Міністерство освіти і науки України

Запорізький національний університет

### Н.Ф. Шевченко

#### ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Навчальний посібник

для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра

напряму підготовки «Психологія»

Затверджено

 вченою радою ЗНУ

Протокол № 8 від 28.02.2017 р.

Запоріжжя

2017

УДК: 159.964.2:615.851(075.8)

ББК: Ю937.2я73

 Ш 379

Рекомендовано

Лист № \_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_

**Шевченко Н.Ф.**

Ш 379 Основи психотерапії : навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра напряму підготовки «Психологія» / Н. Ф. Шевченко. – Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2017. – 120 с.

Матеріал посібника висвітлює теоретичні та практичні аспекти основ психотерапії. Засвоєння навчального матеріалу сприятиме особистісній готовності студентів до майбутньої професійної діяльності.

Навчальний посібник рекомендується для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра напряму підготовки «Психологія» денної та заочної форм навчання Матеріал посібника може зацікавити психологів-практиків, соціальних педагогів, а також широке коло читачів, чия повсякденна діяльність пов’язана з процесом психологічного розвитку особистості.

Рецензент  *В. М. Ямницький,* доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри практичної психології та психотерапії

Рівненського державного педагогічного університету

Відповідальний за випуск *А. П.* *Поплавська*, голова науково-методичної ради факультету соціальної педагогіки та психології

**ЗМІСТ**

[**ПЕРЕДМОВА** **4**](#_Toc474846943)

[**РОЗДІЛ І. ВСТУП ДО ПСИХОТЕРАПІЇ** **7**](#_Toc474846944)

[Тема  1. Психотерапія як вид психологічної допомоги
 та професійної діяльності психолога **7**](#_Toc474846945)

[Тема  2. Психотерапевтичний процес **27**](#_Toc474846946)

[**Розділ ІІ. Види психотерапії** **46**](#_Toc474846947)

[Тема  1. Психодинамічна психотерапія **46**](#_Toc474846948)

[Тема  2. Когнітивна психотерапія:
 раціонально-емотивна терапія А. Елліса **66**](#_Toc474846949)

[Тема  3. Гуманістична психотерапія:
 екзистенціальна психотерапія І. Ялома **85**](#_Toc474846950)

[**СЛОВНИК ТЕРМІНІВ** **106**](#_Toc474846951)

[**ДОДАТОК**](#_Toc474846952)[**ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ПСИХОЛОГА** **112**](#_Toc474846953)

# ПЕРЕДМОВА

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

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

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

Текст навчального посібника повною мірою відтворює зміст дисципліни «Основи психотерапії» відповідно до навчального плану підготовки здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра напряму «Психологія».

Курс «Основи психотерапії» орієнтований на підвищення професійної компетентності студентів як майбутніх фахівців у різних сферах психологічної теорії та практики, а отже, надає можливість засвоєння ними знань щодо специфіки роботи психолога з людьми, які потребують кваліфікованої допомоги.

Проблематика курсу «Основи психотерапії» ґрунтується на таких фундаментальних і прикладних психологічних дисциплінах, як «Основи психологічного консультування», «Психологія особистості», та тісно пов`язана з такими психологічними дисциплінами, як «Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях», «Психологія травмуючих ситуацій», «Індивідуальне психологічне консультування».

Навчальний курс «Основи психотерапії» містить два тематичні розділи:

1. Вступ до психотерапії.
2. Види психотерапії.

**Метою** викладання навчальної дисципліни «Основи психотерапії»
є забезпечення студентів знаннями з теорії та практики, необхідними в роботі психолога з клієнтами, а також формування їх готовності до використання знань основ психотерапії у професійній діяльності.

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

1. ознайомлення з основними тенденціями розвитку психотерапії
на сучасному етапі; розкриття специфіки психотерапії як особливої галузі психології;
2. формування адекватних уявлень про роль і місце психотерапії в системі психологічної допомоги;
3. ознайомлення з основними напрямами психотерапії;
4. формування навичок ведення психотерапевтичної бесіди, способів збору анамнезу;
5. забезпечення засвоєння етичних норм, обов’язкових для практикуючого психолога.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен

**знати:**

* зміст таких базових психологічних понять і категорій*: анамнез, астенія, бесіда психотерапевтична,вікові особливості характеру
людини, депресія, залежність людини психологічна, емоційність,
епатажні засоби привернення уваги, етіологія, іпохондрія, інсайт, ірраціональні настановлення, істеричність, катамнез, комплекс, контрперенос, нарцисизм, невроз, обсесії, опір, особистісне зростання, перенос, психопатії, саморегуляція особистості, синдром, страх смерті стрес, супервізорство, тривога, фобії, фрустрація.*
* види й основні теорії психотерапії;
* специфіку психотерапевтичних відносин;
* загальну схему психотерапевтичного процесу;
* можливості різних психотерапевтичних напрямів;
* основні процедури і техніки різних психотерапевтичних підходів.

**уміти:**

* встановлювати контакт з клієнтом;
* проводити психотерапевтичну бесіду;
* проводити психологічний аналіз і формулювання (доформулювання та за необхідності переформулювання) запиту клієнта;
* застосовувати основні процедури і техніки психотерапії, розуміти
їх механізми та наслідки застосування.

# РОЗДІЛ 1. ВСТУП ДО ПСИХОТЕРАПІЇ

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

📚 *Питання для опанування теоретичного матеріалу.*

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

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

***Визначення поняття «психотерапія», основні моделі психотерапії***

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

* психотерапія є особливою дисципліною в галузі гуманітарних наук, заняття якою представляє вільну та незалежну професію;
* психотерапевтична освіта вимагає високого рівня теоретичної
та клінічної підготовленості;
* гарантованою є різноманітність терапевтичних методів;
* освіта в межах одного зі психотерапевтичних методів повинна здійснюватися інтегрально; вона включає теорію, особистий терапевтичний досвід і практику під керівництвом супервізора; одночасно формуються широкі уявлення про інші методи;
* доступ до такої освіти можливий за умови широкої попередньої підготовки, зокрема в галузі гуманітарних і суспільних наук.

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

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

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

* + психоаналітичний;
	+ біхевіористський;
	+ екзистенційно-гуманістичний.

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

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

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

Існують дві основні моделі психотерапії: медична та психологічна.

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

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

Психологічна модель орієнтована на поширення психологічної культури та мислення на сферу допомоги хворим і людям, які мають психологічні проблеми. З одного боку, стає все більш очевидною недостатня ефективність суто медичної психотерапії, і лікарі починають цікавитися психологічними моделями психотерапії, психологічним способом мислення, психологічною культурою. З іншого боку, останнім часом з’явилося безліч пацієнтів
із донозологічними формами розладів, якими раніше не займалися ні лікарі,
ні психологи. Зараз ці люди стали об’єктом уваги і тих, і інших. Характерною особливістю психологічної моделі психотерапії є переконаність у тому,
що за пацієнта (клієнта) вирішити його проблему ніхто не може. Психотерапевт лише супроводжує клієнта в проблему, у глибину переживань, допомагає людині знайти ресурс зміни та вирішення своїх проблем. Незважаючи на розбіжності між медичною та психологічною моделями психотерапії, їх об’єднує орієнтація на допомогу клієнту.

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

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

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

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

***Мета й завдання психотерапії***

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

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

* надання допомоги людям у аспекті кращого усвідомлення перешкод, що виникли перед ними;
* сприяння в коригуванні та зміні гнітючого настрою;
* сприяння у волевиявленні та вираженні почуттів;
* надання необхідних відомостей, які допомагають вирішити проблеми;
* надання консультацій щодо нових способів мислення.

Для вирішення зазначених завдань застосовується ряд засобів:

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

***Методи психотерапії***

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

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

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

У цих напрямах психотерапії, орієнтованих на особистісні зміни,
а не на один лише симптом, наявність певної особистісної концепції дозволила створити психотерапевтичну систему, що характеризується логічною послідовністю поглядів, властивих також іншим галузям медицини. Це уявлення про норму (у психотерапії – про особистість),
про патології (у психотерапії – про особистісні зміни) і, відповідно, уявлення про завдання та способи лікування.

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

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

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

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

1. методи психотерапії як конкретні методичні прийоми й техніки (гіпноз, релаксація, бесіда, дискусія, психогімнастика тощо);
2. методи психотерапії, що визначають умови, які сприяють оптимізації досягнення психотерапевтичних цілей (сімейна психотерапія та ін.);
3. методи психотерапії в значенні інструмента психотерапевтичного впливу (таким інструментом може бути психотерапевт у разі індивідуальної психотерапії або група при груповій психотерапії);
4. методи психотерапії в значенні терапевтичних інтервенцій (втручань), що розглядаються або в параметрах стилю (директивний, недирективний), або в параметрах теоретичного підходу, який і визначає характер цих втручань (інтерпретація, научіння, міжособистісна взаємодія).

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

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

1. підтримуюча психотерапія, метою якої є зміцнення та підтримка наявних у хворого захисних сил і вироблення нових, кращих способів поведінки, що дозволяють відновити душевну рівновагу;
2. психотерапія перенавчання, метою якої є зміна поведінки хворого шляхом підтримки та схвалення позитивних форм поведінки й несхвалення негативних; пацієнт повинен навчитися краще використовувати наявні
в нього можливості та здібності, проте при цьому не ставиться мета
по-справжньому вирішити неусвідомлювані конфлікти;
3. реконструктивна психотерапія, метою якої є усвідомлення інтрапсихічних конфліктів, які послужили джерелом особистісних розладів, і прагнення досягти істотних змін рис характеру та відновлення повноцінності індивідуального й соціального функціонування особистості.

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

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

Збільшення числа методів психотерапії призвело останнім часом
до посилення інтеграційного руху в психотерапії. Це підтверджує положення про те, що наявні психотерапевтичні підходи не стільки розрізняються по відношенню до єдиного об’єкта – людської особистості, скільки концентруються на різних її аспектах і проблемах, чим і обумовлені відмінності в методах психотерапії та численність їх класифікаційних поділів (Карвасарський Б. Д., 2002).

***Основні підходи в психотерапії***

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

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

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

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

Працюючи в рамках такого підходу, психотерапевт активно структурує сесії таким чином, щоб могли бути визначені й досягнуті конкретні цілі
та результати, які можна побачити й оцінити. Терапевт відіграє досить активну й директивну роль, працюючи над структуруванням сесій. Психотерапія, орієнтована на дію, на відміну від підходів, орієнтованих
на інсайт, надає психотерапевтичним відносинам, інсайту, інтерпретації
та самому процесу набагато меншого значення. Прихильники цього напряму дотримуються більш наукового та об’єктивного підходу до психотерапії,
що уможливлює використання безлічі найрізноманітніших технік і прийомів.

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

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

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

До числа проблем, для вирішення яких найбільш оптимальним
є застосування проблемно-орієнтованого підходу, належать такі: тривожність, страхи та фобії, агресія й аутоагресія, почуття провини, переживання горя, хронічні захворювання та допомога вмираючому, його близьким, депресія, схильність до суїциду, залежність від агентів різного роду та співзалежність, ослаблення самоконтролю й самокерування (у тому числі обсесивність
і компульсивність).

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

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

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

***Особистісні та професійні якості психотерапевта***

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

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

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

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

* + прояв глибокого інтересу до людей і терпіння в спілкуванні з ними; М. Бубер охарактеризував цей фактор як інтерес до людей у силу їхнього буття, а не тому, що деякі з них шизофреніки чи психопати;
	+ чутливість до установок і поведінки інших людей;
	+ емоційна стабільність і об’єктивність;
	+ здатність викликати довіру інших людей;
	+ повага прав інших людей.

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

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

* + повне усвідомлення дійсного моменту;
	+ вибір способу життя в конкретний момент;
	+ прийняття відповідальності за свій вибір.

Аутентичність певною мірою узагальнює багато властивостей особистості. Насамперед, це вираження щирості стосовно клієнта. Аутентична людина прагне бути і є самою собою як у власних безпосередніх реакціях, так і в поведінці в цілому. Вона дозволяє собі не знати всіх відповідей на життєві питання, якщо їх дійсно не знає. Вона не поводиться як закохана людина, якщо в цей момент відчуває ворожість. Труднощі більшості людей у тому й полягають, що вони багато енергії витрачають
на програвання ролей, на створення зовнішнього фасаду, замість того,
щоб використовувати її на вирішення реальних проблем. Якщо психотерапевт велику частину часу буде «ховатися» за професійною роллю, клієнт так само «сховається» від нього. Якщо психотерапевт виконує
роль тільки технічного експерта, відмежовуючись від власних реакцій, цінностей, почуттів, психотерапія буде стерильною, а її ефективність – сумнівною. Стикнутися з життям клієнта ми можемо тільки залишаючись живими людьми. Автентичний психотерапевт – найбільш придатна модель для клієнтів, що служить прикладом гнучкого реагування.

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

Розвиток самопізнання. Обмежене самопізнання означає обмеження волі, а глибоке самопізнання збільшує можливість вибору в житті. Чим більше психотерапевт знає про себе, тим краще він розуміє своїх клієнтів, і навпаки, чим більше психотерапевт пізнає своїх клієнтів, тим глибше розуміє себе. За словами Е. Кеннеді (Е. Kennedy, 1977), невміння почути збільшує схильність до стресу й обмежує нашу ефективність, крім того, зростає імовірність стати жертвою задоволення в процесі психотерапії власних неусвідомлених потреб. Дуже важливо реалістично ставитися до себе. Відповідь на запитання, як можна допомогти іншій людині, прихована в самооцінці психотерапевта, адекватності його відношення до власних здібностей і до життя в цілому.

Сила особистості й ідентичність. Психотерапевт повинен знати,
хто він такий, ким може стати, чого хоче від життя, що для нього важливе. Він звертається до життя із запитаннями, відповідає на запитання, поставлені йому життям, і постійно піддає перевірці власні цінності.
Як у професійній роботі, так і в особистому житті психотерапевту не слід бути простим відображенням надій інших людей, він має діяти, керуючись власною внутрішньою позицією. Це дозволить йому почуватися сильним
у міжособистісних відносинах.

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

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

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

Постановка реалістичних цілей. Не викликає заперечення той факт, що успіх спонукує ставити перед собою великі цілі, а невдача – опустити нижче планку домагань. Іноді цей механізм самозахисту порушується, і тоді занадто велика мета буде заздалегідь приречена на невдачу, а досягнення незначної мети не принесе жодного задоволення. Отже, ефективний психотерапевт повинен розуміти обмеженість власних можливостей. Насамперед, важливо не забувати, що будь-який психотерапевт незалежно від професійної підготовки не всемогутній. Жоден фахівець не здатний побудувати правильні взаємини
з кожним клієнтом і допомогти всім клієнтам вирішити їхні проблеми. Такий наївний оптимізм може стати причиною «холодного душу» в повсякденній психотерапії та постійно викликати почуття провини. Психотерапевт має відмовитися від нереального прагнення стати досконалим. У психотерапії ми завжди можемо виконувати свою роботу «добре», але не ідеально. Той, хто не здатен визнати обмеженість власних можливостей, живе ілюзіями, що може цілком пізнати й зрозуміти іншу людину. Такий психотерапевт постійно звинувачує себе за помилки замість засвоєння корисних «уроків», і в результаті його діяльність неефективна. Якщо ми допускаємо власну обмеженість, то уникаємо непотрібної напруги та почуття провини. У цьому випадку відносини з клієнтами стають більш глибокими й реалістичними. Правильна оцінка власних можливостей дозволяє ставити перед собою досяжні цілі.

Про емпатію, яка є однією з найважливіших рис особистості ефективного психотерапевта, більш докладно поговоримо при обговоренні питання про взаємини в процесі психотерапії.

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

***Буденні уявлення стосовно особистості психолога-психотерапевта***

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

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

Міф 2. Психолог – людина, професія якої схожа на професію астролога, народного цілителя, екстрасенса. І в наш освічений час слово «психолог» часто асоціюється зі словами «гіпнотизер», «знахар», «екстрасенс». На жаль, такий стереотип базується на тому факті, що багато «чаклунів» і «цілителів» безсоромно користуються психологічною термінологією у своїх корисливих цілях. Доводилося зустрічати в газетах рекламні оголошення приблизно такого змісту: «Зніму приворот, порчу, вінець безшлюбності. Лікування всіх хвороб. Застосовуються методи занурення в астрал, психоаналізу, НЛП».
І все це через кому! Не дивно, що в пересічного споживача засобів масової інформації, далекого від знань наукової психології, виникає цілковита плутанина. До того ж, у деяких сучасних вишах викладаються такі курси, як, наприклад, «Психологічна астрологія». Нерідко дипломовані психологи оголошують науково обґрунтованими навіть езотеричні підходи або окультні духовні практики. Подібні твердження видаються, м’яко кажучи, невиправданими. Але саме такі думки, висловлені в засобах масової інформації людьми зі ступенем кандидата чи навіть доктора психології, спричиняють виникнення плутанини в головах далеких від психології обивателів і породжують подібні міфи.

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

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

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

***Механізми психотерапії***

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

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

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

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

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

Розмаїття ідеологічних доктрин, теоретичних концепцій і технік психотерапії робить її широкою сферою специфічної професійної
допомоги, що включає різні підходи, які часто не зіставляються, а інколи навіть суперечать одне одному. Ці види допомоги описуються різними
метафорами, а саме: «археолог», «слідчий», «садівник», «провідник»,
«гуру», «інструктор», «шаман», «наставник» і т. п. За кожною з цих метафор приховані різні уявлення про душу та способи допомоги їй. Як справедливо зазначив І. Ялом, жодна пояснювальна система не спроможна охопити весь терапевтичний процес. Він писав: «Я вважаю, що терапевтична зміна – це надзвичайно складний процес, який виникає в складному переплетенні елементів людського досвіду, і ці елементи я буду називати «терапевтичними чинниками» (І. Ялом, 2000). Практично мова йде про механізми психотерапії. Автор виділяє 11-ть первинних чинників психотерапії (або її механізмів):

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

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

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

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

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

Одним із універсальних психотерапевтичних механізмів є усвідомлення (або катарсис). Вперше, у формі гіпнокатарсиса, його використовував З. Фройд. Ряд сучасних напрямів психотерапії роблять основний акцент саме на вивільнення витіснених афектів, а саме: первинна психотерапія А. Янова, різні види тілесно-орієнтованої психотерапії, психотерапія криком Д. Касрієла, спонтанний танець та ін. Усвідомлення дозволяє, по-перше, активізувати витіснений афект (перевести його в активну форму), а по-друге, «скинути» його з себе, прибрати його з енергетичної та психологічної структури особистості.

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

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

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

❓***Питання для самоконтролю:***

1. Як визначається поняття «психотерапія» в рамках Страсбурзької декларації?
2. Якому визначенню поняття «психотерапія» Ви надаєте перевагу? Обґрунтуйте свою відповідь.
3. Які існують моделі психотерапії? У чому полягає їхня принципова різниця?
4. У чому полягає основна мета психотерапії?
5. За якими критеріями розрізняються методи психотерапії?
6. Як Ви розумієте поняття «метод психотерапії»?
7. Назвіть і охарактеризуйте основні підходи в психотерапії.
8. Які особистісні та професійні якості психотерапевта Ви вважаєте найважливішими?
9. Які буденні уявлення існують стосовно особистості психолога-психотерапевта?
10. Спираючись на теоретичні положення І. Ялома, назвіть основні механізми психотерапії.

***Практичні завдання***

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

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

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

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

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

*Психологічна ситуація 2*. До психотерапевта звернулася жінка:
«Мій чоловік помер у день тринадцятиріччя сина. Після похорон син став замкненим, хоча до цієї події ділився зі мною своїми думками та враженнями. Замкнений і небалакучий він скрізь – і вдома, і в школі, і в оточенні друзів. Таке враження, що він припинив цікавитися навіть тим, що до цих трагічних подій його захоплювало. Що робити, аби він став таким, яким був?»

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

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

**🕮 *Рекомендована література***

1. Бурлачук Л.Ф. Основы психотерапии: [учебн. пособие для студентов вузов, которые обучаются по спец. «Психология», «Соц. педагогика»] / Л.Ф. Бурлачук, И.А. Грабская, А.С. Кочарян. – К.: Ника-Центр; М.: Алетейа, 1999. – 320 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Психотерапия [Електронний ресурс]: учебник
для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко. – [2-е изд., стереотип.]. – СПб.: Питер, 2007. – 480 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/2007/11/edu\_29sept2006\_594.rar.
3. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта [Електронний
ресурс] / Дж. Бьюдженталь; [пер. с англ. и общ. ред. М.Р. Мироновой]. –
СПб.: Питер, 2001. – 304 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi/0002116.pdf.
4. Ялом И. Дар психотерапии / И. Ялом; [пер. с англ. Ф. Прокофьева]. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 352 с.

## Тема 2. Психотерапевтичний процес

📚 *Питання для опанування теоретичного матеріалу.*

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

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

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

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

Наприклад:

* + Ви, як я зрозуміла, вперше звертаєтеся до психотерапевта.
	+ Так, я й раніше думала про те, що мені потрібна... така допомога, але все не наважувалася... А ось зараз зібралася.
	+ Я бачу, Вам було нелегко прийти сюди. І зараз Ви почуваєтесь
	не дуже затишно. Давайте спершу поговоримо про те, що відбувається
	під час психотерапії.
	+ Добре.
	+ Багато людей звертаються до психотерапевта, коли хочуть щось змінити у своєму житті. Моя роль полягає в тому, щоб разом із Вами зрозуміти, у чому полягають Ваші труднощі, знайти найкращий для Вас спосіб їх подолання й зробити щось, що змінить Ваше життя на краще. Спочатку може бути важко відкривати свій внутрішній світ незнайомій людині, але наша спільна робота – необхідна умова успіху. Я хотіла би повідомити Вам один принцип, якого дотримуються психотерапевти.
	Це принцип конфіденційності. Відповідно до нього, усе, що відбувається
	в кабінеті, лишається між нами. Я хотіла б також поговорити про обмеження цього принципу. По-перше, якщо мені знадобиться порада моїх колег, я хотіла б отримати на це Вашу згоду. Природно, при цьому
	не фігуруватиме Ваше ім’я або інші відомості. Таке обговорення проводиться і в моїх, і у Ваших інтересах і є нормою роботи психотерапевтів. Я хотіла би почути Ваше ставлення до цього.
	+ Я згодна.
	+ І ще. Якщо в нашій розмові з’ясується щось, що може загрожувати Вашому життю та здоров’ю або життю та здоров’ю інших людей, я визнаю своїм обов’язком задіювати також інших людей.

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

Психотерапевтичні школи відрізняються способом бачення проблеми клієнта, уявленням про можливості її розв’язання, формулюванням цілей.

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

1. Демографічні відомості (стать, вік, рід занять, сімейний стан).
2. Історія виникнення проблеми: коли клієнт зустрівся з проблемою, що ще відбувалося в цей час, як проблема проявляється в поведінці й на соматичному рівні, як клієнт її переживає, наскільки серйозно вона його непокоїть, яке його ставлення до неї, у якому контексті вона виявляється,
чи впливають на її появу які-небудь події, чи пов’язані її прояви
з конкретними людьми, чиє втручання робить її гострішою або слабшою, які її позитивні наслідки, які труднощі вона викликає, як клієнт намагався
її вирішити і з яким результатом.
3. Отримання психіатричної або психологічної допомоги.
4. Освіта й рід занять (у тому числі й стосунки з однокласниками, вчителями в школі, задоволеність роботою, стосунки з колегами, найбільш стресогенні чинники в цій сфері).
5. Здоров’я (захворювання, найбільш важливі актуальні проблеми
зі здоров’ям, турбота про здоров’я з боку батьків і в сім’ї, порушення сну, апетиту, використання ліків тощо).
6. Соціальний розвиток (найбільш важливі події в житті, ранні спогади, поточна життєва ситуація, розпорядок дня, робота, заняття, спілкування, хобі, цінності, вірування).
7. Сім’я, родинний стан, взаємини з протилежною статтю, секс (відомості про батьків, стосунки з ними в минулому й сьогоденні, батьківські санкції по відношенню до клієнта; які якості, на думку клієнта, він отримав від батька, матері; їхні спільні заняття, відомості про сестер
і братів, їхні стосунки, кого з них клієнт любив більше/менше, кого з них більше любила матір (батько), із ким клієнтові було краще/гірше). Стосунки з протилежною статтю, причини, з яких вони переривалися. Стосунки
з чоловіком/дружиною. Діти (кількість, вік). Хто ще живе разом із клієнтом. Сексуальний досвід, форми сексуальної активності.
8. Стереотипи реагування. Досліджуються на підставі спостереження за невербальною поведінкою.

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

☝ Первинне пред’явлення клієнтом проблеми можна визначити
як «скарга» (Л. Ф. Бурлачук,1999). Проте для подальшої роботи необхідно конкретизувати запит, який дозволяє окреслити перспективи терапії.
Для прикладу наведемо найбільш типові форми скарг (їх виділення
є досить умовним).

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

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

*2. «Безглузда» скарга.* На консультацію прийшла подружня пара,
і однією з їхніх скарг була така: «Ви розумієте, – говорила жінка, – ми ніяк не можемо домовитися про взаємоприйнятний час для інтимної близькості. Я йому говорю, що 22.30 – найкращий час». І далі вона логічно обґрунтовувала цей час: «Інтимна близькість до 23.00, а потім сон протягом 7-ми годин до ранку. Потім я встаю, роблю сніданок і вирушаю на роботу». Логічно?! Безумовно. Але чоловік не згоден – він так рано не лягає спати. Ця «безглузда» скарга є ні що інше, як родинний міф, який ми описали
як міф «22.30». Цей міф швидко розвінчувати не лише не можна,
але й дуже небезпечно. У цьому випадку смислову проблему «як бути разом?» подружжя замінило технічною проблемою «коли бути разом?». «Безглузда» скарга (а за нею прихована, відповідно, і «безглузда» проблема) – це захисна раціоналізація, розкриття якої – не найкраща реакція психотерапевта. У той же час, за наведеною скаргою лежать статево-рольові проблеми, а саме: дружина знаходиться в симбіотичному зв’язку з матір’ю, інфантилізована й не потребує партнера. У разі «безглуздої» скарги ми ніби стикаємося зі «сліпим» клієнтом. При цьому виникає запитання, чи слід клієнтові розкривати очі? В індивідуальній і груповій психотерапії в роботі з такими скаргами, з нашого досвіду, добре зарекомендувала себе техніка метафор, що дозволяє, по-перше, відсторонено поглянути на власну ситуацію і, по-друге, з іронією поставитися до своєї проблеми. Метафора має також і інші психотерапевтичні можливості. У груповій психотерапії терапевтичними є реакції інших членів групи, коли (при правильній фасилітації) вони не дають порад, а лише відгукуються на вказану проблему одного члена групи, створюючи тим самим поліфонію «голосів» і людських сенсів. У цій ситуації механізми захисту клієнта слабшають.

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

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

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

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

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

*7. Скарга на іншого.* Наприклад: «Мені дуже важко... (жінка плаче)
на роботі... Я не можу порозумітися з директором. Він дуже важка
й нерозумна людина, робота його абсолютно не цікавить...». За умови такого формулювання скарги до терапевта має звернутися директор. Клієнт же може бути неготовим до змін. Це досить важкий випадок для психотерапії.
Як правило, у скарзі міститься запит. Проте цей запит може бути не експлікований, чітко не визначений. У цьому випадку слід провести особливу роботу по виявленню запиту клієнта та усвідомленню його самим клієнтом. Запит може бути «фасадним», за яким ховається справжня проблема. У той же час, із ряду причин клієнт не формулює цей дійсний запит. *Нарешті, можлива ситуація, у якій дійсний запит на психотерапевтичну допомогу відсутній.* Психотерапевт разом із клієнтом прояснює, чи виражає запит усю проблему або її частину, довизначає його. Клієнт: «Я дуже втомлююся на роботі.
Вона перестала мене цікавити, здається нудною та одноманітною. Мене
заїдає ця рутина, все, що я роблю, не потрібно нікому, і мені в тому числі.
Але я не знаю, чи можу я щось змінити». Психотерапевт: «Ви не задоволені своєю роботою, тому що вона здається Вам нудною. Вам не вдається знайти сенс у Вашій діяльності. Давайте постараємося зрозуміти Ваші найбільш важливі, глибинні потреби та поглянути, як вони пов’язані з роботою». Психотерапевт допомагає клієнтові кваліфікувати запит, визначає особливості психотерапевтичної допомоги.

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

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

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

У процесі психотерапії відбуваються певні особистісні трансформації,
і задача психотерапевта – обговорити цю перспективу з клієнтом. Адже його свідомо чи несвідомо може лякати можливість розставання з якими-небудь звичками, непродуктивними, але давно встановленими стосунками й навіть хворобливими переживаннями. Особливості психотерапевтичних взаємин, ступінь саморозкриття психотерапевта істотно відрізняються залежно від напряму, проте зберігаються загальні їх особливості, а саме: висловлення підтримки, прийняття та інтерес до клієнта. Оскільки необхідною умовою роботи є співпраця, психотерапевт враховує установки, очікування, стиль спілкування з клієнтом. Клієнтові важливо відчути, що він може відкрито виражати свої переживання, висловлювати побоювання, і вони будуть прийняті. Клієнтка: «Я намагаюся налагодити свої взаємини із сином, але він відштовхує мене. Дуже важко, коли діти не розуміють і не поважають батьків. Я прагну не обтяжувати сина домашніми обов’язками, але навіть на мої рідкі прохання він відповідає грубо. Мені важко навіть заговорити з ним, він весь у собі». Психотерапевт: «Вам важко через те, що Ви не знаходите спільної мови з сином». У цій відповіді психотерапевт відобразив почуття клієнтки й показав, чого їй бракує: «...не знаходите». У результаті клієнтка отримує орієнтацію
на те, із чим вона працюватиме, і приймає відповідальність за результат.

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

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

1. Клієнт може з’ясовувати, чи здатний психотерапевт його зрозуміти, запитуючи: «А Ви самі одружені?». Психотерапевт може відповісти:
«Так, я одружений. Для Вас це означає, що я можу Вас краще зрозуміти?».
2. Клієнт ділиться яким-небудь секретом із психотерапевтом, ніби з’ясовуючи, чи безпечним буде саморозкриття. І хоча ця інформація значима для клієнта, вона, як правило, не пов’язана з проблемою, а служить для з’ясування того, наскільки можна довіряти психотерапевтові. Клієнт може розповісти про себе щось непристойне й додати: «Цього не знає ніхто з моїх близьких і друзів». Йому важливо побачити прийняття, серйозне ставлення до нього та почути підтвердження принципу конфіденційності.
3. Клієнт може перевіряти надійність психотерапевта, попросивши його про що-небудь, наприклад, принести книгу. Виконання обіцянки або обґрунтована відмова в нереальному проханні сприяє збереженню стосунків довіри.
4. Часто клієнт перевіряє здатність психотерапевта прийняти його таким, яким він є, повідомляючи про себе негативну інформацію:
«Я знаходжуся на утриманні в чоловіка та не хочу працювати». Вираження відтінку оцінки, виправдання або звинувачення руйнує фундамент психотерапевтичних стосунків.
5. Клієнт може з’ясовувати міцність стосунків, перевіряючи кордон встановленого, припустимого, наприклад, спізнюючись. Він як дитина відчуває себе спокійніше в умовах збереження встановлених кордонів.
Тому психотерапевт не залишає ці дії без уваги, відзначає їх і демонструє стійкість взаємин.
6. Клієнт потребує підтвердження того, що психотерапевт дійсно особистісно включений у процес, ставлячи приблизно такі запитання:
«Як Ви пам’ятаєте про все, що говорилося? Ви робите записи?»; «Ви напевно втомлюєтеся від таких клієнтів, як я?»; «Як у Вас вистачає на це сил?»; «Ви дійсно піклуєтеся про мене або сидите тут лише за службовим обов’язком?». Найкраще, що в цьому випадку робить психотерапевт, – виражає щирий особистісний інтерес до клієнта. Довіру можна відчувати
до людини, яка, перш за все, вірить собі. Тому неконгруентність психотерапевта, сприйнята клієнтом свідомо чи несвідомо, одразу
руйнує контакт. Щонайменша тріщина в контакті може служити джерелом проекцій. Неконгруентний клієнт не довіряє психотерапевтові
та закривається сам. Фахівець, у свою чергу, бачить ворожого клієнта, який захищається та чинить опір. Якщо ж клієнт відчуває у своєму партнерові конгруентність, енергію, автентичність, у нього з’являється віра в успіх.

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

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

*На третьому етапі* відбувається визначення цілей і відпрацювання альтернатив. Фахівець обґрунтовує психотерапевтичну стратегію, намічає
її основні віхи та компоненти. Вибір стратегії визначається підготовкою психотерапевта, особливостями особистості клієнта, характеристиками проблеми. Клієнт освоює психотерапевтичну метафору запропонованого напряму; знайомиться з основними характеристиками підходу, у тому
числі й із негативними переживаннями, пов’язаними з труднощами; приймає свою роль як клієнта; бере участь у виборі мети терапії.
Він включається в роботу як активний учасник, починаючи з вибору певного психотерапевтичного напряму або психотерапевта. Важливо,
аби наростання його активності й відповідальності продовжувалося протягом усього процесу роботи. Вербально або невербально клієнт виражає свої побажання. Психотерапевт враховує його установки, узгоджує їх зі своїм методичним арсеналом, адекватно реагуючи при цьому
на маніпулятивну поведінку. Активна, усвідомлена участь клієнта
в психотерапії є каталізатором її успіху.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*На п’ятому етапі* після фази, у ході якої клієнт отримує нове розуміння себе, ставиться мета втілення внутрішніх змін у реальну поведінку. У деяких видах психотерапії цей етап ніби винесений за її межі (наприклад,
у психоаналізі), в інших на ньому робиться основний акцент (наприклад,
у біхевіоральній психотерапії). На цьому етапі клієнт освоює нові поведінкові зразки, набуває здатності діяти спонтанно, на основі адаптивних когнітивних стратегій, відповідно до власних внутрішніх потреб.

***Шостий етап психотерапевтичного процесу.***

***Припинення психотерапії. Умова успіху психотерапії.***

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

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

* + я багато отримав від психотерапії та відчуваю себе задовільно;
	+ я починаю думати про те, аби залишити психотерапію;
	+ мої друзі та сім’я хочуть, щоб я припинив психотерапію;
	+ я (або мій психотерапевт) не можу продовжувати роботу через зовнішні обставини;
	+ у мене й психотерапевта не виходить працювати разом;
	+ я думаю, що отримав усе, що міг, від роботи з цим психотерапевтом;
	+ я думаю, що я отримав велику частину того, чого хотів, і мені здається непотрібним продовження лікування;
	+ мій психотерапевт сказав, що я повинен думати про припинення психотерапії;
	+ у мене немає часу або грошей для продовження лікування тощо;

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

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

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

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

***Сьомий етап психотерапевтичного процесу.***

***Оцінка результативності роботи психотерапевта.***

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

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

Дослідження в психотерапії має свою специфіку. Воно відрізняється від експерименту й за цілями, і за методологією, і за методами. Експериментальне дослідження направлене на підтвердження гіпотези, а дослідження
в психотерапії має на меті вибір оптимального способу взаємодії з клієнтом. Психотерапевт не нагромаджує дані, які потім «упроваджує» в практику,
а працює безпосередньо в цій практиці. Дослідження змін, досягнутих
у результаті психотерапії, передбачає відповідь на три запитання:

– чи змінився клієнт під час проведення психотерапії?

– чи стали ці зміни результатом психотерапії?

– чи є ці зміни достатніми для поліпшення функціонування клієнта?

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

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

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

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

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

При використанні цього методу слід враховувати, що він сам може викликати зміни, тому важко диференціювати, що саме – психотерапія або вимірювальна процедура – вплинуло на результат. Метод самоспостереження більшою мірою, ніж інші викликає артефакти: його використання може зробити клієнта більш усвідомленим, а може посилити тривогу. Тому обговорення отриманих даних включається в терапевтичну процедуру.

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

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

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

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

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

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

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

**❓*Питання для самоконтролю***

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

***Практичні завдання***

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

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

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

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

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

*Ситуація 2*. Із розповіді матері: «Моя семирічна донька ревнує мене до свого» молодшого братика. Коли він був зовсім маленьким, це не особливо виявилося, а зараз наші стосунки дуже загострились. Тільки-но зроблю
їй якесь зауваження, як вона скиглить: «Ти мене не любиш, любиш тільки свого Сашка». Я починаю себе ловити на тому, що не хочу зайвий раз брати сина на руки, щоб донька не приревнувала. При ній намагаюся звертати менше уваги на сина. Але часто чую: «Мамо, чому йому ти поклала більший шматок торту!», «Ти знову з ним граєшся, а хто буде гратися зі мною?» і т.д.
Як позбутися дитячих ревнощів?».

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

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

**🕮 *Рекомендована література***

1. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия [Електронний ресурс]: учебник
для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко. – [2-е изд., стереотип.]. – СПб.: Питер, 2007. – 480 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/2007/11/edu\_29sept2006\_594.rar.
2. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия [Електронний ресурс]: учебник
для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко. – [3-е изд., дополн.]. – СПб.: Питер, 2009. – 496 с. – Режим доступу: <http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi20/0013318.pdf>.
3. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта [Електронний
ресурс] / Дж. Бьюдженталь; [пер. с англ. и общ. ред. М. Р. Мироновой]. – СПб.: Питер, 2001. – 304 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi/0002116.pdf.
4. Психотерапевтическая энциклопедия [Електронний ресурс] / под ред. Б.Д. Карвасарского. – [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2000. – 1024 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi/0002292.pdf.

# Розділ ІІ. Види психотерапії

## Тема 1. Психодинамічна психотерапія

📚 *Питання для опанування теоретичного матеріалу.*

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

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

***Історія розвитку психодинамічної терапії***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

З іншого боку, творчий розвиток теорії та практики психоаналізу ініціював виникнення різноманітних форм психотерапевтичної практики, що оперують поняттями й концепціями енергій, сил і конфліктів між ними, але в ряді випадків досить серйозно відходять від ортодоксальної традиції.

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

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

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

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

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

***Фокус психодинамічної психотерапії***

У різних видах психотерапії обираються різні цілі для зміни психологічного функціонування. Психодинамічна (орієнтована на психоаналіз) психотерапія головним чином акцентує свою увагу на впливі минулого досвіду на формування певної манери поведінки.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

***Психодинамічний діагноз***

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

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

1. планування стратегії і тактики психотерапевтичного процесу;
2. імовірний прогноз психотерапії;
3. захист інтересів клієнта;
4. допомога у встановленні терапевтом емпатії до свого клієнта;
5. зменшення ймовірності того, що тривожний клієнт ухилитися
від лікування.

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

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

☝ Сьогодні в психодинамічній терапії прийнята така класифікація рівнів особистості:

* + - клієнти психотичного статусу, фіксовані на злитому, досепараційному рівні, на якому вони не можуть розрізнити, що знаходиться всередині, а що – поза ними;
		- клієнти в пограничному стані, фіксовані на діадичній боротьбі між тотальним підпорядкуванням, яке (як вони побоюються) знищить їхню ідентичність, і тотальною ізоляцією, яка для них аналогічна травматичній покинутості;
		- клієнти з невротичними труднощами, які пройшли сепарацію та індивідуацію, але мають конфлікт між тим, чого хочуть і водночас бояться (прототипом чого є едипів конфлікт).

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

***Організація психодинамічної терапії***

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

***Основні принципи психодинамічної психотерапії***

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

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

1. Головне значення мають людські інстинктивні імпульси, їхнє вираження й трансформація, їхнє придушення, за допомогою якого вдається уникнути хворобливих почуттів, переживань, неприємних думок, бажань, впливу свідомості.
2. Віра, що таке придушення є сексуальним або агресивним,
що причиною розладу є неправильний психосексуальний розвиток.
3. Ідея, що витоки неправильного психосексуального розвитку сягають далекого минулого, дитячих конфліктів або травм (особливо це стосується батьківського едипового комплексу, вираженого в класичному бажанні одного з батьків протилежної статі).
4. Упевненість в опорі едиповому комплексу, його швидкому відновленні.
5. Думка про те, що, по суті, ми маємо справу з боротьбою між біологічними внутрішніми імпульсами (або інстинктами – Ід) та імпульсами, що виступають у ролі захисту по відношенню до зовнішньої реальності
Его – у загальному контексті моральних правил або стандартів (Супер-Его).
6. Прийняття концепції психічного детермінізму, згідно з якою психічні феномени не змінюються випадково, а пов’язані з попередніми подіями; якщо ж вони й надалі не усвідомлюються, то стають повторюваними.

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

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

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

1. визнач вирішальні динамічні питання з метою локалізації
та обмеження використовуваних терапевтичних дій;
2. не торкайся аспектів особистості, які не мають близького стосунку до центральної проблеми;
3. фокусуй увагу на поточних взаєминах клієнта й захисних механізмах особистості;
4. підтримуй адаптивні навички й ресурси клієнта;
5. створи стійку, сприйнятливу атмосферу підтримки та поваги;
6. заохочуй більш адаптивні способи усунення хворобливих симптомів за допомогою нових переміщень та ідентифікацій.

***Техніка психодинамічної психотерапії***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☝ Трансфер – це специфічний приклад тенденції нашого мозку бачити минуле в сьогоденні, вдаватися до використання старих способів сприйняття й реагування, виключаючи будь-яку нову інформацію.
Якщо трансфер існує, то він абсолютно реальний для клієнта, і будь-яка суперечлива інформація ним не приймається.

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

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

***Короткострокова психодинамічна психотерапія***

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

Незважаючи на те, що курс психоаналізу самого З. Фройда був відносно коротким (від 3-х до 6-ти місяців), а деякі з його найближчих учнів (Ш. Ференці, О. Ранк) цілеспрямовано обмежували психотерапію 10–12-ма заняттями, тільки історична необхідність періоду після закінчення Другої світової війни, кількісне та якісне (за рахунок малозабезпечених шарів суспільства) розширення попиту на психотерапевтичну допомогу
змусили ортодоксальних психоаналітиків відмовитися від своїх позицій. Предметом обговорення й дослідження стає радикальна терапія протягом лише кількох років і можливість короткострокових її форм. Прихильниками
й основоположниками короткосторової психодинамічної психотерапії
є Ф. Александер, М. Балінт та ін.

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

1. Короткостроковою вважається психодинамічна психотерапія, цілеспрямовано обмежена 1-им–40-ка заняттями (найбільш поширений варіант – 10–12-ть) при частоті зустрічей з клієнтом приблизно один раз
на тиждень.
2. Мета короткосторової психодинамічної психотерапії – поведінкові зміни у сфокусованій області конфлікту, на відміну від установки ортодоксальної психодинамічної психотерапії на особистісний розвиток
за допомогою тотального подолання комплексу базальних конфліктів.
3. Відповідно до мети, провідний стратегічний принцип короткосторової психодинамічної психотерапії – виділення та перетворення фокального конфлікту, який має в більшості випадків едипальну природу (суперництво, проблеми виграшу-програшу тощо). Маркерами такого фокального конфлікту є вказівки клієнта на пов’язані з ним травми раннього віку, повторювані стереотипи травматичних переживань, зв’язок конфлікту з однією фігурою переносу (батьківською чи материнською)
та з проявами блокування (інгібіції) будь-яких сфер життєдіяльності клієнта. Непрямим показником адекватного вибору фокального конфлікту
є афективна реакція клієнта на пробну його інтерпретацію.
4. Вимоги до рольової позиції психотерапевта є такими: здатність встановити афективний контакт із клієнтом, що поєднується зі «щиросердою відсутністю турботи», активність у контакті й інтерпретаціях (на відміну
від позиції «нейтрального дзеркала» ортодоксального психодинамічного психотерапевта).
5. Певні вимоги до клієнта. Показання: наявність фокального конфлікту едипової природи або втрата улюбленого об’єкта, висока мотивація, наявність досвіду як мінімум одних значущих взаємин, здатність рефлексувати почуття та конструктивна реакція на пробну інтерпретацію. Протипоказання: виражена депресія, психотичні порушення (параноїдного і/або нарцисичного характеру), тенденції до патологічного відреагування переживань (суїцидальна або наркоманічна поведінка). Непрямим протипоказанням
є переважне використання клієнтом механізмів проекції та заперечення. Короткосторова психодинамічна психотерапія значно більше, ніж довгострокова психотерапія, орієнтується на здатність самого клієнта узагальнювати й використовувати матеріал, отриманий у процесі психотерапії.
6. Фази короткосторової психодинамічної психотерапії:
	* + перша відбіркова фаза, спрямована на діагностику мотивації
		та сили «Я» клієнта й виділення фокального конфлікту (1–2 перші заняття), висновок психотерапевтичного контракту;
		+ друга фаза, присвячена перетворенню фокального конфлікту;
		+ заключна третя фаза сепарації, спрямована на вирішення переносу й досить директивне завершення психотерапії.

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

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

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

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

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

***Завершення психодинамічної психотерапії***

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

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

☝ Про необхідність завершення психодинамічної психотерапії свідчать такі факти:

* 1. вирішення проблем клієнта;
	2. усвідомлення клієнтом власних проблем як дистонних утворень;
	3. розуміння клієнтом особливостей свого особистісного розвитку, захисних і адаптивних механізмів, об’єктних відносин, переживань власного «Я» тощо, що служили причинами проблем;
	4. здатність клієнта розпізнавати й оволодівати своїми трансферентними реакціями;
	5. вироблені навички самоаналізу як методу діагностики та вирішення власних внутрішніх конфліктів.

В ідеальному випадку питання про завершення курсу психотерапії піднімає сам клієнт. Часто це відбувається не прямо, а опосередковано,
у вигляді фантазій або гіпотетичних обговорень. У зв’язку з цим, перш ніж переходити до обговорення такого завершення, психотерапевту зазвичай рекомендується послухати клієнта ще деякий час, уважно аналізуючи нові питання й нові конфлікти, які може спричинити ця тема, і намагаючись визначити, чи не є питання про закінчення психотерапії проявом опору.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

На цій стадії також корисно обговорити з клієнтом (особливо з тим, який проходив тривалий курс) те, що процес завершення поширюється за межі останньої сесії. Протягом певного часу після припинення терапії клієнт буде відчувати, що він все ще інтегрує різні аспекти її завершення.

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

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

**❓*Питання для самоконтролю:***

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

***Практичні завдання***

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

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

*Ситуація 1*.

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

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

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

*Ситуація 2*.

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

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

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

**🕮 *Рекомендована література***

1. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия [Електронний ресурс]: учебник
для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко. – [2-е изд., стереотип.]. – СПб.: Питер, 2007. – 480 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/2007/11/edu\_29sept2006\_594.rar.
2. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия [Електронний ресурс]: учебник
для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко. – [3-е изд.,
дополн.]. – СПб.: Питер, 2009. – 496 с. – Режим доступу: <http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi20/0013318.pdf>.
3. Психотерапевтическая энциклопедия [Електронний ресурс] /
под ред. Б.Д. Карвасарского. – [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2000. – 1024 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi/0002292.pdf.
4. Сандлер Дж. Пациент и психоаналитик. Основы психоаналитического процесса / Дж. Сандлер, К. Дэр, А. Холдер; [пер.
с англ. В.В. Зеленского]. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1993. – 176 с.
5. Урсано Р. Психодинамическая психотерапія / Р. Урсано, С. Зоненберг, С. Лазар; [пер. с англ. Л.Г. Герцика]. – М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1992. – 160 с.

## Тема  2. Когнітивна психотерапія: раціонально-емотивна терапія А. Елліса

📚 *Питання для опанування теоретичного матеріалу.*

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

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

***Основні положення когнітивної психотерапії***

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

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

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

Як самостійний метод когнітивна психотерапія сформувалася вже пізніше, у 60-ті роки минулого століття, і являє собою розвиток поведінкової психотерапії, у якій емоційні реакції та психічні розлади розглядаються як такі, що опосередковані когнітивними структурами
й актуальними когнітивними навичками, набутими в минулому, іншими словами, у якій проміжними змінними виступає думка (когніція).

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

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

***Основні теоретичні положення раціонально-емотивної терапії
як форми когнітивної психотерапії***

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

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

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

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

*Положення концепції*

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

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

*Концептуальна схема й етапи РЕТ*

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

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

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

*Перший етап* – кларифікація, прояснення параметрів події (A), у тому числі параметрів, які найбільш емоційно вплинули на клієнта, викликали
в нього неадекватні реакції. На цьому етапі відбувається особистісна оцінка події. Кларифікація дозволяє клієнту диференціювати події, які можуть
і не можуть бути змінені. При цьому мета корекції – не заохочення клієнта до відходу від зіткнення з подією, не зміна його (наприклад, перехід
на нову роботу при наявності нерозв’язного конфлікту з керівником),
а усвідомлення системи оціночних когніцій, що ускладнюють вирішення цього конфлікту, перебудова цієї системи й тільки після цього – прийняття рішення про зміну ситуації. В іншому випадку клієнт зберігає потенційну вразливість у подібних ситуаціях.

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

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

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

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

1. Катастрофічні настановлення.

2. Настановлення обов’язкової повинності.

3. Настановлення обов’язкової реалізації своїх потреб.

4. Глобальні оціночні настановлення.

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

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

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

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

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

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

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

У цілому ж психологічні передумови РЕТ є такими:

* 1. визнання особистої відповідальності за власні проблеми;
	2. прийняття ідеї про те, що є можливість рішуче вплинути
	на ці проблеми;
	3. визнання того факту, що емоційні проблеми виникають
	з ірраціональних уявлень;
	4. виявлення (усвідомлення) цих уявлень;
	5. визнання корисності серйозного обговорення цих уявлень;
	6. згода докладати зусилля до конфронтації зі своїми алогічними судженнями;
	7. згода на використання РЕТ.

Учений А. Елліс значну увагу приділяє переструктуруванню
Я-висловлювань та аналізу безумовно прийнятих норм і повинності особистості. Ґрунтуючись на наукових підходах до структури індивідуальної свідомості, РЕТ прагне звільнити клієнта від пут стереотипів і кліше, забезпечити вільний і неупереджений погляд на світ.

*Причини емоційних порушень у концепції А. Елліса*

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

1. Люди поєднують у собі раціональне та ірраціональне. Коли вони мислять і діють раціонально, більш імовірно, що вони будуть ефективні, щасливі та компетентні.
2. Думки й емоції невіддільні. Емоції супроводжують мислення,
а мислення, як правило, упереджене, суб’єктивне й ірраціональне. Емоційне чи психологічне порушення є результатом ірраціонального й нелогічного мислення.
3. Люди за своєю біологічною природою схильні до ірраціонального мислення, будують у відповідності з цим навколишні умови та переживання.
4. Мислення в людей відбувається зазвичай із використанням символів і мови. Індивідів із вираженими емоційними порушеннями характеризує те, що вони підтримують їх і зберігають нелогічну поведінку за рахунок внутрішньої вербалізації власних ірраціональних ідей і думок. А. Елліс стверджує, що речення, які люди часто собі повторюють, стають їхніми думками та емоціями. За його словами, постійна стимуляція служить причиною стійкості розладів поведінки та емоцій, а просте розуміння коренів порушення в процесі психоаналізу не є достатньою умовою його усунення.
5. Тривалість станів емоційних порушень, які є результатом внутрішньої вербалізації, визначається, таким чином, не зовнішніми подіями чи обставинами, а сприйняттям і настановленнями щодо цих подій, які включені в інтерналізовані висловлювання про них.
6. Негативні та спрямовані на шкоду собі думки й емоції можна усунути шляхом перебудови сприйняття та мислення, щоб мислення стало логічним і раціональним, переставши бути нелогічним та ірраціональним.

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

*Принципи РЕТ*

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

*Другий* головний *принцип* раціонально-емотивної теорії свідчить,
що в основі патології емоцій і багатьох психопатологічних станів лежать порушення розумових процесів, а саме: перебільшення, спрощення, надмірне узагальнення, алогічні припущення, помилкові висновки, абсолютизація. Для опису цих когнітивних помилок А. Елліс використовує термін «ірраціональні судження». Таким чином, в основі патологічних емоційних реакцій найчастіше лежать ірраціональні переконання та ідеї.

***Ірраціональні ідеї та настановлення***

Альберт Елліс виділив *12 основних ірраціональних ідей*.

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

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

1. «Я повинен домагатися успіху й отримувати схвалення значимих інших, а якщо я не роблю того, що повинен і зобов’язаний, значить, зі мною щось не в порядку. Це жахливо, і я нікчема». Це ірраціональне переконання веде до того, що людина впадає в депресію, відчуває тривогу й розпач, сумнівається в собі. Це вимога «Его». «Я повинен домагатися успіху, інакше я «нікчема».
2. «Ви – люди, з якими я спілкуюся, мої батьки, моя родина, мої рідні та колеги – повинні, зобов’язані ставитися до мене добре й бути справедливими! Просто жахливо, що ви цього не робите!». Це ірраціональне переконання спричиняє злобу, лють, убивства, геноцид.
3. «Мої життєві умови – навколишнє середовище, суспільні відносини, політична обстановка – повинні бути влаштовані так,
щоб я з легкістю, не докладаючи великих зусиль, отримував усе необхідне. Хіба не жах, що ці умови важкі й завдають мені прикрості? Я не можу переносити цього! Я ніяк не можу бути щасливим; я або назавжди залишуся нещасним, або вб’ю себе!». Це ірраціональне переконання спричиняє низьку стійкість до фрустрації.

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

1. Катастрофічні настановлення.

2. Встановлення обов’язкової повинності.

3. Встановлення обов’язкової реалізації своїх потреб.

4. Глобальні оціночні настановлення.

*Перелік найбільш поширених
ірраціональних (дисфункціональних) настановлень.*

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

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

*Настановлення повинності.*

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

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

Настановлення виявляє себе у трьох сферах.

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

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

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

*Настановлення катастрофізації.*

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

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

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

1. Настановлення передбачення негативного майбутнього.

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

Стаючи пророками, а вірніше – псевдопророками, ми передбачаємо невдачі, потім непомітно для себе робимо все для їх втілення, і в результаті їх же й отримуємо. Але чи виглядає таке прогнозування розумним і раціональним? Ясно, що ні. Тому що наша думка про майбутнє не є самим майбутнім. Це лише гіпотеза, яку, як і будь-яке теоретичне припущення, необхідно перевіряти на істинність. А зробити це можливо деколи тільки емпіричним шляхом (методом «проб і помилок»). У інших випадках, коли ми володіємо досвідом аналогічних ситуацій, нам усе ж слід дотримуватися більш реалістичної оцінки ймовірності виникнення тих чи інших варіантів. У цьому світі можливо все, але з різними шансами реалізації. Можливість виникнення деяких подій ми іноді штучно применшуємо, унаслідок чого невиправдано ризикуємо, і навпаки, імовірність інших подій і їхніх наслідків різко перебільшуємо, унаслідок чого відчуваємо зайві переживання й тілесний дискомфорт.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «а якщо», «а раптом», «а може бути» тощо.

*Настановлення максималізму.*

Це настановлення характеризується вибором для себе й/або інших
осіб найвищих гіпотетично можливих стандартів (навіть недосяжних)
і наступне використання їх як еталону для визначення цінності дії, явища
чи особистості. Мислення характеризується позицією «все, або нічого!». Крайньою формою настановлення максималізму є настановлення перфекціонізму (лат. perfectio – ідеально, абсолютно).

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «по максимуму», «тільки на відмінно», «на п’ятірку», «на сто відсотків» («на всі сто»).

*Настановлення дихотомічного мислення.*

Дихотомічне мислення проявляється в тенденції поміщати життєвий досвід у одну з двох взаємовиключних категорій, наприклад, бездоганний чи недосконалий, святий чи грішник.

Мислення, що підпадає під вплив подібного настановлення, можна охарактеризувати як «чорно-біле», воно характеризується схильністю до крайнощів. Поняття, які насправді розташовані в континуумі, оцінюються як антагоністи, як взаємовиключні варіанти.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «або – або» («чи так – чи ні», «або пан – або пропав»),

*Настановлення персоналізації.*

Це настановлення проявляє себе як схильність пов’язувати події
зі своєю особистістю, коли немає жодних підстав для такого висновку; інтерпретувати події в аспекті особистих значень: «Вони напевно шепочуться про мене» або «Всі на мене дивляться».

Словами-маркерами цього настановлення є такі: займенники «я», «мене», «мені» тощо.

*Настановлення надузагальнення.*

Надузагальнення означає виведення загального правила або формулювання загального висновку на підставі одного чи кількох ізольованих епізодів. Вплив цього настановлення призводить до категоричного судження за одиничною ознакою (критерієм, епізодом) про всію сукупність.
У результаті робиться невиправдане узагальнення на підставі вибіркової інформації. Наприклад, «Якщо не вийшло одразу, не вийде ніколи». Формується принцип, відповідно до якого, якщо щось справедливе в одному випадку, воно справедливе в усіх інших ледь схожих випадках.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «всі», «ніхто», «ніщо», «всюди», «ніде», «ніколи», «завжди», «постійно» тощо.

Для трансформації цього ірраціонального настановлення з дезадаптивного в адаптивне слід усвідомлено замінювати у своїх судженнях категоричність, що уніфікує об’єкти, ситуації та явища.

*Настановлення читання думок.*

Це настановлення формує тенденцію приписувати іншим людям невисловлені вголос судження й конкретні думки. Похмурий погляд керівника може бути розцінений тривожним підлеглим як думка або навіть дозріле рішення про його звільнення. Таке трактування може врешті привести до безсонної ночі тяжких роздумів і відповідного рішення:
«Я не дам йому звільнити мене – звільнюся за власним бажанням».
А вранці керівник, якого вчора мучив біль у шлунку (з чим і був пов’язаний його «суворий» погляд), намагається зрозуміти, чого раптом його найкращий працівник вирішив звільнитися.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «він (вона/вони) думає (ють)».

*Настановлення оціночне.*

Це настановлення виявляється при оцінюванні особистості людини
в цілому, а не окремих її рис, якостей, учинків і т. д. Оцінювання носить ірраціональний характер, коли окремий аспект людини ототожнюється
з усією особистістю.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «поганий», «добрий», «нікчемний», «дурний» тощо.

*Настановлення антропоморфізму.*

Настановлення антропоморфізму – це приписування людських властивостей і якостей об’єктам і явищам живої та неживої природи. Наприклад, завзяті відвідувачі залів ігрових автоматів часто вважають, що автомат «набрав» досить жетонів і «справедливо було б поділитися»; маючи надію на те, що машина проявить таку людську якість, як справедливість, вони програюсь усі свої гроші.

Словами-маркерами цього настановлення є такі: «хоче», «думає», «вважає», «справедливо», «чесно» та ін. висловлювання, адресовані не людині.

***Процес психотерапії***

Головна мета раціонально-емотивної психотерапії – допомога
в перегляді системи переконань, норм і уявлень. Конкретна мета – звільнення від ідеї самозвинувачення.

☝ Позиція психотерапевта, який працює в руслі цієї концепції, безумовно директивна. Він роз’яснює, переконує, що він – авторитет, який спростовує помилкові судження, вказуючи на їх неточність, довільність і т. п.

Раціональний терапевт намагається спонукати клієнтів до того, щоб вони обмежували до мінімуму свої вимоги та прагнули до максимуму терпимості. Отже, раціонально-емотивна терапія прагне до радикального редукування повинності, перфекціонізму (прагнення до досконалості), грандіозності й нетерпимості в клієнтів.

Починаючи роботу над системою переконань клієнта, психотерапевт насамперед прагне до виявлення його ірраціональних настановлень.

Відомо, що наявність ірраціональних настановлень означає існування жорсткого зв’язку між дескриптивною та оціночною когніціями, зв’язку, що передбачає одноваріантний розвиток подій. Тому виявленню цих емоційно-когнітивних схем допомагає вживання клієнтами таких слів, як «треба», «повинен», «необхідно». Саме ці слова («тиранія повинності») є об’єктом «терапевтичних атак». Часто терапевт «підводить» клієнта в бесіді до їхнього вживання, висловлює гіпотетичні речення, що містять ці слова, для того,
щоб змусити клієнта визнати їхню владу над собою. Наведемо приклад.

Клієнт (К.): Я хочу завершити роботу вчасно, і тому я постійно напружений.

Терапевт (Т.): У мене враження, що ви говорите: «Я повинен завершити роботу вчасно», чи не так?

Для виявлення ірраціональних настановлень використовується
також відома нам уже техніка «а якщо».

Т.: Припустимо, що в результаті всього цього станеться найгірше,
і ви розлучитеся, що тоді відбудеться?

К.: Я залишуся один.

Т.: І що в цьому поганого?

К.: Нічого собі!

Т.: А все-таки?

К.: Хто ж мені допоможе, якщо зі мною що-небудь трапиться?
Це ж жахливо опинитися залежним Бог знає від кого (катастрофічне настановлення).

*Реконструкція системи переконань*

Після виявлення ірраціональних настановлень терапевт приступає
до реконструкції системи переконань. Вплив при цьому здійснюється
на трьох рівнях: когнітивному, емоційному та поведінковому.

*Вплив на когнітивному рівні.* РЕТ намагається показати клієнтам, що їм краще відмовитися від перфекціонізму, якщо вони хочуть прожити щасливіше й менш тривожне життя. Вона вчить їх усвідомлювати свої «повинен», «треба», «слід»; відокремлювати раціональні переконання від ірраціональних (абсолютистських); застосовувати логіко-емпіричний метод науки до себе
та власних проблем; приймати дійсність, навіть якщо вона похмура.

РЕТ допомагає клієнтам відточувати когнітивні процеси. Вона
є пояснювальною та дидактичною.

РЕТ застосовує сократівський тип діалогу між клієнтом і терапевтом. Зокрема використовується когнітивний диспут. Цей прийом включає доказ справедливості ірраціонального настановлення з боку клієнта. Завдання психотерапевта полягає в проясненні сенсу, демонстрації логічної неспроможності такого настановлення. У процесі диспуту може виявлятися вторинний виграш, який сприяє збереженню ірраціонального настановлення.

У груповій терапії РЕТ заохочує членів групи до дискусії, до пояснення та виявлення причин неефективного мислення.

РЕТ учить семантичній точності. Наприклад, якщо клієнта відштовхують, то це не значить, що його завжди будуть відштовхувати; якщо клієнт зазнає невдачі, то це не значить, що він не зможе досягти успіху.

*Вплив на емоційному рівні.* Психотерапевтом використовуються різні способи драматизації переваг і повинностей, щоб клієнти могли чітко розрізняти ці два феномени (іншими словами, чим відрізняється «було б краще» від «повинен»). Із цією метою терапевт може використовувати рольову гру, щоб показати клієнтам, які помилкові ідеї керують ними, і як це впливає на їхні стосунки з іншими людьми. Терапевт може застосовувати моделювання, щоб показати клієнтам, як приймати різні ідеї. Терапевт використовує гумор, щоб довести до абсурду ірраціональні думки. Терапевт демонструє безумовне прийняття, показуючи клієнтам, що він приймає їх, незважаючи на наявність у них негативних рис, що дає їм імпульс для прийняття себе. Терапевт використовує емоційно насичене переконання, що приводить клієнтів до відмови від деяких абсурдних ідей і заміни їх на більш розумні поняття.

Психотерапевт заохочує поведінку, пов’язану з ризиком, а саме:

а) пропонує клієнтам психотерапевтичної групи сказати відверто одному з її учасників, що вони про нього думають (у результаті клієнти переконуються в тому, що це насправді не так ризиковано);

б) спонукає клієнтів до саморозкриття, пропонуючи, наприклад, розповісти про відхилення в їхньому сексуальному житті (цей досвід переконує їх у тому, що інші можуть приймати їх, незважаючи на недоліки);

в) пропонує клієнтам зустрітися зі своїми «ганебними» почуттями (наприклад, із ворожістю), що дає їм можливість розкрити ті думки,
які передують цим почуттям.

Психотерапевт може також використовувати техніки, що приносять чуттєві задоволення, такі як обійми з іншими членами групи. Це робиться не для отримання миттєвого задоволення, а для того, щоб показати клієнтам, що вони здатні здійснювати приємні дії, на які раніше ніколи б не зважилися, заради чистого задоволення, не відчуваючи при цьому почуття провини, навіть якщо інші не схвалюють їх за це.

*Вплив на поведінковому рівні*. Поведінкові методи в РЕТ застосовуються не тільки для усунення симптомів, але й для зміни когніцій клієнтів.

Так, схильність клієнтів до перфекціонізму може бути зменшена виконанням таких завдань терапевта:

а) піти на ризик (наприклад, спробувати призначити побачення учаснику групи іншої статі);

б) навмисне схибити при вирішенні якогось завдання (наприклад, навмисне погано виступити перед публікою);

в) уявляти себе в ситуації невдачі;

г) з ентузіазмом узятися за діяльність, яку клієнт вважає особливо небезпечною.

Відмови від вимог клієнтів, щоб інші поводилися з ними чесно,
та щоб світом правили добро й справедливість, можна досягти, пропонуючи для виконання такі завдання:

а) якийсь час перебувати в несприятливих обставинах і вчитися приймати їх;

б) виконувати важкі завдання (наприклад, вступ до вишу);

в) уявляти себе в ситуації позбавлення чого-небудь і при цьому не відчувати себе засмученим;

г) дозволити собі якусь приємну діяльність (піти в кіно, зустрітися
з друзями) тільки після виконання неприємної, але необхідної задачі (урок французької або завершення звіту для свого шефа) тощо.

РЕТ часто використовує оперантне обумовлення для позбавлення поганих звичок (паління, переїдання) або зміни ірраціонального мислення (наприклад, засудження себе за паління чи переїдання).

***Сфери застосування раціонально-емотивної терапії***

Легше назвати проблеми, які не піддаються лікуванню раціонально-емотивною терапією. До таких проблем належать відсутність контакту
з реальністю, виражений маніакальний стан, глибокий аутизм, пошкодження мозку та виражені стадії розумової відсталості. Хворим
із цими розладами показані фізичні методи лікування, догляд, або поведінкова терапія, заснована на принципах оперантного обумовлення.

РЕТ застосовується в таких випадках:

* 1. клієнти з поганою пристосовуваністю, помірною тривожністю
	та з подружніми проблемами;
	2. сексуальні порушення;
	3. неврози;
	4. розлади характеру;
	5. школярі, які прогулюють уроки, підлітки-правопорушники
	й дорослі злочинці;
	6. синдром приграничного розладу особистості;
	7. психотичні пацієнти, включаючи хворих із галюцинаціями, коли вони в контакті з реальністю;
	8. індивіди з легкими формами розумової відсталості;
	9. пацієнти з психосоматичними проблемами.

Проте не всі перераховані категорії клієнтів лікуються з однаковою ефективністю. Як і при інших видах психотерапії, РЕТ найбільш ефективна при м’яких розладах або у випадках із моносимптомом (наприклад, сексуальна неадекватність).

РЕТ використовується також із превентивною метою. Вона широко практикується для вирішення проблем, пов’язаних із освітою, а також для профілактики емоційних розладів.

***Форми раціонально-емотивної терапії***

Раціонально-емотивна терапія проводиться як в індивідуальній,
так і в груповій формах, включаючи «раціональний енкаунтер» («група «зустріч» у формі марафону), у вигляді короткострокового лікування,
а також у формі шлюбної та сімейної терапії.

*Індивідуальна терапія.* Триває від 5-ти до 50-ти занять один раз
на тиждень. Заняття зазвичай починається з розповіді клієнта про свої
сумні почуття протягом тижня. Терапевт розкриває, які збуджуючі події мали місце до того, як виникли ці почуття, і допомагає клієнту ідентифікувати ті ірраціональні переконання, що з’явилися в нього
у зв’язку зі збуджуючими подіями. Терапевт навчає клієнта спростовувати свої ірраціональні переконання і часто дає йому домашнє завдання,
метою якого є набуття навичок у їхньому спростуванні. На наступному занятті терапевт перевіряє, (іноді з використанням форми звіту
про самодопомогу), як клієнт протягом тижня використовував підхід РЕТ. Така робота триває доти, доки клієнт не тільки почне позбавлятися
від симптомів, але й віднайде здоровіше, більш терпиме ставлення
до життя.

Зокрема, РЕТ-психотерапевт намагається навчити клієнта:

* 1. як позбутися тривоги, відчуття провини й депресії, повністю прийнявши себе людською істотою, незалежно від того, чи досяг клієнт успіху в житті, чи приймають його інші люди;
	2. як зменшити агресивність і ворожість, ставши більш терпимим
	до інших людей, навіть якщо їхня поведінка гідна засудження;
	3. як зменшити інерцію, докладаючи зусиль до зміни неприйнятної ситуації, і як підвищити низьку фрустраційну толерантність, навчаючись переносити ситуації, які не можна змінити.

*Групова психотерапія.* Спостерігаючи за поведінкою одне одного, учасники групи вивчають принципи РЕТ і застосовують їх на практиці під наглядом терапевта. Група дає можливість проводити тренінг позитивної поведінки. Клієнти беруть участь у рольових іграх, вчаться взаємодії
з іншими людьми, ідуть на вербальний і невербальний ризик, учаться
на досвіді інших.

Одним із різновидів групової раціонально-емотивної терапії
є розроблений А. Еллісом так званий «раціональний енкаунтер». У цьому марафоні перші декілька годин відводяться на виконання членами групи серії вправ, призначених для того, щоб вони зблизилися, йшли на ризик, ділилися найбільш болючими й «ганебними» переживаннями, відчували інтенсивні почуття. Протягом цих перших годин розв’язання індивідуальних проблем навмисне не відбувається. Потім, коли учасники марафонської групи достатньо зближуються та відмовляються від багатьох психологічних захистів, вони протягом багатьох годин займаються аналізом емоційних проблем, осягаючи їхні філософські джерела, а також те, як можна змінити себе, змінюючи власні когніції.

*Короткострокова психотерапія.* При короткостроковій психотерапії клієнта за 1–10 занять навчають «А-В-С-D-методу» розуміння емоційної проблеми та її філософських джерел і показують, як треба працювати
над зміною фундаментальних позицій, що лежать в основі порушень.

Короткострокова психотерапія призначена насамперед для клієнта, який має специфічну проблему. Наприклад, вороже ставлення до керівника або імпотенція. У таких випадках можна повністю вилікуватися за декілька занять.

Для прискорення психотерапевтичного процесу в РЕТ застосовуються два прийоми.

Перший – запис на магнітофон усього заняття. Ці записи потім прослуховуються клієнтами декілька разів удома, по дорозі додому,
на роботі, щоб глибше усвідомити свої проблеми й раціонально-емотивний спосіб їхнього вирішення. Часто клієнти, у яких виникають труднощі
в сприйнятті того, що відбувається під час заняття (оскільки вони занадто занурені в себе, легко відволікаються чи надмірно тривожні), отримують більше при прослуховуванні цих записів, ніж під час безпосередньої зустрічі з терапевтом.

Другий прийом – використання форми самодопомоги, яка дозволяє клієнтам використовувати РЕТ-метод при зіткненні з емоційними проблемами між заняттями або після закінчення терапії.

**❓*Питання для самоконтролю:***

1. Назвіть основні теоретичні положення раціонально-емотивної терапії.
2. Назвіть і охарактеризуйте етапи РЕТ.
3. У чому, на думку А. Елліса, полягають причини емоційних порушень?
4. Охарактеризуйте принципи РЕТ.
5. Наведіть приклади ірраціональних настановлень.
6. Якою є головна мета раціонально-емотивної психотерапії?
7. У який спосіб відбувається реконструкція системи переконань?
8. Якими є сфери застосування раціонально-емотивної терапії ?
9. Які форми раціонально-емотивної терапії ви знаєте?
10. Для кого призначена короткострокова раціонально-емотивна психотерапія?

***Практичні завдання***

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

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

*Ситуація 1*. Після літніх канікул дев’ятикласницю Олену наче підмінили. До того часу весела, з усіма спілкувалась, вона стала замкненою і нервовою. Одразу після занять бігла додому. Від участі в класних заходах вміло відмовлялася. Таку поведінку дівчини десь через місяць стали помічати не тільки однокласники, але й учителі, хоча вона намагалася продемонструвати, що нічого не трапилось. Батьки на ситуацію не реагували, оскільки нічого не помічали. Декілька розмов з дівчиною скінчились безрезультатно, хоча видно було, що її щось непокоїть. Зізнання далося їй не легко. Червоніючи і час від часу надовго замовкаючи, дівчина розповіла про випадок, який трапився з нею в літньому таборі; про те,
що тепер, як їй здається, вона хвора на якусь венеричну хворобу».

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

* План психотерапевтичної бесіди з клієнткою.
* Як встановити контакт із клієнткою?
* Які техніки раціонально-емотивної терапії доцільно застосувати
в роботі з клієнткою?

*Ситуація 2*. Клієнт розповів: «Років із десять тому на вокзалі до мене підійшов маленький циган і попросив грошей. Я сказав, що грошей немає. На це він відповів: «А... не маєш грошей, так і життя не будеш мати». З того часу ці слова переслідують мене завжди, коли зі мною щось трапляється.

Потрапив у автокатастрофу – це мені за те, що не дав цигану грошей. Зламав ногу – це також розплата за те саме. І так щоразу. А неприємності трапляються зі мною досить часто. Як забути ці слова?»

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

* У чому полягає психологічний запит клієнта?
* Які техніки раціонально-емотивної терапії доцільно застосувати в роботі з клієнтом?
* Які наслідки роботи можуть виникнути після застосування запропонованих Вами технік?

**🕮 *Рекомендована література***

1. Бурлачук Л.Ф. Основы психотерапии: [учебн. пособие для студентов вузов, которые обучаются по спец. «Психология», «Соц. педагогика»] / Л.Ф. Бурлачук, И.А. Грабская, А.С. Кочарян. – К.: Ника-Центр; М.: Алетейа, 1999. – 320 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Психотерапия [Електронний ресурс]: учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко. – [2-е изд., стереотип.]. – СПб.: Питер, 2007. – 480 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/2007/11/edu\_29sept2006\_594.rar.
3. Психотерапевтическая энциклопедия [Електронний ресурс] / под ред. Б.Д. Карвасарского. – [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2000. – 1024 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi/0002292.pdf.
4. Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса / А. Эллис. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 228 с.

## Тема 3. Гуманістична психотерапія: екзистенціальна психотерапія І. Ялома

📚 *Питання для опанування теоретичного матеріалу*

Екзистенціальна психотерапія та її витоки. Екзистенціальна психотерапія І. Ялома: базисні проблеми існування індивідуума. Методи й техніки екзистенціальної психотерапії: робота з усвідомлення смерті; робота з відповідальністю та свободою; робота з ізоляцією; робота безсенсовістю.

🖉*Основні терміни й поняття:* бесіда психотерапевтична, депресія, дискомфорт, екзистенція, емоційність, емпатія, інтенція, катамнез, компульсивність, конгруентність, особистісне зростання, психологічний захист, саморегуляція особистості, семіозис, сетинг, смисл життя, страх смерті, стрес, тривога, тривожність, фрустрація,

***Екзистенціальна психотерапія та її витоки***

До середини 50-х рр. XX ст. протистояння між психотерапевтичними системами, що базуються, з одного боку, на психодинамічних, а з іншого – на поведінкових принципах, неминуче призвело до формування «третьої сили», яка представляє собою якісно нове бачення природи людини. Цей новий напрям психотерапії, що виник у Європі й досить швидко поширився на території американського континенту, отримав назву екзистенціально-гуманістичного підходу.

Поняття «екзистенція» (existencia) походить від латинського слова existere, що буквально означає «виділитися, з’являтися». Українською мовою цей термін найчастіше перекладається як «існування», однак, враховуючи його етимологію, необхідно особливо підкреслити,
що під ним мається на увазі не статичний стан, а процес, найтіснішим чином пов’язаний із виникненням або становленням. Відповідно екзистенціальні методи психотерапії пов’язані з психологічною роботою
на онтологічному рівні (від грецького ontos – «буття»), спрямованою
на допомогу клієнтам у відстоюванні та ствердженні власного унікального модусу існування, незважаючи на обмеження, які накладає життя,
і в рамках цих обмежень.

Своїми коренями екзистенціальна психотерапія сягає ідей як класичної, так і сучасної європейської філософії. Багато своїх понять екзистенціальна психотерапія запозичила зі словника екзистенціалізму – «екзистенція», «почуття буття», «справжність» і т. п.

***Екзистенціальна психотерапія І. Ялома:***

***базисні проблеми існування індивідуума***

Сучасний етап розвитку екзистенціальної психотерапії характеризується спробами серйозних наукових досліджень тих галузей людського буття, які піддаються емпіричному вивченню, а також систематизацією існуючих методів психотерапевтичного втручання. Найбільш яскравим представником цього етапу є Ірвін Ялом.

☝ У своїй фундаментальній роботі «Екзистенціальна психотерапія» І. Ялом дає їй таке визначення: *«Екзистенціальна психотерапія – це динамічний підхід, що фіксується на базисних проблемах існування індивідуума»* (І. Ялом, 1999, с. 8). Такими проблемами (екзистенціальними факторами) він вважає смерть, свободу, ізоляцію та безсенсовість життя. Отже, *екзистенціальна психотерапія* в його розумінні *заснована на моделі психопатології, відповідно до якої тривога та її дезадаптивні наслідки являють собою реакцію на ці чотири фактори.*

Психолог І. Ялом також вважає, що існують *два типи механізмів психологічного захисту*, які можуть бути як несвідомими, так і цілком усвідомленими. По-перше, це традиційні механізми захисту (проекція, реакція, заперечення, ідентифікація тощо), які працюють незалежно
від джерела тривоги. По-друге, існують специфічні механізми захисту від кожного з чотирьох основних турбот. Ці механізми не тільки допомагають захиститися окремим клієнтам, але й підтримуються цілими культурами.

*Смерть,* вважає І. Ялом, є основним джерелом невротичної, нормальної та екзистенціальної тривоги. Причому ці види тривоги, пов’язані зі смертю, можуть бути як усвідомленими, так і несвідомими.
На відміну від багатьох своїх попередників, І. Ялом на основі ґрунтовних
і тривалих емпіричних досліджень доводить, що з раннього дитинства люди надзвичайно стурбовані неминучістю смерті. Для того, щоб впоратися
з жахом потенційного неіснування, люди споруджують психологічний захист, який базується на запереченні смерті. Крім того, дослідник вважає, що розвиток психічної патології значною мірою обумовлений здійсненням невдалих спроб вийти за рамки смерті. На його думку, *перший інтрапсихічний екзистенціальний конфлікт –* це конфлікт між усвідомленням неминучості смерті та бажанням продовжувати жити, конфлікт між боязню неіснування й бажанням бути.

На думку І. Ялома, діти досить рано відкривають для себе сутність смерті, хоча їхній інтелект ще не дозволяє їм повністю усвідомити цей факт. Діти витісняють своє перше знання про смерть, споруджуючи різні захисні конструкції. Вони переконують себе в тому, що смерть є тимчасовою,
діти не вмирають, «я не помру, тому що я особливий», в останній момент
на допомогу прийде рятівник і т. п. *Примирення з неминучістю смерті
є* головним завданням розвитку в цей період.

Успішність вирішення цього завдання залежить від сили Его
та присутності дорослих, здатних впоратися із власною тривогою, пов’язаною зі смертю. При відсутності таких чинників усвідомлення реальності смерті є травматичним. Особливо травматичною може бути смерть рідних братів і сестер, а також батьків.

За відсутності чи недостатності відомостей від близьких людей діти звертаються до інших джерел інформації, які мають різний ступінь надійності. У зв’язку з цим вони часто відгороджуються від смерті дезінформацією, запереченням, казками, евфемізмами тощо. На думку І. Ялома, одне з просвітницьких завдань екзистенціального терапевта полягає в тому, щоб розробити принципи повідомлення дітям інформації про смерть.

☝ Як у дітей, так і в дорослих І. Ялом виділив *два головних механізми захисту від тривоги, пов’язаної зі смертю*. Насамперед це *віра у свою особливість.* У той час, як на свідомому рівні більшість людей приймає неминучість завершення свого життя, глибоко в душі вони можуть плекати ірраціональну віру у власне безсмертя й недоторканність. Якщо цей захисний механізм недостатньо добре розвинений або відсутній, у людей можуть розвиватися такі клінічні синдроми, як маніакальний героїзм, «трудоголізм», відсутність відчуття часу, самозакоханість, прагнення до влади й контролю.

*В основі механізму віри в спасителя*, який прийде на допомогу
в останній момент, лежить уявлення людини про те, що хоча з нею може трапитися щось погане, вона не самотня у величезному байдужому Всесвіті, і якийсь всюдисущий служитель добрих сил у важкий момент прийде на допомогу та врятує її. Люди, які використовують цей механізм захисту, можуть обмежувати своє життя, потрапляючи в психологічну залежність від певної особистості (матері, дружини, керівника тощо). Більшість людей не усвідомлює віру в спасителя доти, доки вона не дає збій (наприклад, коли діагностується невиліковна хвороба, або коли об’єкт прихильності помирає чи психологічно віддаляється).

*Свобода*, вважає І. Ялом, передусім, передбачає, що не існує жодної надійної основи, яка підтримує людське існування. Це породжує тривогу та страх, а також необхідність відповідальності. Вільні люди відповідальні не тільки за надання світу сенсу, але й за своє життя, за власні дії та невдачі при їх здійсненні. *Тому другий екзистенціальний конфлікт* – це конфлікт між зіткненням людей з відсутністю опори та свободи та їхнім прагненням до набуття основи та структури.

Науковець І. Ялом зазначає, що у XX ст. відбувалися досить швидкі розпад і зміна моральних цінностей, які призвели до їх інфляції.
У результаті сучасне виховання висуває замало заборон; це неминуче призводить до того, що при появі потреби вибору в багатьох молодих людей виникає розгубленість, оскільки вони не знають, що і як треба вибирати. Вони виявляються неготовими до свободи, яку мають, і приділяють меншу увагу тому, що повинні робити, переносячи акцент на те, що вони хочуть робити. Живучи в перехідний період між старим і новим сприйняттям
світу, багато людей не зуміло навчитися ні бажати, ні проявляти волю
та приймати рішення, залишаючись послідовним і наполегливим у їх реалізації.

*Механізми захисту від тривоги, пов’язаної зі свободою*, допомагають індивідам уникнути усвідомлення своєї відповідальності за власне життя, адже таке усвідомлення спричиняє розуміння того, що людина створила саму себе, свою долю, скрутне становище, почуття і, якщо таке має місце, власне страждання. Основний вид захисту – компульсивність або нав’язливість, що виявляється в різних сферах життя й діяльності.

Інші види захисту від тривоги, пов’язаної зі свободою, являють собою:

* 1. перенесення відповідальності на інших (у тому числі й на психотерапевтів);
	2. заперечення відповідальності за допомогою зображення себе невинною жертвою або втрати контролю;
	3. ухилення від автономної поведінки;
	4. патологічні виявлення бажань.

☝ В *ізоляції* І. Ялом виділяє *три форми*. При наявності *міжособистісної ізоляції*, яка часто переживається як самотність, люди різною мірою відрізані від інших. Виникнення міжособистісної ізоляції може бути обумовлене недостатнім розвитком соціальних навичок, наявністю психічних відхилень, власним вибором або необхідністю.

При наявності *внутрішньоособистісної ізоляції* в людей заблоковане усвідомлення деяких частин самих себе (або ж особистість певним чином відокремлена від деяких своїх частин). Якщо міжособистісна ізоляція може бути не пов’язаною з патологією, то внутрішньоособистісна ізоляція передбачає патологію за визначенням.

В основі *екзистенціальної ізоляції* лежить положення, згідно з яким кожна людина вступає у світ, живе в ньому та залишає його самотньою. Зрештою, існує нездоланна прірва між «Я» та іншими. І. Ялом зазначає, що екзистенціальну ізоляцію можна навіть віднести до більш фундаментальної форми ізоляції, а саме до «відокремлення від світу». Відповідно *третій екзистенціальний конфлікт* – це конфлікт між усвідомленням людьми їхньої фундаментальної ізоляції та їхнім бажанням встановлювати контакти, шукати захист і існувати як частина більшого цілого.

Велику роль у створенні *міжособистісної ізоляції* відіграють зміни у сфері культури й технологій. Чим більш промислово розвинутою є та або інша країна, тим сильнішим є руйнування общинних зв’язків. Цілком звичайною стала ситуація, коли люди, які живуть у сусідніх під’їздах, зовсім не знають одне одного, що ще 50 років тому було важко собі уявити.

Виникнення *внутрішньоособистісної ізоляції* обумовлене труднощами та фрустрацією, які мають місце на початковому етапі життя й загрожують певному життєво важливому аспекту почуття «Я», що зароджується в індивіда.

*Екзистенціальна ізоляція* тісно пов’язана з міжособистісною ізоляцією. Багато людей не можуть розвивати внутрішню силу, почуття впевненості в собі та своїй самобутності, які дозволили б їм протистояти екзистенціальній ізоляції. Вони ніколи не відчували справжньої любові,
що стимулює зростання, і не знають, як запропонувати її іншим. Якщо відносини психотерапевт-клієнт, що характеризуються відданістю
й автентичністю, допомагають клієнтам у протистоянні екзистенціальній ізоляції та примиренні з нею, можна з упевненістю зробити висновок,
що в минулому вони відчували недостатність таких відносин.

Використовуючи *механізми захисту від тривоги*, *пов’язаної
з ізоляцією*, люди не ставляться до інших як до автономних особистостей,
а використовують їх для власного захисту. Так, одним із видів захисту від самотності є спроба затвердити себе в очах інших. Такі люди існують настільки, наскільки є частиною свідомості оточуючих і отримують їхнє схвалення. Тому часто під виглядом любові вони приховують свою нездатність любити. Але оточуючим рано чи пізно набридає задовольняти чужу потребу в самоствердженні.

Інший вид захисту від тривоги, пов’язаної з ізоляцією, – злиття
з іншим індивідом або групою. Замість того, щоб протистояти своїй ізоляції або миритися з нею, люди відчувають і думають, що вони не одні, тому що вони – частина інших.

Крім того, видом захисту від тривоги, пов’язаної з ізоляцією,
є компульсивна сексуальність. Сексуально компульсивні люди взаємодіють зі своїми партнерами швидше як із об’єктами, ніж як із людьми. Їм не потрібен час для того, щоб близько зійтися з ким-небудь. Серійні відносини таких людей схожі на карикатури реального процесу.

☝ *Безсенсовість життя* спричиняє виникнення *четвертого внутрішнього екзистенціального конфлікту* – конфлікту між потребою людей у сенсі та байдужим світом, у якому жодного сенсу немає. Різні чинники сучасної постіндустріальної культури сприяють ослабленню відчуття сенсу життя в людей.

По-перше, незважаючи на сучасну моду на релігійність, більшість людей не має у своєму світогляді такого сильного духовного виміру, який би привносив сакральний сенс у життя. По-друге, урбанізація сприяє ослабленню контакту з живою та неживою природою, що призводить до «звуження» та штучності мислення. По-третє, мешканці міст в основному проживають у безособових громадах. По-четверте, сучасні люди часто відчужені від своєї роботи та відчувають, що беруть участь у вирішенні малоцікавих механічних і рутинних завдань. По-п’яте, увагу сучасних людей менше поглинають основні потреби (забезпеченість харчуванням, водою та дахом над головою), задоволення яких необхідне для виживання. Перебуваючи в більшій безпеці та маючи більше вільного часу, люди все частіше стикаються з прірвою безсенсовості. Вивільнений час зайнятий вирішенням проблем, пов’язаних із пошуками сенсу життя. Крім того, в періоди економічних спадів багато людей стає безробітними, що також тягне за собою втрату сенсу. Нарешті, по-шосте, сучасні люди постають перед імовірністю світових воєн і глобального руйнування навколишнього середовища. Повсякденний ризик подібних подій призводить до розвитку апатії та нігілізму.

*Механізми психологічного захисту від безсенсовості* також різноманітні. Це може бути все та ж компульсивна діяльність (накопичення грошей, отримання максимального задоволення, абсолютної влади, повного визнання, вищого статусу тощо), яка рано чи пізно закінчується сумнівами й розчаруванням у її результатах. Або ж це можуть бути заняття, що дозволяють витратити й структурувати час (наприклад, хобі, суперечки, сімейні сварки, громадська та політична діяльність, «самовдосконалення» тощо). Ще один варіант – уже згадуваний нами нігілізм, проповідуючи який, люди ставляться зі зневагою до всіх джерел сенсу, які інші знаходять у своєму житті (наприклад, до любові, альтруїзму, релігійного служіння тощо).

Таким чином, узагальнюючи проведений розгляд філософсько-психологічних моделей екзистенціальної психотерапії, можна говорити про те, що *екзистенціальна психотерапія – це ймовірніше певний підхід до розгляду людського існування, ніж сувора система психотерапевтичних методів.*

☝ *Головна мета екзистенціальної психотерапії* – допомогти клієнтам навчитися переживати своє існування як реальне. Будь-який психічний розлад (невроз або психоз) – це насамперед придушення онтологічного сенсу, що включає в себе втрату відчуття буття та зменшення потенціалу
й глибини усвідомлення. Тому будь-який симптоматичний «курс лікування» є відображенням «механістичного» погляду на людину, розглядається
як вторинний і обмежує існування. Основний акцент робиться
на суб’єктивному сприйнятті індивіда, а також на автентичних відносинах психотерапевт-клієнт.

Виходячи з цього, усі екзистенціальні психотерапевти прагнуть допомогти клієнтам зрозуміти їхні внутрішні конфлікти з урахуванням наявності екзистенціальних проблем. Фахівці можуть використовувати найрізноманітніші методи й техніки терапевтичних інтервенцій, що входять до репертуару інших психотерапевтичних напрямів (від класичної кушетки до поведінкового тренінгу), якщо ці інтервенції сумісні з основною екзистенціальною структурою.

***Методи й техніки екзистенціальної психотерапії***

Нагадаємо, що І. Ялом визначав екзистенціальну психотерапію
як психодинамічний підхід. Одразу ж необхідно відзначити, що існують
дві важливі відмінності між екзистенціальною та аналітичною психодинамікою. По-перше, екзистенціальні конфлікти й екзистенціальна тривога виникають унаслідок неминучої конфронтації людей із граничними даностями буття – смертю, свободою, ізоляцією та безсенсовістю.

По-друге, екзистенціальна динаміка не передбачає прийняття еволюційної або «археологічної» моделі. Коли екзистенціальні психотерапевти та їхні клієнти проводять поглиблене дослідження, вони
не зосереджуються на повсякденних турботах, а розмірковують про основні екзистенціальні проблеми.

У зв’язку зі сказаним, екзистенціальна психотерапія в основному орієнтована на довгострокову роботу. Однак елементи екзистенціального підходу (наприклад, акцент на відповідальності й автентичності) можуть бути включені й у відносно короткострокову психотерапію (наприклад, пов’язану з роботою із посттравматичними станами).

Екзистенціальна психотерапія може проводитись як в індивідуальній, так і в груповій формі. Найбільша увага в обох випадках приділяється якості *відносин психотерапевт-клієнт.*

Екзистенціальні терапевти описують свої взаємини з клієнтами за допомогою таких слів, як присутність, автентичність і відданість. В індивідуальному екзистенціальному консультуванні беруть участь дві реальні людини.

Екзистенціальні психотерапевти не нав’язують клієнтам власних думок і почуттів і не використовують контрпереносу. Це пов’язано з тим, що клієнти можуть удаватися до різних способів провокуючого підключення психотерапевтів, яке дозволяє їм звертатися до власних проблем. І. Ялом говорить про важливість неявних «вливань». Ідеться про ті моменти психотерапії, коли терапевт виявляє не тільки професійне, а й щире людське ставлення до проблем клієнтів, тим самим іноді перетворюючи стандартну сесію на дружню зустріч.

☝ *Головною метою психотерапевта* є встановлення автентичних відносин у інтересах клієнта, тому питання *саморозкриття психотерапевта* є одним із головних у екзистенціальній психотерапії. Екзистенціальні психотерапевти можуть розкривати себе двома способами.

По-перше, вони можуть розповідати своїм клієнтам про власні спроби примирення з граничними екзистенціальними занепокоєннями та збереження кращих людських якостей.

По-друге, вони можуть використати сам процес психотерапії, а не фокусувати увагу на змісті сесії. Це використання думок і почуттів, які стосуються того, що відбувається «тут і зараз», з метою поліпшення відносин психотерапевт-клієнт.

Протягом низки психотерапевтичних сесій клієнтка А. демонструвала поведінку, яку сама вона розцінювала як природну й спонтанну, а інші учасники групи вважали інфантильною. Вона всіляко виявляла активність
і готовність працювати над собою та допомагати іншим, детально та барвисто описувала свої почуття й емоції, охоче підтримувала будь-які теми групової дискусії. При цьому її поведінка носила напівграйливий-напівсерйозний характер, що з одного боку давало певний матеріал для аналізу, а з іншого – дозволяло уникати глибшого занурення в нього. Психотерапевт, припускаючи, що такі «ігри» можуть бути пов’язані зі страхом наближення до смерті, запитав, навіщо вона намагається бути то дорослою досвідченою жінкою, то маленькою дівчинкою. Її відповідь вразила всю групу: «Коли я була маленькою, мені здавалося, що між мною та чимось поганим у житті стоїть моя бабуся. Потім бабуся померла, а на її місце встала моя мама. Потім, коли померла мама, між мною та поганим опинилася старша сестра. І тепер, коли сестра живе далеко, я раптом усвідомила, що між мною та поганим більше немає перешкоди, я стою
з ним віч-на-віч, а для своїх дітей я сама є такою перешкодою».

Крім цього, ключовими процесами терапевтичних змін, на думку І. Ялома, є воля, прийняття відповідальності, ставлення до терапевта й залучення
в життя. Розглянемо їх на прикладі роботи з кожною із базових тривог.

***Робота з усвідомлення смерті***

Вивчення людей, які побували в екстремальних ситуаціях, пережили досвід клінічної смерті, а також хронічних хворих незаперечно свідчить, що *поглиблення усвідомлення смерті може вести до більш високої оцінки життя.* Ситуація близькості до смерті викликає в людей найрізноманітніші реакції. Дехто намагається заперечувати цей факт, інші піддаються паніці, апатії чи безплідним роздумам («Чому саме я?», «Що в житті я зробив неправильно, і як це можна виправити?»), треті активізують засоби психологічного захисту, спотворюючи реальність, але завдяки цьому
більш-менш спокійно сприймають інформацію, що стосується смерті.

Тому важливо заздалегідь підготувати до цього будь-яку людину
й навчити її використовувати свої хвороби як можливість для особистісного зростання. Усвідомлення унікальності та конечності людського життя призводить до «нестерпної легкості буття» – переоцінки цінностей, акценту на теперішньому моменті, більш глибокого й повного переживання мистецтва, встановлення близьких і щирих контактів із усіма людьми,
а не тільки з рідними та знайомими, розуміння відносності людських страхів і бажань, встановлення більш тісного контакту з природою. Тому поглиблення усвідомлення смерті може також викликати радикальний зсув у клієнтів, які не є невиліковно хворими.

Зустріч однієї з груп особистісного зростання учасниця Е. почала з озвучення проблеми зіпсованих відносин із учасницею С., із якою деякий час у Е. була досить міцна дружба. На думку Е., це було пов’язано з відчуженням і антипатією, що виникли в С. через тиск їхніх спільних знайомих, із якими Е. має напружені взаємини. Група, що складалася переважно зі студентів-психологів, охоче зайнялася дослідженням поставленої проблеми, досить швидко виявивши, що практично в усіх стосунках Е. з жінками спостерігається один сценарій – неможливість тривалий час підтримувати теплі дружні стосунки. Ця тема, як у більш широкому контексті (жіноче суперництво), так і стосовно Е., викликала досить сильні емоційні реакції
в групі. Протягом усього обговорення в Е. декілька разів беззвучно текли сльози, проте на увагу до них оточуючих вона відповідала проханням
«не турбуватися», оскільки вони течуть «просто так», «за ними нічого
не стоїть» і з нею «останнім часом таке часто буває». Фасилітатор запропонував, щоб наступного разу, коли вона заплаче, і зі сльозами будуть пов’язані емоції, про які Е. зможе сказати на групі, нехай вона подасть
знак (наприклад, тупне ногою). Через кілька хвилин фасилітатор запитав:
«Е., а що відбувається у вашому житті зараз?». За цим запитанням відбувся вибух емоцій страху, образи, смутку, який приголомшив усю групу. Виявилося, що вже близько місяця Е. кожну мить чекає на звістку про смерть єдиної близької людини, матері, яка страждає на важке онкологічне захворювання. Група, яка до цього досить активно намагалася допомогти
Е. вирішити заявлену нею проблему, пережила шок, відчуття провини
та спробувала в силу наявних можливостей підтримати її. Усвідомлення щохвилинної близькості смерті призвело до того, що практично наприкінці групи при підбитті підсумків одна з учасниць, Ж., розповіла про те, що в неї, імовірно, онкологічне захворювання, і що через страх і небажання жити далі вона нічого не робить для його подальшої діагностики й терапії. Наступний ряд розповідей про близький або аналогічний досвід учасників групи
так і не переконав її звернутися до фахівців. Проте наступного разу на групі вона розповіла про свої «таємні» відвідини лікарні та почуття як полегшення, так і розчарування, пов’язані з цією подією. Це дозволило групі зосередитися не тільки на обговоренні проблем смерті, але також сенсу життя
й відповідальності за втілення цього сенсу.

Працюючи з усвідомленням смертності буття, І. Ялом рекомендує виходити з такого твердження: тривога, пов’язана зі смертю, зворотно пропорційна задоволеності життям. Поглиблення усвідомлення неминучості смерті може посилювати занепокоєння, але психотерапевт повинен прагнути не анестезувати тривогу клієнтів, а допомагати їм примирятися
з нею та використовувати її конструктивно.

*Техніка «рішення терпіти»* полягає в тому, щоб дати клієнтам зрозуміти, що обговорення проблем, пов’язаних зі смертю, високо цінується в консультуванні. Це можна зробити за допомогою прояву інтересу
до саморозкриття клієнтів у цій темі, а також через заохочення їхнього саморозкриття. Крім того, психотерапевтам не слід підтримувати в клієнтів заперечення смерті. Навпаки, необхідно активно сприяти тому, щоб
ці питання залишалися актуальними. Для цього психотерапевт сам повинен бути стійким до власної тривоги, пов’язаної зі смертю.

Слухаючи розповідь одного клієнта про важливість і відповідальність тієї роботи, якою він займається, психотерапевт раптово попросив його зупинитися й прислухатися, а потім сказати, що він чує. «Цокання годинника, який висить у вас на стіні», – здивовано відповів клієнт. «Правильно, – підтвердив психотерапевт. – Тільки це не просто годинник, він відміряє час. Час, який нам відпущено на сьогоднішню зустріч. А ще час, який у цілому відпущений нам на життя. У різних людей його тривалість різна й залежить від генетики, способу життя, волі до життя
та ще безлічі інших чинників. Але є й одна спільна риса – його не можна розрахувати й повернути назад. А тепер подумайте, чи дійсно важливість
і престижність тієї роботи, якою ви займаєтеся, – це ті важливі речі, заради яких ви готові витратити стільки особистого часу?»

*Техніка роботи із захисними механізмами* полягає в ідентифікації неадекватних механізмів захисту та їхніх негативних наслідків. Психотерапевти намагаються допомогти клієнтам швидше визнати, що вони не будуть жити вічно, ніж заперечувати смерть. Екзистенціальним психотерапевтам потрібні такт, наполегливість і вміння правильно вибирати час для того, щоб допомагати клієнтам ідентифікувати свої по-дитячому наївні погляди на смерть і змінювати їх.

*Техніка роботи зі сновидіннями* полягає в тому, що екзистенціальні психотерапевти спонукають клієнтів розповідати про свої сновидіння. Оскільки в сновидіннях (особливо в кошмарах) можуть у невитісненому
й невідредагованому вигляді проявлятися підсвідомі теми, у них часто присутні також і теми смерті. Тому обговорення й аналіз сновидінь проводяться з урахуванням екзистенціальних конфліктів, наявних
у клієнтів. Однак фахівцям слід бути готовим до того, що клієнти не завжди готові мати справу з матеріалом, представленим у їхніх снах.

*Техніка нагадування про недовговічність* (тлінність) існування. Психотерапевти можуть допомагати клієнтам ідентифікувати тривогу, пов’язану зі смертю, і справлятися з нею за допомогою «налаштування» клієнтів на ознаки смертності, які є частиною нормального життя (так, смерть близьких може бути яскравим нагадуванням про особисту смертність; смерть батьків означати, що прийшла черга наступного покоління; смерть дітей може викликати почуття безсилля у зв’язку
з усвідомленням космічної байдужості). Крім того, зіштовхнути клієнтів віч-на-віч із власною вразливістю може серйозна хвороба.

Також усвідомлення смертності нагадує про себе в перехідні періоди життя. Найбільше значення мають перехід від юності до дорослого життя, встановлення постійних відносин і пов’язане з цим прийняття на себе відповідних зобов’язань, перехід до самостійного життя дітей, подружнє роз’єднання та розлучення. У зрілому віці багато клієнтів починає глибше усвідомлювати смерть, зрозумівши, що тепер вони не дорослішають,
а старіють. Крім того, втрата роботи або несподіване виникнення небезпеки краху кар’єри можуть зробити усвідомлення смерті набагато глибшим.

У повсякденному житті людина постійно стикається з нагадуваннями про хід часу. Фізичні ознаки старіння, наприклад, поява сивого волосся, зморшок, плям на шкірі, зменшення гнучкості суглобів і витривалості, погіршення зору – усе це руйнує ілюзію постійної молодості. Зустрічі
з друзями дитинства та юності свідчать, що всі старіють. Часто дні народження й різні річниці породжують екзистенціальний біль разом
із радістю або замість неї, оскільки ці дати є віхами процесу старіння.

*Техніка використання допоміжних засобів для поглиблення усвідомлення смерті* полягає в тому, що клієнта просять написати власний некролог або заповнити анкету з питаннями, які стосуються тривоги, пов’язаної зі смертю. Крім того, психотерапевти можуть запропонувати клієнтам пофантазувати
на тему власної смерті, уявляючи «де», «коли» і «як» вони її зустрінуть,
і як пройдуть їхні похорони. І. Ялом описує два способи змусити клієнтів взаємодіяти зі смертю: спостереження за невиліковно хворими людьми
та включення в групу клієнтів невиліковного онкологічного хворого.

До цієї техніки близька *техніка зменшення сензитивності до смерті*. Психотерапевти можуть допомагати клієнтам впоратися з жахом смерті, багаторазово змушуючи їх відчувати цей страх у зменшених дозах.
І. Ялом зазначає, що, працюючи з групами, які складаються з онкологічних хворих, він часто бачив, що страх смерті в цих хворих поступово зменшується лише завдяки отриманню повної детальної інформації.

Цікавий приклад змістовної переоцінки смерті наводить В. Франкл.
До нього звернувся літній лікар, який два роки перебував у депресії
з приводу смерті своєї дружини. «Як я міг допомогти йому? Що мені йому сказати? Так от, я не став говорити нічого, а замість цього поставив запитання: «Що сталося б, доктор, якби ви померли першим, а вашій дружині довелося б пережити вас?». «О, – сказав він, – для неї це було
б жахливо, як би вона страждала!» На що я відповів: «Бачите, доктор,
вона уникла цих страждань, і саме ви позбавили її від них, але ви повинні платити за це тим, що пережили та оплакуєте її». Він не відповів ані слова, але потиснув мені руку та спокійно покинув мій кабінет».

***Робота з відповідальністю та свободою***

При наявності в клієнтів граничного занепокоєння, пов’язаного зі свободою, психотерапевти зосереджуються на підвищенні усвідомлення ними їхньої відповідальності за своє життя та на наданні допомоги клієнтам у взятті на себе відповідальності.

*Техніка визначення видів захисту та способів ухилення від відповідальності* полягає в тому, що психотерапевти можуть надавати клієнтам допомогу в розумінні функцій певних видів їхньої поведінки (наприклад, компульсивності) як ухилення від відповідальності за вибір. Крім того, психотерапевти можуть спільно з клієнтами аналізувати їхню відповідальність за власні нещастя і, якщо необхідно, ставити клієнтів
віч-на-віч із цією відповідальністю.

Екзистенціальні психотерапевти Віра Галич і Моріс Темерлін на основі аналізу аудіозаписів психотерапевтичних сесій зібрали колекцію конфронтуючих інтерв’ю, спрямованих на зростання усвідомлення відповідальності. Вони наводять приклад, коли домогосподарка нарікала: «Я не можу впоратися зі своєю дитиною, все, що вона робить, – сидить
і дивиться цілий день телевізор». Терапевт зробив прихований вибір явним за допомогою такого зауваження: «А ви занадто малі й безпорадні, щоб вимкнути телевізор». Імпульсивний, схильний до нав’язливостей чоловік кричав: «Зупиніть мене, я боюся, що покінчу із собою». Терапевт сказав:
«Я повинен зупинити вас? Якщо ви дійсно хочете покінчити із собою,
по-справжньому померти, ніхто не зможе вас зупинити, окрім вас самого».

Сутність цієї техніки полягає в тому, що коли клієнт скаржиться на несприятливу ситуацію, яка склалася в його житті, терапевт цікавиться тим, як клієнт створив цю ситуацію. Крім цього, терапевт може зосередити увагу на тому, як клієнт використовує «мову ухилення від відповідальності» (наприклад, люди часто говорять «я не можу» замість «я не хочу»).

*Техніка ідентифікації ухилення від відповідальності* акцентує увагу
на відносинах психотерапевт-клієнт. Психотерапевти ставлять клієнтів
віч-на-віч із їхніми спробами перенести на фахівців відповідальність за те, що відбувається в рамках психотерапії або за її межами. Для цього дуже важливим є усвідомлення психотерапевтом власних почуттів щодо клієнтів, що допомагають ідентифікувати в них емоційні реакції.

Багато клієнтів, які звертаються за психотерапевтичною допомогою, сподіваються, що терапевт виконає за них усю необхідну терапевтичну роботу. Мотивації таких очікувань можуть бути найрізноманітнішими, починаючи від «Вам добре, ви сильніший, у вас більш вигідна ситуація»,
і закінчуючи «Ви цього вчилися, це ваша професія, я вам за це гроші плачу». Впливаючи таким чином на різні почуття психотерапевта (провину, совість, сумлінність тощо), клієнт перекладає тягар відповідальності
за ті зміни, що з ним відбуваються, на плечі психотерапевта.

У студентській навчальній групі учасниця А. на всі спроби допомоги та підтримки як з боку фасилітатора, так і з боку інших учасників групи відповідала приблизно одними й тими ж словами: «Не знаю... Можливо, це й так... Принаймні ви це так бачите...». Відчуваючи, що позиція такого пасивного протистояння стала для неї звичною, а також уникаючи провокаційного зісковзування в науку, психотерапевт розповів їй анекдот: «Пізно ввечері жінка йде темною безлюдною вулицею. Раптом вона чує позаду важкі чоловічі кроки. Не обертаючись, вона прискорює рух. Кроки теж стають частішими. Вона біжить – переслідувач біжить слідом за нею. Врешті вона забігає в якийсь двір і розуміє, що виходу немає. Тоді вона сміливо розвертається до переслідувача й голосно кричить: «Ну, і що ви хочете від мене?», на що переслідувач спокійно відповідає: «Не знаю, це ваш сон». Незважаючи на те, що клієнтка агресивно відреагувала на цей анекдот, у подальшій роботі його остання фраза послужила хорошим «маркером» для ідентифікації ухилень. Як тільки А. починала щось вимагати від психотерапевта й групи або в чомусь їх звинувачувати, їй одразу ж нагадували – «Але це ж твій сон».

*Техніка зіткнення з обмеженнями реальності.* Оскільки в житті
будь-якої людини періодично виникають об’єктивно несприятливі ситуації, ця техніка спрямована на зміну точки зору клієнта. Така зміна має декілька різновидів.

По-перше, психотерапевт може допомогти визначити ті життєві сфери, на які клієнт здатен продовжувати впливати, незважаючи на певні обмеження. Так, наприклад, змінити факт важкого захворювання не може ніхто, але тільки від людини залежить, чи займе вона по відношенню до цього факту позицію пасивної жертви, чи спробує знайти позитивний приклад (класичні приклади – параолімпійці, ветерани АТО, які, зазнавши тяжких тілесних ушкоджень, продовжують активне життя).

По-друге, психотерапевти можуть змінити існуючу установку по відношенню до тих обмежень, які змінити не можна. Ідеться як про прийняття існуючої в житті несправедливості, так і про рефреймінг типу «якщо не можеш змінити ситуацію, зміни своє ставлення до неї».

*Техніка протистояння екзистенціальній провині*. Як уже зазначалося, в екзистенціальній психотерапії однією з функцій тривоги вважається заклик до совісті, а одним із джерел тривоги є провина, обумовлена невдалою реалізацією потенціалу.

Для того, щоб запустити психологічну роботу з екзистенціальною провиною в груповому форматі, добре підходить модифікація притчі
з твору «Процес» Ф. Кафки.

Один чоловік дізнався про те, що десь існує Замок, у якому панує Закон, що мудро розподіляє щастя й нещастя «по справедливості». Як
і годиться, він вирушає в подорож і, зносивши належну кількість одягу та стоптавши належну кількість чобіт, нарешті знаходить його. Вартовий, який стояв перед одними з незліченної кількості воріт, вітає подорожнього, але відразу ж повідомляє, що пропустити його зараз не може. Коли ж чоловік намагається сам зазирнути в надра Замку, він попереджає: «Якщо тобі не терпиться, спробуй увійти, не слухай моєї заборони. Але знай, могутність моя величезна, хоча я й найнікчемніший із вартових. Далі стоять вартові один могутніший за іншого. І з кожним із них тобі доведеться битися».

Тоді чоловік вирішив почекати, поки йому дозволять увійти, або прийде хтось інший, готовий битися зі страшними й могутніми вартовими. Іноді він подовгу розмовляв із першим вартовим на різні теми. Періодично він намагався підкупити його різноманітними хабарами. Той брав їх, але все одно не пропускав, пояснюючи свої дії так: «Я роблю це, щоб ти не втрачав надію».

Врешті-решт чоловік постарів і, відчуваючи, що помирає, попросив вартового виконати його останнє прохання – відповісти на запитання: «Адже всі люди прагнуть Закону, як же сталося, що за всі ці довгі роки ніхто, окрім мене, не вимагав, щоб його пропустили?». Тоді вартовий крикнув у відповідь (бо чоловік уже погано чув): «Нікому сюди входу немає, ці ворота були призначені для тебе одного! Тепер я піду й замкну їх».

Існує відмінність між провиною за поганий вибір, зроблений
у минулому, та провиною, пов’язаною з відмовою робити новий вибір.
Поки клієнти продовжують поводитись так, як вони це робили в минулому, вони не можуть пробачити собі зроблений вибір.

Це добре ілюструє одна буддистська притча. Одного разу двоє ченців ішли по вузькій гірській дорозі й на одному з поворотів зустріли дівчину, яка стояла перед величезною калюжею. Перший монах спокійно пройшов повз, а другий мовчки підійшов до неї, взяв на руки, переніс через калюжу та пішов далі. Уже ввечері, підходячи до стін монастиря, перший монах порушив традиційне мовчання: «Наш статут забороняє торкатися до жінок». На що другий монах відповів: «Я ніс її тільки три хвилини, а ти несеш її вже котру годину».

*Техніка вивільнення здатності хотіти.* Відчувати бажання неможливо без контакту зі своїми почуттями. Тому для розуміння істинних бажань людини екзистенціальні психотерапевти працюють із пригніченими та витісненими афектами, які блокують бажання. При цьому, на відміну від інших методів психотерапії, вони намагаються уникати драматичних глобальних проривів, оскільки їх (проривів) вплив як правило короткочасний. Замість цього в межах контексту автентичних відносин екзистенціальні психотерапевти постійно намагаються відповісти на запитання «Що ви відчуваєте?» й «Чого ви хочете?», тим самим досліджуючи джерело та природу блоків клієнтів і почуттів, що лежать
в основі цих блоків, і які клієнти намагаються висловити.

*Техніка фасилітації прийняття рішень* полягає в тому, що екзистенціальні психотерапевти спонукають клієнтів усвідомлювати, що кожній дії передує рішення. Оскільки при його прийнятті виключаються альтернативи, рішення – це свого роду окремі ситуації, у яких люди створюють себе самі. Часто клієнти паралізують свою здатність приймати рішення за допомогою запитань, що починаються зі слів «Так, але...» або
«А якщо...» (наприклад, «А якщо я втрачу роботу й не зможу знайти іншу?»). Психотерапевти можуть допомагати клієнтам дослідити розгалуження кожного запитання «а якщо...» й аналізувати почуття, які індукуються цими запитаннями. Психотерапевти можуть спонукати клієнтів активно приймати рішення таким чином, що це сприятиме активізації в них власної сили та ресурсів.

У ситуації, коли клієнт поставлений перед необхідністю прийняття рішення, але всіма способами намагається перекласти його на психотерапевта, фахівець може розповісти ще одну східну притчу. Якось одна жінка, яка жила у віддаленому селищі й була там наймудрішою, дізналася, що через це селище пройде Ходжа Насреддін. Побоюючись за свій авторитет, вона вирішила перевірити його мудрість. Коли він увійшов у село, вона підійшла до нього
з маленькою пташкою, затиснутою в руці, і привселюдно запитала: «Скажи, птах у руці живий чи мертвий?» Це було дуже хитре запитання: якщо б він відповів, що живий, вона б міцніше стиснула кулак, і птах задихнувся б,
а якби Ходжа відповів, що птах мертвий, жінка б розжала руку, і птах полетів. «Все у твоїх руках, жінко», – відповів їй Насреддін.

За необхідності екзистенціальні психотерапевти допомагають клієнтам проявляти волю. Схвалення психотерапевта дозволяє клієнтам учитися довіряти своїй волі та знаходити впевненість у тому, що вони мають право діяти.

І. Ялом рекомендує якомога частіше доводити до клієнтів із пригніченою волею такі установки: «Тільки я можу змінити світ, який створив», «У зміні немає ніякої небезпеки», «Щоб отримати те, чого я дійсно хочу, я повинен змінитися», «Я в силах змінитися».

***Робота з ізоляцією***

*Техніка конфронтування клієнтів із ізоляцією*. Психотерапевт може допомогти клієнту зрозуміти, що врешті-решт кожна людина народжується, проживає життя та вмирає на самоті. Це досить болісно, оскільки руйнує всі звеличуванні культурою романтичні зразки людських взаємин. Тим не менш, як і смерть, усвідомлення тотальної самотності істотно впливає на зміну якості життя та взаємовідносин. Досліджуючи власну самотність, клієнти вчаться визначати, що вони можуть і чого не можуть отримати від відносин.

Так, даючи оцінку проведеним груповим зустрічам, багато учасників відзначає той важливий для них факт, що завдяки групам вони на деякий час вирвалися з повсякденного оточення.

Крім того, психотерапевт може запропонувати клієнту певний експеримент – на деякий час відгородитися від навколишнього світу й побути в ізоляції. Після проведення цього експерименту клієнти глибше усвідомлюють як жах самотності, так і масштаби власних прихованих ресурсів і ступінь своєї мужності.

*Техніка ідентифікації механізмів захисту* полягає у виявленні захистів, якими користуються клієнти, щоб справлятися з протиріччям між потребою в приналежності та фактом екзистенціальної ізоляції.

На одній із груп, присвяченій проблемі побудови сімейних відносин, були присутні кілька осіб із компульсивною поведінкою, що проявлялась
у підвищеній закохуваності, хронічних проблемах нерозділеного кохання, частій зміні об’єктів любові, формуванні з ними відносин залежності. Усі спроби дослідження глибинних процесів, які стоять за такою поведінкою, розбивалися об інтелектуальні захисти клієнтів. Щоб продемонструвати,
що за такою поведінкою стоять механізми захисту від самотності, психотерапевт розповів таку притчу.

«Жив самотній і нещасний чоловік. І одного разу його самотність і відчай досягли такого ступеня, що він закричав Богу: «Господи, пошли мені чудову жінку!» Його крик був настільки сильний, що Бог почув і звернув на нього увагу. Бог запитав: «А чому не хрест?» Чоловік розсердився: «Мені не життя набридло, я хочу знайти гарну жінку та друга». Чоловік отримав усе, але незабаром став іще більш нещасним. Ця жінка стала болем у серці
і каменем на його шиї. І тоді він знову почав благати: «Господи, дай мені меч». Бог знову запитав: «А може, все-таки хрест?» Але чоловік прокричав: «Ця жінка й так гірша за будь-якого хреста. Пошли мені тільки меч!»

Бог послав меч, чоловік убив жінку, був схоплений і засуджений до розп’яття. І на хресті, молячись Богу, він голосно сміявся: «Прости мене, Господи! Я не слухав Тебе, а Ти питав, чи не послати мені хрест, із самого початку. Якщо б я послухався, то позбувся б від усієї цієї непотрібної суєти».

*Техніка ідентифікації міжособистісної патології.* Прийнявши за критерій ідеальну свободу від потреб або «Я-Ти» стосунки, можна визначити способи ухилення клієнтів від реальних взаємин із іншими. Якою мірою клієнти ставляться до інших як до об’єктів, що служать для задоволення їхніх бажань і потреб? Наскільки вони здатні любити? Наскільки добре вони вміють вислуховувати співрозмовників і розкривати себе? Яким чином вони утримують людей на відстані? Психотерапевти можуть навчати клієнтів «абетки мови інтимності», формувати навички прийняття та висловлення почуттів.

*Використання відносин психотерапевт-клієнт із метою виявлення патології.* Екзистенціальні психотерапевти вважають, що зосередженість виключно на перенесенні заважає терапії, оскільки усуває автентичні відносини терапевт-клієнт. Це пов’язано з тим, що, по-перше, аналітична парадигма усуває реальність самих взаємин, розглядаючи їх як певний ключ до розуміння минулого досвіду, а по-друге, надає психотерапевту раціональні підстави для самозахисту. У свою чергу, нездатність до саморозкриття блокує здатність до щирого й емпатійного розуміння внутрішнього світу іншого. Саморозкриття психотерапевта (за типом описаної Р. Меєм (2004) *agape –* любові, відданої на благо іншого) дозволяє клієнтові робити крок за кроком у бік власного розкриття.

*Зцілюючі відносини*. Екзистенціальні психотерапевти прагнуть розвивати реальні стосунки з клієнтами. Хоча відносини психотерапевт-клієнт і носять тимчасовий характер, досвід інтимності може бути постійним. Взаємини психотерапевт-клієнт можуть сприяти самоствердженню клієнтів, оскільки для них надзвичайно важливо, що хтось, кого вони поважають, і хто дійсно знає всі їхні сильні та слабкі сторони, приймає їх. Психотерапевти, яким вдалося встановити глибокі відносини зі своїми клієнтами, можуть допомогти їм протистояти екзистенціальній ізоляції. Крім того, це допомагає клієнтам усвідомити свою відповідальність за життя та відносини, які в ньому складаються.

***Робота з безсенсовістю***

*Техніка перевизначення проблеми*. Коли клієнти скаржаться на те, що «життя не має ніякого сенсу», вони, схоже, припускають, що життя має сенс, який вони не можуть знайти. Ця точка зору близька до логотерапевтичної позиції. Однак, згідно з іншим екзистенціальним підходом, люди радше надають сенс, ніж отримують його. Тому екзистенціальні психотерапевти підвищують усвідомлення клієнтами того, що в житті немає жодного об’єктивно властивого йому сенсу, але люди відповідальні за створення власного сенсу. Часто те, що відноситься до категорії безсенсовості, краще за все вивчати у зв’язку з іншими граничними тривогами, пов’язаними зі смертю, свободою та ізоляцією. Приклад застосування такої техніки перевизначення проблеми безсенсовості ми можемо знайти в східній притчі. Так, одна легенда оповідає, що колись Ходжа Насреддін помер і потрапив на небеса в чудовий сад, де слухняний джин виконував усі його бажання. Дуже скоро Ходжі це набридло, і він вирішив зайнятися якою-небудь роботою. Однак джин заборонив йому це. Тоді через деякий час Насреддін став проситися куди-небудь у інше місце, хоча б і в пекло. «А ти думаєш, де ти перебуваєш?» – засміявся джин.

*Техніка визначення видів захисту від тривоги безсенсовості*. Екзистенціальні психотерапевти допомагають клієнтам краще усвідомлювати використовувані ними види захисту від тривоги безсенсовості. Насамперед це пов’язано з проясненням таких запитань: якою мірою прагнення до отримання грошей, задоволення, влади, визнання статусу ґрунтується на нездатності протистояти екзистенціальній проблемі, пов’язаній із безсенсовістю; наскільки людина взагалі серйозно ставиться до життя. Захист від безсенсовості може бути однією з причин того, що клієнти ставляться до життя несерйозно, створюючи тим самим проблеми, від вирішення яких вони свідомо чи підсвідомо прагнуть ухилитися.

*Техніка сприяння клієнтам у їхній більш активній участі в житті* полягає в тому, що психотерапевт виходить із припущення про вроджене бажання клієнта завжди брати участь у житті. Ця техніка може полягати в тому, що психотерапевти пропонують клієнтам встановити й підтримувати автентичні відносини в ході психотерапії, що вже є їхнім вагомим внеском
у терапевтичний процес. Психотерапевти можуть досліджувати широкий діапазон надій і цілей клієнтів, їхню систему переконань, оцінювати їхню здатність любити та їхні спроби творчо виражати себе.

Зазначимо, що робота з безсенсовістю відрізняється від роботи
з іншими граничними тривогами. У випадках зі смертю, свободою, ізоляцією психотерапевт організовує процес таким чином, щоб клієнт зустрівся з ними віч-на-віч. Однак коли справа стосується безсенсовості, психотерапевт допомагає «відвернутися» від запитання, прийнявши рішення про залучення в життя.

**❓*Питання для самоконтролю***

1. Назвіть витоки екзистенціальної психотерапії.
2. Як визначав екзистенціальну психотерапію І. Ялом?
3. Які типи механізмів психологічного захисту виокремлені І. Яломом?
4. Що є основним джерелом невротичної, нормальної та екзистенціальної тривоги?
5. Які головні механізми захисту від тривоги, пов’язаної зі смертю, виділено в теорії І. Ялома?
6. У чому полягають перший і другий екзистенціальні конфлікти?
7. Як Ви розумієте термін «екзистенціальна ізоляція»?
8. У чому полягають основні відмінності між екзистенціальною та аналітичною психодинамікою?
9. Що є головною метою екзистенціального психотерапевта?
10. Назвіть техніки роботи з відповідальністю та свободою.

***Практичні завдання***

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

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

*Ситуація 1*. Змучена жінка прийшла до психолога. Її цікавило питання, як поводитись зі своєю 60-річною мамою, у якої діагностували рак. Лікарі після обстеження жінки в лікарні сказали, що виявлена пухлина є занадто занедбаною, і вони виписують жінку додому для симптоматичної терапії. Мама, мужня жінка, яка прожила важке життя, ще не знає про справжні масштаби своєї хвороби. Що говорити, як поводитися з нею. Звідки черпати сили?

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

* Про що доцільно розпитати жінку?
* Яку техніку роботи зі страхом смерті можна запропонувати жінці; якими можуть бути наслідки її застосування?
* Як і коли жінці доцільно поговорити з матір’ю про її діагноз і те, що буде відбуватися з нею?

*Ситуація 2*. Дівчина 25-ти років скаржиться на те, що ніяк не наважиться переїхати жити до свого бойфренда, хоча є всі умови для цього.

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

* Який психологічний запит дівчини є явним, а який прихованим?
* Які страхи дівчини можуть заважати їй виконати своє бажання?
* Які техніки екзистенціальної психотерапії доцільно застосувати в роботі з дівчиною? Якими можуть бути наслідки роботи з цими техніками?

**🕮 *Рекомендована література***

1. Бурлачук, Л. Ф. Психотерапия [Електронний ресурс]: учебник
для вузов / Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко. – [2-е изд., стереотип.]. – СПб.: Питер, 2007. – 480 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/2007/11/edu\_29sept2006\_594.rar.
2. Психотерапевтическая энциклопедия [Електронний ресурс] / под ред. Б.Д. Карвасарского. – [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2000. – 1024 с. – Режим доступу: http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi/0002292.pdf.
3. Мэй Р. Открытие Бытия / Р. Мэй. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. – 224 с.
4. Ялом И. Дар психотерапии / И. Ялом; [пер. с англ. Ф.Прокофьева]. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 352 с.
5. Ялом И. Мамочка и смысл жизни. Психотерапевтические истории / И. Ялом; [пер. с англ. Е. Филиной]. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 288 с.

# СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

**Акцептація (прийняття) –** фактор терапевтичного впливу, який виявляється в тому, що терапевт або учасники групи емоційно підтримують індивіда через спробу його зрозуміти.

**Анамнез** – сукупність отриманих від пацієнта та його близьких відомостей про хворого, розвитку в нього захворювання, використаних методах його лікування, оточуюче середовище.

**Анозогнозія** –відсутність усвідомлення власної хвороби.

**Астенія** – нервово-психічна слабкість, що виявляється в підвищеній стомлюваності, зниженому бар’єрі чуттєвості, нестійкості настрою, порушенні сну.

**Балінтовські групи** – названі за ім’ям їхнього ініціатора – угорського психіатра М. Балінта. Являють собою зібрання фахівців-психотерапевтів чи психологів. Призначені для відрефлексування або відреагування особистісно значущих переживань, викликаних психотерапевтичною практикою.

**Безпричинно неспокійна поведінка** – поведінка людини, що характеризується підвищеним неспокоєм і нервуванням, для яких немає обґрунтованих, об’єктивних причин – таких, які могли б якось виправдати цю поведінку.

**Бесіда психотерапевтична** — метод психолого-педагогічного
до­слідження та виховного впливу на основі вербальної комунікації. Характеризується більш високим рівнем домагань та спрямована на визначення внутрішніх (психологічних) змін особис­тості дитини.

**Вегетативна нервова система** *–* частина нервової системи, що регулює діяльність внутрішніх органів і обмін речовин в організмі під контролем
кори головного мозку.

**Відреагування** – дії, адресовані психотерапевту, які клієнт із різних причин (страх, повага, несміливість, трансферентна закоханість) спрямовує на своє оточення.

**Вікові особливості характеру людини** – особливості прояву рис характеру людини в різні вікові періоди її життя, наприклад, у дошкільному та в молодшому шкільному віці, у підлітковому та юнацькому віці.

**Вивчення особистості клієнта** – психодіагностичне обстеження психологом-консультантом особистості клієнта з метою з’ясування тих його індивідуальних особливостей, які бажано знати для більш глибокого розуміння проблеми, з якою клієнт звернувся до психологічної консультації. В.о.к. необхідне також для того, щоб довести до свідомості клієнта сутність його проблеми та знайти найбільш ефективні шляхи її вирішення за активної участі самого клієнта.

**Депресія** – стан психологічної пригніченості людини, що характеризується зниженням її активності, загального життєвого тонусу й переважанням негативних емоцій.

**Дискомфорт** – незручний, неприємний психологічний стан людини, що викликає стійкі негативні емоції. Д. породжується різними причинами: втомою, хворобою, невдачами, несприятливими стосунками з людьми, незадоволеністю важливих потреб тощо.

**Екзисистенція** - основна категорія екзистенціалізму, яка означає внутрішнє буття людини, те неопізнаванне, ірраціональне в людському "Я", внаслідок чого людина є конкретною неповторною особистістю.

**Емоційність** – властивість темпераменту людини, що характеризується силою її емоційних реакцій на ті чи інші життєві обставини.

**Емоційні порушення** — психічні розлади, які характеризуються неадекватністю емоційного реагування на зовнішні події і (або) патологією настрою. Найбільш поширені види порушення емоційного реагування — підвищена збудливість та емоційна лабільність.

**Емпатія (психолога-консультанта до клієнта)** – особливе почуття, завдяки якому психолог-консультант може ніби зсередини розуміти психологію клієнта, проникати в його внутрішній психологічний світ, краще та глибше пізнати особистість клієнта і його стан.

**Епатажні засоби привернення уваги** – екстравагантні, не цілком пристойні, такі, що явно порушують усталені норми людської поведінки й кидають виклик оточуючим людям, дії людини, розраховані на привернення уваги до себе або на те, щоб справити враження, вивести оточуючих людей зі стану душевної рівноваги.

**Етіологія**– причина виникнення захворювання.

**Залежність людини психологічна** – риса характеру, яка проявляється в несамостійності людини, в її нездатності приймати рішення, у сильному впливі оточуючих людей на її психологію та поведінку.

**Закомплексованість людини** – наявність у людини недоліків психологічного характеру, так званих комплексів, які заважають їй повністю проявляти свої здібності, нормально спілкуватися з людьми, досягати успіхів.

**Інтерпретація** – у психотерапії – тлумачення певних аспектів життя, ідей, образів, довільних асоціацій.

**Іпохондрія** – стан перебільшеної уваги до свого здоров’я, страх перед невиліковними хворобами.

**Інсайт –** раптове осяяння, вирішення тієї чи іншої проблеми.

**Ірраціональні настановлення –**  настановлення, які не спираються на логіку. Часто вони є результатом понадузагальнень. Такі настановлення висловлюються у вигляді наказів, догматів, повинності; супроводжуються яскраво вираженими емоціями і проявляються в соматичній сфері, впливаючи на самопочуття організму.

**Істеричність** – акцентуйована риса характеру людини, що виявляється в надмірно вираженій любові до самої себе, у прагненні уваги
з боку оточуючих, схильності прикрашати свою особу, тенденції до позерства, театральності поведінки, відсутність глибоких почуттів, претензії на виняткове положення серед інших.

**Катамнез**– сукупність відомостей, що повідомляються пацієнтом після закінчення хвороби.

**Катарсис** - сильне емоційне потрясіння, яке викликане не реальними подіями життя, а їх символічним відображенням, наприклад, у витворі мистецтва.

**Катастрофізація –** перебільшення наслідків будь–яких подій.

**Контакт –** необхідна умова процесу психологічного консультування, що передбачає забезпечення довіри та безпеки клієнта у взаємодії з консультантом.

**Когніція** – пізнавальний акт; думка, погляд або переконання людини щодо властивостей навколишнього світу, причинно-наслідкових зв’язків.

**Комплекс** – сукупність пригнічених потягів, уявлень, афектів, що впливають на поведінку індивіда, структуруючи її певним чином.

**Компульсивність** –реакція на внутрішню тривогу, коли індивід відчуває себе змушеним робити ірраціональні кроки, щоб зменшити напругу.

**Конгруентність** – рівнозначність, взаємовідповідність якісно рівноцінних станів, процесів або переживань.

**Контрперенос** – неусвідомлене перенесення психотерапевтом ставлення до емоційно значущих для нього людей на особистість клієнта.

**Конфіденційність** – довірливість, секретність.

**Лібідо –** психічна енергія сексуального характеру, що може витрачатися (катектуватися) на задоволення певної кількості бажань або прагнень, які конкурують одне з одним.

**Нарцисизм** – ідеалізація власного Я, прагнення справляти враження бездоганної істоти - розумної, красивої, довершеної, а також ненаситний пошук підтримки цієї ілюзії оточенням; риса характеру, яка полягає
у виключній самозакоханості.

**Настрій** – порівняно тривалі, стійкі психічні стани помірної або слабкої інтенсивності, що виявляються в якості позитивного чи негативного емоційного фону психічного життя індивіда.

**Невербальна поведінка** – форма комунікативної поведінки людини, за допомогою якої немовленнєвим (невербальним) шляхом передається інформація від однієї людини до іншої (наприклад, жести, міміка, пантоміміка).

**Невроз** – нервово-психічне захворювання, що характеризується функціональними (тимчасовими, зворотними) розладами психіки та поведінки людини, викликане несприятливими умовами її життя в конкретний момент часу.

**Обсесії**– різновид нав’язливих станів, що виявляються в переживаннях
і діях, які не потребують для свого виникнення певних ситуацій.

**Обсесивно-компульсивний розлад** – невроз нав’язливих; різновид неврозу, для якого характерні повторювані нав’язливі думки, які нерідко перетікають в ритуальні дії, що здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і запобігти подіям, лякають.

**Опір** – специфічна установка пацієнта на заперечення знань, одержаних у результаті інтерпретації несвідомого змісту і витіснених бажань.

**Особистісне зростання** *–* активний процесстановлення, в якому людина бере на себе відповідальність за своє майбутнє.

**Перенос (трансфер)** – трансформація психотерапевтичних відносин, що відбувається під впливом несвідомих бажань пацієнта І полягає в тому, що він переносить на аналітика почуття, пов’язані зі значущою фігурою власного дитинства (мати, батько, близькі родичі).

**Персоналізація** – схильність інтерпретувати події в контексті особистісних значень.

**Психологічна допомога** – вид допомоги, яку надає кваліфікований психолог людині або групі людей в оптимізації психофізіологічних станів, пізнавальних процесів, поведінки, спілкування, реалізації індивідуальної
і групової діяльності.

**Психологічний захист** – стійкі способи сприйняття і переживання світу, властиві кожній людині, у процесі яких окремі аспекти дійсності вона змінює, викривляє так, щоб дійсність здавалася зручнішою, сприятливішою, не загрозливою.

**Психопатії** – патологія характеру, при якій у суб’єкта спостерігається практично незворотна вираженість якостей, що перешкоджають його адекватній адаптації в соціальному середовищі.

**Рекурентний депресивний розлад** – психічний розлад, що характеризується повторними депресивними епізодами легкого, середнього або важкого ступеня.

**Ригідність** - неготовність до змін програми дії відповідно до нових ситуаційних вимог. Розрізняють когнітивну, афектну та мотиваційну ригідність.

**Саморегуляція особистості** – управління людиною своїм власним фізичним і психічним станом і вчинками. Вольова зміна окремих дій, думок, мотивів, почуттів, настроїв, якій можна навчитися через самоконтроль, самоаналіз, самооцінку, самонавіяння, самодетерминацию, самодисципліну.

**Семіозис** – породження нових сенсів або трансформація і зміна існуючих.

**Сетинг** – розпорядок психотерапевтичного процесу (частота зустрічей, їх кількість, вартість сеансу тощо).

**Синдром** *–* специфічне сполучення окремих ознак(симптомів) якогось явища, що поєднані одним механізмом виникнення і функціонування та притаманні певному болісному стану або захворюванню.

**Смисл життя** *–* цілісне уявлення особистості про своє життєве призначення.

**Смисловий бар’єр** - нерозуміння, що виникає при спілкуванні, обумовлене тим, що учасники спілкування приписують одним і тим же подіям різне значення і бачать в їх глибині різну мотивацію.

**Страх смерті** *–* гостре болісне переживання кінцевості власного буття, необоротного, постійно прискорюючого, часового потоку, що неминуче наближає останній день, за яким – порожнеча, таємнича, жахлива безвість.

**Стрес**– термін, що використовується для позначення широкого кола станів людини, які виникають у відповідь на різноманітні екстремальні впливи (стресори).

**Сугестія** – навіювання.

**Супервізор** – фахівець, який здійснює професійний контроль і безпосереднє керівництво діяльністю практичного психолога-початківця, зокрема психолога-консультанта.

**Супервізорство –** робота супервізора або практичного психолога-початківця під контролем досвідченого психолога. У практиці підготовки психологів-консультантів с. використовується для того, щоб звести до мінімуму можливі помилки, які можуть виникнути в процесі самостійної роботи ще не досить досвідченого психолога-консультанта з клієнтами.

**Терапевтичний альянс** **–** раціональні нетрансферентні відносини психотерапевта з клієнтом, що містять загальний договір про терапію,
її тривалість, мету, частоту зустрічей, вартість і умови припинення.

**Тривога** - це стан страху, причина якого найчастіше залишається невідомою. Це реакція на невідому небезпеку, що супроводжується нездужанням, яке може заподіювати страждання і пригнічувати активність

**Тривожність** – схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким бар’єром виникнення реакції тривоги; один з основ

**Упевненість в собі** - готовність людини вирішувати достатньо складні задачі, коли рівень домагань не знижується тільки через побоювання невдачі. Якщо рівень здібностей значно нижче за ті, які потрібні для наміченої дії,
то має місце самовпевненість.них параметрів індивідуальних відмінностей.

**Фобії** – нав’язливі неадекватні переживання страхів конкретного змісту, що охоплюють суб’єкта в певній (фобічній) ситуації і супроводжуються вегетативними дисфункціями.

**Фасилітація –** це організація процесу колективного розв’язання проблем у групі, який керується фасилітатором (ведучим, головуючим). Це одночасно процес та сукупність навичок, які дозволяють ефективно організовувати обговорення складної проблеми без втрат часу та за короткий термін виконати усі заплановані дії із максимальним залученням учасників процесу.

**Фіксація –** зупинка психічного (психосексуального) розвитку на одній зі стадій, природа якої визначатиме у майбутньому специфіку психологічних проблем дорослої особистості.

**Фрустрація** – стійкий, емоційно-негативний психологічний стан, що виникає в людини в результаті численних життєвих невдач.

**Я-концепція особистості –** стійка система уявлень особистості про себе, яка ґрунтується на усвідомленні й оцінюванні своїх фізичних характерологічних та інших властивостей; інтегрований образ власного Я, на основі якого людина формує свої стосунки з іншими людьми.

# ДОДАТОК

# ЕТИЧНИЙ КОДЕКС ПСИХОЛОГА

На I Установчому з’їзді Товариства психологів України 20 грудня 1990 року в м. Києві прийнято Етичний кодекс психолога. Цей нормативний акт є гарантом високопрофесійної, гуманної, високоморальної діяльності психологів України, здійснюваної залежно від спеціалізації та сфери інтересів.

Кодекс являє собою сукупність етичних норм, правил поведінки, що склались у психологічному співтоваристві й регулюють його життєдіяльність. Об’єктом досліджень і впливу психологів є внутрішній світ особистості, тому їхні контакти з іншими людьми повинні бути теплими, доброзичливими, цілющими.

Етичний кодекс сприяє більш успішному здійсненню психологами своєї професійної діяльності. Зокрема, шкільним і вишівським психологам – допомагає в підвищенні ефективності навчання й виховання учнів
та студентів; психологам у галузі охорони здоров’я – у виконанні функцій, пов’язаних із профілактикою захворювань, лікуванням, реабілітацією пацієнтів; психологам у сфері державного управління – у психологічному забезпеченні загального й галузевого управління.

Заснована Товариством психологів України Комісія з етики проводить роботу, спрямовану на правильне тлумачення психологами Етичного кодексу, здійснює контроль за його додержанням, забезпечує формування
в психологів сприйняття цього Кодексу як зобов’язання перед громадськістю, як одного з важливих актів чинного законодавства.

***I. Відповідальність***

1.1. Психологи несуть особисту відповідальність за свою роботу.

1.2. Психологи зобов’язані всіляко запобігати й не допускати антигуманних наслідків у своїй професійній діяльності.

1.3. Психологи повинні утримуватись від будь-яких дій чи заяв, що загрожують недоторканності особистості; не мають права використовувати свої знання та становище з метою приниження людської гідності, пригнічування особистості або маніпулювання нею; несуть відповідальність за додержання пріоритету інтересів людини.

1.4. На психологів покладається відповідальність за надійність використовуваних методів і програмного забезпечення, валідність обробки даних досліджень, у тому числі й тих, які проводяться з використанням комп’ютерних технологій.

1.5. Психологи застосовують лише ті знання, якими вони володіють відповідно до своєї кваліфікації, повноважень і соціального статусу.

***II. Компетентність***

2.1. Психологи постійно поповнюють свої знання про нові наукові досягнення в галузі їхньої діяльності, беруться за розв’язання тільки тих завдань, які належать до сфери їхньої компетенції. У разі непосильності завдання психологи передають його іншому досвідченому фахівцеві або допомагають людині, яка звернулася за підтримкою, налагодити контакт
з професіоналами, що можуть надати адекватну допомогу.

2.2. Психологи не застосовують методів і процедур, не апробованих центральними органами Товариства психологів України. У тих випадках, коли психологічні методики лише проходять випробування (з дозволу контрольних органів Товариства), психологи, проводячи експеримент
з обмеженим контингентом досліджуваних, попереджають їх про застосування неперевірених методів і технічних пристроїв або про свій недостатній рівень оволодіння ними.

2.3. Психолог публікує під своїм ім’ям лише ту працю, яка повністю виконана ним самим або містить істотний власний внесок;
недопустима публікація з метою особистої, матеріальної вигоди недостатньо підготовлених праць, невалідизованих методик, а психолог
не може виконувати практичної роботи, не маючи належної кваліфікації
та досвіду.

2.4. Психолог прагне до адекватних знань про свої індивідуальні якості та особливості й визначення меж власних професійних
можливостей. Особистісні психологічні проблеми (які негативно впливають на якість виконання обов’язків) можуть бути показником професійної непридатності та мають якомога швидше коригуватись і розв’язуватись психологом.

***III. Захист інтересів клієнта***

3.1. Психологи суворо додержуються принципу добровільної участі клієнта в обстеженнях. Під час роботи з дітьми, пацієнтами з тяжкими психічними розладами (тобто в крайніх випадках) допускаються відхилення від принципу добровільності, але в межах законодавчих норм; обов’язком психолога є намагання налагодити з клієнтом співробітництво. Психологи утримуються від непотрібного лікування клієнта.

3.2. Психологи, контактуючи з особами, для яких цей контакт
є обов’язково-примусовим (наприклад, у разі проведення психологічної експертизи), не мають права змушувати клієнта повідомляти відомості поза його волею, не можуть вживати примусових заходів для одержання відомостей, окрім випадків, коли така інформація сприятиме безпеці оточуючих або самого клієнта.

3.3. Психологи не беруть участі в діях, спрямованих проти свободи особистості. Вони не мають права змушувати клієнта розповідати про свою життєву філософію, політичні, релігійні чи етичні переконання, не повинні вимагати відмовитися від них.

3.4. Психологи беруть на себе професійну відповідальність за кваліфіковане обстеження, консультування, лікування. Вони домовляються про терміни завершення своєї діяльності або доцільність направлення клієнта до іншого компетентного спеціаліста. Відповідальність з психолога знімається, якщо він упевнився, що інший спеціаліст узяв відповідальність за клієнта не себе.

3.5. Психологи не мають матеріальних або особистих привілеїв,
не можуть використовувати свої знання та становище, довірливе ставлення й залежність клієнта у власних корисливих інтересах. У тих випадках,
коли послуги є платними, про фінансові умови домовляються заздалегідь; не встановлюється додаткова оплата за консультації, та не береться плата
з тих, кого психолог навчає або збирається екзаменувати. Якщо клієнт
може отримати психологічну допомогу безкоштовно або меншим коштом
у іншого фахівця, то психолог інформує про це клієнта.

3.6. Психолог уникає встановлення неофіційних взаємин із клієнтом, якщо це може стати на перешкоді проведенню діагностичної, консультаційної та корекційної роботи з ним. Між психологом і клієнтом
не повинно бути статевої близькості в період, коли психолог несе відповідальність за нього.

3.7. Психолог має право вирішувати, на якому етапі консультування або лікування можна дати об’єктивний професійний висновок, а у випадках, коли він не може діяти в інтересах клієнта, роз’яснює йому чи батькам (опікунам, піклувальникам) реальний стан справ.

3.8. Висновок за результатами проведеного обстеження чи лікування робить сам психолог, він не може перекладати це на інших. Психолог повинен чітко й однозначно формулювати висновок, так, щоб його
можна було правильно зрозуміти й використати отримані відомості
на користь клієнта.

3.9. Психолог не робить висновків і не дає порад, не маючи достовірних знань про клієнта або ситуацію, в якій він перебуває.
У звіті (висновку) психолога має міститися лише необхідна й водночас достатня, що відзначається цілковитою надійністю результатів,
інформація для розв’язання поставленого завдання, вказуватися межі здійснюваних досліджень, характер виявлених симптомів – постійний
чи тимчасовий.

3.10. Психолог у доступній формі повідомляє обстежуваному
про поставлений діагноз і методи та засоби допомоги. При цьому
він зобов’язаний обачливо й обережно висловлюватися щодо виявлених патологій у психічному стані клієнта. Психолог обов’язково попереджає про те, хто й для чого може використати ці відомості; він не може приховувати від людини, які офіційні рішення можуть бути винесені
на підставі висновку. Психолог уповноважений особисто запобігати некоректному та неетичному використанню результатів досліджень
і повинен виконувати цей обов’язок незалежно від посадової субординації.

***IV. Конфіденційність***

4.1. Психолог зобов’язаний додержуватися конфіденційності в усьому, що стосується взаємин із клієнтом, його особистого життя й життєвих обставин. Виняток становлять випадки, коли виявлені симптоми
є небезпечними для клієнта та інших людей. І психолог зобов’язаний поінформувати тих, хто може надати кваліфіковану допомогу.

Конфіденційності можна не додержуватись, якщо клієнт просить
або погоджується, аби в його інтересах інформацію було передано
іншій особі.

4.2. Психолог не збирає додаткових відомостей про обстежуваного
без його згоди й задовольняється лише тією інформацією, яка потрібна
для виконання професійного завдання. Запис на магнітну стрічку
й відеоплівку, фотографування та занесення інформації про клієнта
до комп’ютерних банків даних здійснюється лише за згодою учасників.

4.3. Психолог зобов’язаний оберігати професійну таємницю, не поширювати відомостей, отриманих у процесі діагностичної та корекційної роботи, додержуватись анонімності клієнта (наприклад, під час навчання, у публікаціях). Для демонстрації чи прослуховування будь-яких матеріалів потрібний письмовий дозвіл людини, за чиєю згодою вони були записані;
на вимогу клієнта матеріали негайно знищуються.

4.4. Документація роботи психологів повинна містити лише професійно необхідні матеріали. До цих матеріалів, пов’язаних із конфіденційним змістом діяльності психологів, має виключатися доступ сторонніх осіб.
У тих же випадках, коли психологи звертаються по допомогу до інших фахівців, потрібно спеціально ознайомити їх із питаннями, що стосуються умов і терміну зберігання таких матеріалів, а також обмежень у використанні інформації про клієнта й попередити про міру відповідальності
за недодержання конфіденційності.

4.5. Якщо психолог не може надалі виконувати свої функції, він з’ясовує, чи потрібно зберігати матеріали (також і інформацію, занесену до комп’ютера). У разі потреби психолог повинен передати виконання покладених на нього функцій іншому фахівцеві.

4.6. Психолог інформує клієнтів про правила додержання конфіденційності. Смерть або зникнення обстежуваного не звільняє психолога від необхідності зберігати професійну таємницю.

4.7. Психолог не передає методичних матеріалів особам, які не вповноважені здійснювати психологічну діяльність; не розкриває суті та призначення конкретної методики (за винятком доступних роз’яснень правоохоронним і судовим органам).

***V. Етичні правила психологічних досліджень***

5.1. Планування психологічних досліджень передбачає дотримання таких умов: визначення об’єкта дослідження; чітке й однозначне формулювання його мети та завдань; встановлення контингенту обстежуваних; прогнозування можливостей використання одержаних результатів (наприклад, оцінювання перспективи професійної успішності, формування спільного колективу, психологічного втручання тощо). Психолог самостійно вибирає методи роботи, керуючись при цьому вимогами максимальної ефективності та наукової обґрунтованості.

5.2. Психолог забезпечує цілковиту надійність результатів, відповідає
за рішення, які приймають офіційні особи на основі його висновків та рекомендацій, запобігає можливим помилкам у діяльності непрофесіоналів,
котрі допомагають у роботі, але не ознайомлені з вимогами, що стосуються обмежень у використанні інформації про досліджуваних. Психолог несе відповідальність за правильне й доступне роз’яснення непрофесіоналам суті застосовуваних психологічних методів, а також за можливі антигуманні
наслідки. Щодо психолога використовується принцип, аналогічний принципу презумпції невинності в судочинстві. Вина психолога в порушенні Етичного кодексу повинна бути доведена Комісією з етики Товариства психологів України.

5.3. Психолог зводить до мінімуму ризик ненавмисного негативного впливу на тих, хто бере участь у експерименті. Коли очікується,
що дослідження або лікування може викликати в клієнта психогенну реакцію, психолог повинен отримати дозвіл на проведення роботи
з ним Комісії з етики. Якщо умови експерименту потребують необізнаності досліджуваних з його суттю та результатами, психолог має пересвідчитися
в тому, що це не завдасть шкоди жодному з учасників досліду.
Такі відомості можуть бути розкриті після завершення експериментальної програми.

5.4. Психолог заздалегідь інформує клієнтів про право відмовитись
від участі в дослідженні. Коли ж попри це вони дають згоду взяти участь
у експерименті, психолог має переконатися в тому, що таке рішення прийняте незалежно від нього або інших осіб (наприклад, батьків,
опікунів, піклувальників, які наполягають пройти обстеження).

***VI. Кваліфікована пропаганда психології***

6.1. Психологи інформують науковців, учителів, лікарів, широку громадськість про свою галузь діяльності на основі об’єктивних, точних даних таким чином, щоб не дискредитувати професію психолога
та психологію як науково-практичний комплекс.

6.2. Психолог не виступає з публічними заявами для реклами
або самореклами. Розміщуючи в засобах масової інформації оголошення про надання психологічних послуг населенню, повідомляє лише своє
ім’я, адресу номер телефону, професійну кваліфікацію, науковий ступінь, галузь психології, години прийому. У рекламному проспекті не може йтися про суми гонорару, не даються гарантії, не перераховуються здобутки
й успішні випадки лікування, консультування, експертизи. Оголошення мають містити інформацію про мету курсів, а не обіцянки стосовно досягнення специфічних результатів. Психолог повинен брати професійну участь у навчальних програмах для населення, однак він має право робити це лише за умови, якщо вони виключають сумнівні методи й неефективні процедури.

6.3. Поради психолога в засобах масової інформації мають подаватися в узагальненій формі, без посилань на конкретні факти й ситуації,
щоб не допустити розголошення конфіденційної інформації. Усні виступи, друковані матеріали, аудіовізуальна та інші публікації, в яких наводяться
з ілюстративною метою клінічні випадки, повинні виключати ідентифікування особи, групи чи організації. Методики публікуються лише у формі, яка дає змогу зберегти їхню валідність і надійність.

***VII. Професійна кооперація***

7.1. Психолог, ведучи професійну дискусію, не повинен дискредитувати колег або представників інших професій, які використовують ті самі або інші наукові методи, він має виявляти повагу
до наукових шкіл і напрямів. Психолог цінує професійну компетентність, високу культуру та ерудицію, відповідальне ставлення до справи колег
і представників інших професій. Якщо ж психолог виявить ненауковість
чи неетичність у професійній діяльності колеги, він повинен сприяти виправленню ситуації. У разі неуспіху цих зусиль психолог може виступити з об’єктивною, аргументованою критикою роботи колеги в психологічному співтоваристві. У тих же випадках, коли критика на адресу члена Товариства виявляється суб’єктивною, упередженою, він має право звернутися до Комісії з етики, висновок якої може використати для спростування несправедливих оцінок чи критики.

7.2. Психолог не може застосовувати маніпулятивні методи для здобуття прихильності та привернення на свій бік клієнтури, не повинен намагатися стати монополістом у своїй галузі. Про досягнуті результати
в теоретичній і практичній психології він зобов’язаний інформувати психологічну громадськість, ділитися набутим під час своєї професійної діяльності досвідом.

7.3. Розв’язуючи конкретні завдання обстеження, консультування
та лікування людей, психолог вирішує, чи може він використати знання, технічні й адміністративні можливості інших фахівців на благо клієнта
та за згодою клієнта вступити в контакт із ними, зокрема з особами,
які лікують або лікували його раніше. Психолог бере відповідальність
за клієнта, лише переконавшись, що той не має клієнтурних стосунків
з іншими психологами.

7.4. Психолог забезпечує персонал адекватною інформацією про клієнтів, які користуються його послугами, передає в розпорядження
колег тільки надійні й валідизовані психологічні методи, технічний інструментарій і відкриття. Усі професійні взаємовідносини будуються
на основі Закону про авторські права.

7.5. У вирішенні спірних питань психолог керується положенням цього Етичного кодексу. Арбітром може бути Комісія з етики товариства психологів України.

7.6. За порушення чинного законодавства, Статуту Товариства психологів та Етичного кодексу на психолога можуть бути накладені Комісією з етики такі стягнення:

* попередження;
* догана;
* виключення з членів Товариства.

У разі виявлення порушень психологами, які не є членами Товариства, Комісія з етики звертається до інших громадських організацій чи державних установ з тим, щоб вони вжили необхідних заходів до винного.

7.7. Рішення Комісії з етики може бути скасоване Президією або З’їздом Товариства психологів.

Навчальне видання

(українською мовою)

Шевченко Наталія Федорівна

**ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ**

Навчальний посібник

для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра

напряму підготовки «Психологія»

Рецензент *В.М. Ямницький*

Відповідальний за випуск *А.П. Поплавська*

Коректор *О.В. Філь*

Підписано до друку 10.03.2017. Формат 60×90/16.

Папір офсетний. Друк цифровий. Гарнітура Times.

Умовн. друк. арк. 6,7. Тираж 30 прим. Зам. № 19.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Запорізький національний університет

69600, м. Запоріжжя, МСП-41

вул. Жуковського, 66

Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції

ДК № 5229 від 11.10.2016