Оскільки психотерапевтичні стосунки є провідним механізмом в терапії, етична практика полягає в тому, що терапевти розбудовують себе у взаєминах з іншими людьми. Ті гіпотези і мова, які вони обирають, долучаються до творення емоційних станів під час терапії. Певні способи формувати бесіду конструюють етичні стандарти, за якими живуть люди, і наповнюють певні повідомлення. Терапевт має культивувати позитивну, дружню, щирі допитливість і здатність дивуватися, що важливіше від будь-яких технік або керівних принципів. Сучасний німецький системний терапевт Курт Людевіг запропонував такий девіз процесу терапії: «Краса, повага і користь».

Запитання. Завдання

1. Охарактеризуйте головні принципи та методи ССТ.
2. Назвіть основні відмінності ССТ від інших напрямів психотерапії.
4. Які основні моделі надання допомоги сім'ї ви можете назвати?
5. Порівняйте теоретичні вихідні положення та техніки роботи у різних напрямках сімейної терапії.
6. Складіть генограму власної сім'ї.

Термінологічний словник

- Автономність** — право клієнта брати участь у психотерапевтичному процесі на добровільній основі.
- Актуалізація** — вроджена потреба людини актуалізувати, зберігати і розвивати переживання, яка ініціює прагнення до творчості, навчання і розвитку особистості.
- Аспект відносин** — вплив відносин між пацієнтом, його оточенням і психотерапевтом (практикуючим психологом) на результати психотерапії.
- Базовий конфлікт особистості** (у позитивній терапії) — ситуація, за якої концепції людини, її способи «знати» і «любити», прояви актуальних здібностей, типові способи реагування на проблеми, що сформувалися в певний період у минулому, починають суперечити актуальному досвіду.
- Базово-позиційна група** — група, яка функціонує на глибокому позасвідомому, регресивному рівні та регулюється потягами і принципом задоволення; її активність зумовлена страхом та тривогою втрати власної ідентичності та автономії.
- Безумовне позитивне ставлення** — поняття центрованої на особистості терапії, яке означає, що жоден із досвідів суб'єкта не оцінюється іншою людиною як більш чи менш цінний для її позитивного ставлення.
- Висхідні інтерпретації** — техніка психоаналітичної терапії, яка передбачає проговорювання наявного глибинного матеріалу, його аналіз, прояснення пацієнтові зв'язку між цим матеріалом та його впливом на поведінку.
- Витіснення** — процес, шляхом якого утримуються у позасвідомому загрозливі, пов'язані із забороненими потягами думки, образи та емоції.
- Генограма** — наочне зображення комплексної інформації про систему сім'ї з використанням специфічних позначень і відповідної символіки.
- Гуманістична психотерапія** — напрям психотерапії, представники якого зосереджуються на потенціалі людського розвитку, а життєві проблеми розглядають як блокаду почуттів.
- Дитячо-юнацька психотерапія** — комплекс методів корективних та психотерапевтичних впливів, які відповідають психічному розвитку дитини, послуговуються зрозумілою їй мовою і орієнтовані на ресурс.
- Его (Я)** — компонент психічного апарату, що відповідає за прийняття рішень, підпорядковується «принципу реальності» і метою якого є збереження цілісності організму шляхом відтермінування задоволення потягів до того моменту, коли з'явиться нагода досягнути розрядки відповідним безпечним способом або виникнуть належні умови у зовнішньому середовищі.
- Его-дистонний опір** — опір, який пацієнт усвідомлює як щось чужорідне і невластиве йому.
- Его-психологія** — теоретичний напрям психоаналізу, який відводить головну роль у функціонуванні психіки не потягам, несвідомому та інтрапсихічним конфліктам, а структурі Я (Его), котра відповідає за адаптацію особистості до реальності.
- Его-синтонний опір** — опір, неочевидний для пацієнта і заперечуваний ним.
- Едипальний конфлікт** — ніжне ставлення дитини до особи протилежної статі з батьківської пари та конкуренція з особою однакової статі.
- Екзистенціальна психотерапія** — напрям психотерапії, основою якого є екзистенціальна і феноменологічна філософія; життєві проблеми вона пояснює нестачею ясності розуміння умов людського існування.

Екзистенціальна тривога — переживання, яке виникає на тлі особистого усвідомлення того, що кожна людина є самотньою у світі, змушеною вступати в протистояння зі своєю смертністю та іншими обмеженнями, нескінченими викликами і плутаниною.

Емоційне обґрунтування — тип спотворення мислення, за якого людина думає, що щось має бути правдою, бо має таке «відчуття» (насправді — вірить у це).

Емпатія — здатність точно і співчутливо розуміти переживання і почуття клієнта, їх значення для нього, сприймати з максимально можливою точністю внутрішню систему координат (стосунків) іншої людини (клієнта) з усіма її емоційними компонентами, водночас ніколи не відмовляючись від стану «начебто».

Ество — цілісне утворення, яке містить характеристики сприйняття Я, стосунків між Я та іншими життєвими аспектами, у т. ч. цінностями, пов'язаними з різними досвідами.

Заохочення — спосіб підтримки клієнта у викладі ним власної історії, забезпечення плавної плинності бесіди.

Запит — потреба у психологічній допомозі, сформульована в скаргах і бажаннях.

Захисна поведінка — відповідь організму на загрозу з метою збереження існуючої структури.

Ід (Воно) — найстаріша структура людської психіки, вмістом якої є психічні позасвідомі репрезентанти потягів: з одного боку — примітивні та витіснені, з іншого — успадковані інстинктивні аспекти особистості, що ніколи не стануть усвідомленими.

Ідеальне Ество (Ідеальне Я) — уявлення про те, яким індивід хотів би бачити себе в ідеалі, що є найбільш цінним для нього.

Ідентичність сім'ї — зміст цінностей, спрямувань, очікувань, тривог та проблем адаптації, які поділяють члени сім'ї і доповнюють у процесі виконання сімейних ролей.

Інвентаризація — етап позитивної психотерапії, спрямований на пошук і аналіз внутрішніх складових конфлікту.

Інконгруентність — психологічний феномен, наявність відмінностей між усвідомленням, досвідом і його вираженням.

Інсайт — вид пізнання, який приводить до негайного рішення або нового розуміння наявної проблеми.

Інтерпретація — процес надання додаткового значення чи нового пояснення певним внутрішнім переживанням чи зовнішнім подіям клієнта або пов'язування між собою розрізнених ідей, емоційних реакцій і вчинків, побудова причинного зв'язку між психічними явищами.

Кататимно-імагінативна психотерапія — цілісна та ієрархічно побудована система методів, яка забезпечує практичний супровід сновидінь наяву та їх теоретичне осмислення в межах концепцій класичного і сучасного психоаналізу.

Класична психодрама — терапевтичний груповий процес, у якому використовується інструмент драматичної імпровізації для вивчення внутрішнього світу клієнта.

Класичний психоаналіз — довгострокова інтерпретативна терапія, спрямована на усвідомлення пацієнтом витіснених інтрапсихічних конфліктів.

Клієнт — людина або група, що має певну проблему та прагне полегшити свої страждання; той, хто здатен взяти на себе відповідальність і приймати власні рішення у сприятливій атмосфері, забезпеченій терапевтом.

Когнітивна і поведінкова терапія — напрям психотерапії, які спираються на теорії навчання і когнітивну психологію, джерело життєвих проблем вбачають у неправильному навчанні та мисленні.

Конгруентність — якість особистості, яка відображає ступінь узгодженості між тим, що комунікується, переживається, і наявним у досвіді.

Контрольована регресія — процес регресії пацієнта, який здійснюється під наглядом психотерапевта і дає змогу пацієнту в уяві повернутися до тих подій свого життя, які передували певному конфлікту.

Контртрансфер (контрперенесення) — викликані перенесенням пацієнта зворотні переживання, емоції та реакції психоаналітика.

Конфронтація — демонстрація пацієнтові суперечностей та невідповідностей аспектів асоційованого матеріалу; привертання уваги до фактів, раніше не усвідомлюваних пацієнтом, незважаючи на їхню суперечливість.

Концепції — когнітивно-емоційні структури, які задають людині схему інтерпретації її ставлень до себе, до інших та до оточення.

Латентні смисли — позасвідомі змісти групової комунікації.

Метафори — розпливчасті концепти широкого змісту, за допомогою яких передають різноманітні, часто індивідуальні відтінки сенсу, які використовуються для структурування досвіду, здобутого певною школою психотерапії.

Метод вільних асоціацій — метод психоаналітичної психотерапії, за якого пацієнту під час сеансу пропонують розповісти аналітику всі без винятку думки, почуття, спогади, фантазії, нічого не вибираючи і нічого не опускаючи у розповіді, навіть якщо ця інформація видається пацієнтові недоречною, смішною, неприємною.

Метод психотерапії — певна техніка здійснення психотерапії; визначальні умови, які сприяють оптимізації досягнення психотерапевтичних цілей; інструмент, що використовується у психотерапевтичному процесі; терапевтичні інтервенції (втручання), які можна розглядати у параметрах стилю (директивний чи недирективний) або в параметрах форми (переконання, пояснення та ін.).

Метод рамок — метод дослідження для оцінювання психопатологічних симптомів, терапевтичного процесу та результату лікування.

Модифікація поведінки — техніка поведінкової психотерапії, спрямована на зміну небажаної поведінки, за якої позитивна поведінка (позитивно зміцнена) буде частіше повторюватися, ніж поведінка, яку не зміцнюють.

Надання значення — суб'єктивна інтерпретація певної ситуації, а також відносин між особою та ситуаційним контекстом.

Надмірне узагальнення — тип спотвореного мислення, коли особа вважає, що якщо у неї щось одне не вийшло, то і все решта не має сенсу.

Надреальність — уявний простір, де можуть розгортатися події, які ніколи не відбувалися, звучати думки, які дотепер ніхто не висловлював, або програватися ситуації, які вже ніколи не виникли.

Наративна терапія — напрям психотерапії, орієнтований допомогти людині відокремити себе від домінуючого культурного наративу, котрий вона інтерналізує, аби відкрити простір для альтернативних історій про своє життя.

Научіння — набуття нових реакцій чи запам'ятовування раніше невідомих подразників.

Невроз перенесення — сукупність реакцій перенесення, за якої аналіз та аналітик стають центром емоційного життя пацієнта, а його невротичний конфлікт знову оживає в аналітичній ситуації.

Неспричинення шкоди — принцип психотерапії, що зобов'язує фахівця не зловживати довірою клієнта (пацієнта) з метою задоволення власних потреб та інтересів — соціальних, фінансових, емоційних чи сексуальних.

Нодальність — характеристика групового процесу, яка відображається у залученні учасників до групової взаємодії.

Об'єкт потягу — особа, стосовно якої потяг може досягнути своєї мети — енергетичної розрядки.

Опір — протидія і спротив перетворенню позасвідомих процесів на усвідомлювані, що проявляється як перешкода на шляху потоку асоціацій та психоаналітичного процесу загалом.

Обмін ролями — техніка психодрами, під час якої протагоніст грає іншого, а допоміжні Я виконують роль протагоніста.

Організмична оцінка — оцінка певного досвіду (переживань), що ґрунтується на тих відчуттях, які у зв'язку з цим досвідом виникають на рівні організму, і на тому, якого значення надають цим відчуттям.

Парадоксальний припис — варіант терапевтичної інтервенції, який використовують, коли сім'я у своєму запиті до терапевта має власний парадокс, на який терапевт також відповідає парадоксом.

Передсвідоме — проміжна зона психіки, яка містить ті психічні продукти, котрі є неусвідомлюваними у певний момент, проте легко згадуються за мінімальних зусиль або спонтанно.

Переживання — фундаментальний спосіб знання себе і світу, безпосереднє невербальне відчуття стосунків у світі, між Їством і світом, а також усередині Їства.

Персоналізація — тип спотвореного мислення, коли людина вірить у те, що вона є причиною негативних дій інших людей, і не бере до уваги ймовірніших причин їхньої поведінки.

Пізнавальна податливість — схильність особистості до помилкових суджень (пізнавальних спотворень).

Пізнавальні спотворення — помилки у пізнавальному значенні ситуації, когнітивному опрацюванні інформації особою.

Пізнавальні схеми — фундаментальні елементи психологічного функціонування, які відповідають за «надавання значення» особою щоденним життєвим ситуаціям і контролюють поведінку, емоції, увагу, пам'ять людини тощо.

Позасвідоме — психічні структури і процеси, що недоступні до усвідомлення внаслідок діяльності витіснення.

Позитивна психотерапія — метапідхід, спрямований на психологічну допомогу (психотерапевтичний аспект), виховання (педагогічний аспект), навчання дорослих (андрагогічний аспект), соціальну роботу (соціальний аспект), розвиток міжкультурної свідомості (кроскультурний аспект), взаємодію та інтеграцію різних психотерапевтичних напрямів (інтердисциплінарний аспект).

Позиція технічної нейтральності — перебування психоаналітика на однаковій відстані від психічних сил, що беруть участь у внутрішньому психічному конфлікті пацієнта.

Поле досвіду (феноменальне поле) — події, сприйняття, відчуття, впливи, які людина, можливо, не усвідомлює, але могла б усвідомити, якби сфокусувалась на них; це поле унікальне для кожного індивіда.

Предмет психотерапії — психологічні проблеми психічно здорових та психічно не здорових людей, що перешкоджають їх особистісному, соціальному і духовному розвитку та благополуччю.

Привілей (як основа етичних принципів психотерапії) — законне право споживачів медичних і психотерапевтичних послуг не надавати про себе інформацію, якщо не впевнені, що вона буде захищена і не буде використана.

Прийняття — здатність терапевта проявляти теплий і справжній інтерес до клієнта.

Принцип постійності — теоретичний принцип, згідно з яким психічний апарат прагне підтримувати рівень збудження на якомога нижчому рівні.

Проективна ідентифікація (у теорії об'єктних стосунків) — механізм психологічного захисту, який дає змогу «вкласти» негативні частини себе в об'єкт (проекція) та одночасно ідентифікуватися з ними, переживаючи об'єкт як самого себе.

Протагоніст — учасник психодрами, який перебуває в центрі психодраматичної дії та упродовж сесії досліджує деякі аспекти своєї особи.

Процес-аналіз — техніка, за якої події, що відбувалися в психодрамі, досліджують з позиції теорії ролей і соціометрії, а також розглядають в їх внутрішньому взаємозв'язку та взаємозв'язку із світом.

Прояснення змісту сновидіння — фокусоване дослідження аналітиком і пацієнтом усіх незрозумілих, суперечливих, загадкових деталей сновидіння, відокремлення цих деталей від решти поданого матеріалу.

Психоаналітична психотерапія — напрям психотерапії, які розглядають життєві проблеми як наслідки неусвідомлених конфліктів та аспектів розвитку.

Психодрама — метод групової психотерапії, в якому використовують сценічну форму дії і драматургічну лексику, що дає змогу проживати певні життєві ситуації.

Психосексуальний розвиток — біологічно детермінована послідовність розгортання вроджених інстинктивних програм, що активізуються, починаючи з раннього дитинства, за незмінним алгоритмом, притаманним всім людям.

Психологія самості — теоретичний напрям психоаналізу, ключова роль у якому належить внутрішній реальності пацієнта, котру аналітик пізнає за допомогою емпатії.

Психотерапевт — людина, яка має базову психологічну або медичну освіту та спеціальну психотерапевтичну підготовку в одній або кількох галузях психотерапії.

Психотерапевтичні стосунки — професійні стосунки, які виникають між психотерапевтом та клієнтом у процесі психотерапії та характеризуються наявністю договірних обов'язків між сторонами-учасниками, довіри та емпатії.

Психотерапевтичний процес — робота психотерапевта з клієнтом.

Психотерапія — сукупність концепцій, практично підтверджених методів, а також алгоритмів поведінки, які дають змогу надавати строго індивідуалізовану специфічну допомогу пацієнтам (клієнтам) на основі авторських преференцій психотерапевта.

Режисер — учасник психодрами, який разом з протагоністом визначає спрямування процесу і створює умови для постановки будь-якої індивідуальної драми.

Репресія — інконгруентність між усвідомленням і досвідом клієнта, що може відчуватись як дискомфорт, напруга, тривожність, внутрішня збентеженість.

Рефлекторні дії — автоматичні дії у відповідь на сигнали збудження.

Рольова гра — широко вживаний у психодрамі прийом, який полягає у виконанні будь-якої ролі в любительському уявленні.

Рольовий зворотний зв'язок — техніка психодрами, за якої партнери по черзі описують протагоністові відчуття, які виникали у них упродовж виконання призначених їм ролей, а також при зображенні протагоніста у разі обміну ролями.

Свідоме — думки та переживання, усвідомлювані у певний момент.

Системна психотерапія — напрям психотерапії, у якому на підставі загальної теорії систем причини життєвих проблем вбачають у порушенні функцій групи (як системи), до якої належить особа.

Сесія — окрема зустріч психотерапевта з клієнтом.

Сетинг — розклад психотерапевтичного процесу, кількість зустрічей на тиждень, їх тривалість і термін лікування.

Симптоматична поведінка — широкий клас порушень, що охоплюють психічні симптоми, а також будь-яку поведінку, що має порівняно сильний вплив на інших людей, є мимовільною і не піддається контролю з боку клієнта.

Сімейна скульптура — техніка сімейної терапії, за якої відбувається символічне дійове зображення стосунків у сімейній системі.

Сімейні підсистеми — диференційована сукупність сімейних ролей, яка дає змогу вибірково виконувати певні сімейні функції, забезпечити життєдіяльність сім'ї.

Соціетальність — вроджена характеристика людської свідомості, зумовлена інстинктивною потребою у єдності людської раси.

Соціограма — схема міжособистісних стосунків, що відображає спрямованість атракції, відкидання і байдужості в групі.

Супервізія — консультація психотерапевта із досвідченішим колегою щодо професійної діяльності загалом чи конкретних випадків.

Супер-Его (Над-Я) — компонент особистості, що є інтерналізованою версією суспільних норм та стандартів поведінки.

Теле — сукупність чуттєвих стосунків між усіма учасниками психодрами.

Теорія об'єктних стосунків — напрям психоаналізу, що концептуально структурується навколо поняття «інтерналізовані об'єктні стосунки».

Терапевтичний альянс — контракт, у якому визначають сетинг і всі інші аспекти взаємин «терапевт — клієнт».

Тілесна терапія — психотерапія, орієнтована на соматичні кореляти психологічних проблем.

Транскультурний підхід — техніка позитивної психотерапії, що передбачає розширення розуміння клієнтом своєї проблеми, досягнення більшої об'єктивності та реалістичності у її сприйнятті через оцінювання її з різних точок зору (різних культур, релігій, національностей).

Трансфер (перенесення) — процес і результат переміщення на аналітика переживань, уявлень, ставлень, форм поведінки, неусвідомлено адресованих значущим особам із минулого досвіду клієнта.

Узагальнення — техніка орієнтованої на особистість терапії, суть якої полягає у вираженні основної ідеї кількох мало пов'язаних між собою тверджень чи довгого заплутаного висловлювання клієнта.

Форма психотерапевтичного впливу — організування і структура взаємодії терапевта і пацієнта у процесі реалізації того чи того методу психотерапії.

Центрована на особистості психотерапія — комплекс підходів, які ґрунтуються на спільних теоретичних поглядах на природу людини і міжлюдські стосунки: голівне — це людина, а не її проблема; клієнт сам є експертом своїх переживань; клієнт здатний до самовизначення.

Центрування — характеристика групових процесів, яка виражається у мобілізації зусиль групи навколо ведучого.

Шеринг — остання стадія психодраматичного групового процесу, під час якої всім учасникам групи пропонують поділитися своїми відчуттями, а також поміченою ними подібністю своїх переживань і життєвих ситуацій з переживаннями і життєвим досвідом протагоніста.

Я-концепція — частина переживань (досвіду) людини, яка становить модель відчуттів, уявлень та оцінок Я як суб'єкта і Я як об'єкта.

Література

- Базисное** руководство по психотерапии / А. Хайгл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Отт, У. Рюгер. — СПб. : Вост-Европ, ин-т психоанализа, 2002. — 784 с.
- Бинсвангер Л.** Экзистенциально-аналитическая школа мысли // Экзистенциальная психология. Экзистенция / Л. Бинсвангер; пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. — М. : Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2001. — С. 308—333.
- Бубер М.** Я и Ты // Два образа веры / М. Бубер. — М. : Республика, 1995. — С. 16—92.
- Дорцен Э. Ван.** Практическое экзистенциальное консультирование и психотерапия / Э. Ван Дорцен. — Ростов н/Д : Ассоциация экзистенциально-го консультирования, 2007. — 216 с.
- Каліна Н. Ф.** Психотерапія : підручник / Н. Ф. Каліна. — К. : Академвидав, 2010. — 288 с.
- Киппер Д.** Клинические ролевые игры и психодрама / Д. Киппер. — М. : Класс, 1993. — 160 с.
- Лапланш Ж.** Словарь по психоанализу / Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис; [пер. с франц. А. С. Автономовой]. — М. : Высшая школа, 1996. — 623 с.
- Лейнер Х.** Кататимное переживание образов: Основная ступень. Введение в психотерапию с использованием техники оновидений наяву: семинар / Ханскарл Лейнер; пер. с нем. Я. Обухова — М. : Эйдос, 1996. — 253 с.
- Морено Я.** Психодрама : [пер. с англ.] / Я. Морено. — М. : Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2001. — 528 с.
- Мэй Р.** Вклад экзистенциальной психотерапии. Экзистенция / Р. Мэй; пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. — М. : Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2001. — С. 141—201.
- Мэй Р.** Любовь и Воля : [пер. с англ.] / Р. Мэй. — М. : Рефл-бук; К. : Ваклер, 1997. — 384 с.
- Основы психотерапии :** учеб. пособ. / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян и др. — К. : Ника-Центр; М. : Алетея, 1999. — 320 с.
- Основы психотерапии :** навч. посіб. / за заг. ред. К. В. Седих, О. О. Фільц, Н. Є. Завацької. — Полтава, 2013. — 329 с.
- Пезешкиан Н.** Торговец и попугай. Восточные истории в психотерапии / Но-срат Пезешкиан. — М. : Смысл, 1993. — 240 с.
- Психотерапия — что это?** Современные представления / под ред. Дж. К. Зейга, В. М. Мьюниона; пер. с англ. Л. С. Каганова. — М. : Класс, 2000. — 432 с.
- Роджерс К. Р.** Клиент-центрированная психотерапия / К. Р. Роджерс. — М. : ЭКСМО-Пресс, 2002.
- Сатир В.** Вы и ваша семья / В. Сатир. — М. : Апрель-Пресс, 2000. — 320 с.
- Седих К. В.** Психология сімі : навч. посіб. / К. В. Седих. — К. : ВЦ «Академія», 2015. — 192 с.
- Скиннер Р.** Семья и как в ней уцелеть : [пер. с англ.] / Р. Скиннер, Д. Клииз. — М. : Класс, 1995. — 294 с.
- Фільц О. О.** Основы группового анализа (Специальный видрук) / О. О. Фільц. — Львів : Львівський держ. мед. ун-т, 2000. — 24 с.
- Франкл В.** Сказать жизни «Да!» : психолог в концлагере / В. Франкл. — М. : Альпина Нон-фикшн, 2009.
- Фрейд З.** Введение в психоанализ : лекции / Зигмунд Фрейд — М. : Наука, 1991. — 456 с.
- Фридман Дж.** Конструирование иных реальностей: истории и рассказы как терапия / Дж. Фридман, Дж. Комбс. — М. : Класс, 2001. — 362 с.
- Шліппе А. фон.** Системна психотерапія та консультування / А. фон Шліппе, Й. Швайцер. — Львів, 2004. — 360 с.

Основи психотерапії : навч. посіб. / [К. В. Седих, О. О. Фільц, В. І. Ваннер та ін.]; за ред. К. В. Седих, О. О. Фільц. — К. : Академвидав, 2016. — 192 с. — (Серія «Альма-матер»).

ISBN 978-966-8226-89-2 (серія)

ISBN 978-617-572-097-4

У сучасному світі радикально змінюються чинники психологічних перенапрут. Без позитивних знань про людину неможливо ефективно психотерапія. Якісна підготовка фахівця потребує детально висвітлених спеціалізованою проблематикою навчальних видань. Ці висновки варто за основу при створенні пропонованого навчального посібника. У ньому розкрито аспекти психотерапії, ключові психотерапевтичні ідеї і теорії, напрями і методи дослідження психічної реальності, найактуальніші методика і техніки психотерапевтичної діяльності.

Адресований студентам вищих навчальних закладів. Пристосований психологам-практикам, педагогам, соціологам, управлінцям і всім, кого цікавить психічне життя особистості.

УДК 615.851(075.8)

ББК 53.37+73

Навчальне видання

Серія «Альма-матер»
Заснована в 1999 році

Основи психотерапії

Навчальний посібник

За редакцією
доктора психологічних наук К. В. Седих,
доктора медичних наук О. О. Фільц

Спільний проект із ВЦ «Академія»

Редактор Г. Т. Сенюкович
Коректор Т. А. Дічківська
Комп'ютерна верстка С. М. Байдока

Формат 60×90/16. Ум. друк. арк. 12,0. Зам. 16-168.

«Академвидав»
м. Київ, вул. Довженка, 3.
Тел./факс: (044) 483-19-24; 456-90-79.
E-mail: academvidav@gmail.com
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 1006 від 08.08.2002 р.

Віддруковано на ПАТ «Білосерпівська книжкова фабрика»,
09117, м. Біла Церква, вул. Леся Курбаса, 4.
Свідоцтво серія ДК № 4063 від 11.05.2011 р.

Впроваджена система управління якістю
згідно з міжнародним стандартом DIN EN ISO 9001:2000